

Il benessere psicologico in popolazioni del settore sanitario

Psychological well-being in health professionals

Gigantesco A., Mirabella F., Bonaviri G., and Morosini P.

Istituto superiore di sanità, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Roma

Publicato sul Giornale Italiano di Psicopatologia 2004;10(3):315-21.

Corrispondenza: Antonella Gigantesco
Istituto superiore di sanità
Centro di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma
Tel: +39 06 49902895
Fax: +39 06 49387069
E-mail: gigantesco@iss.it

Riassunto

Obiettivi. Validazione e prima applicazione di un questionario autocompilato per valutare il benessere in popolazioni lavorative del settore sanitario.

Metodi. Il questionario è costituito da 28 item e deriva dalla revisione della letteratura disponibile e dai suggerimenti e commenti emersi da un focus group. Lo strumento è stato sottoposto a studio di riproducibilità (test-retest) in un campione di 45 operatori e di validità fattoriale in un campione di 514 operatori. Sono state valutate anche le associazioni tra benessere ed età, sesso, qualifica e anzianità di lavoro.

Risultati. La riproducibilità del questionario è risultata buona con valori kappa ponderati superiori a 0,60 per il 79% degli item, superiori a 0.70 per il 62% e a 0.80 per il 17%. L'analisi fattoriale ha evidenziato quattro fattori o sottoscale (Vissuto di benessere, Senso di utilità ed efficienza, Rapporti interpersonali, Sostegno sociale) con una buona coerenza interna, che spiegano il 46% della varianza totale. In generale il personale ha mostrato un discreto livello di benessere. Le percentuali più elevate di risposte che denotano scarso benessere o assenza di benessere si sono registrate per quanto riguarda l'aiuto che si riceve per problemi personali gravi e il riuscire a prendersela poco per le critiche. In generale, hanno un più basso livello di benessere i dipendenti di sesso femminile e gli infermieri ma solo per quanto riguarda alcuni fattori.

Discussione. Il questionario sviluppato è riproducibile, presenta una struttura fattoriale coerente, con quattro fattori di elevata coerenza interna e copre tutti gli aspetti considerati rilevanti per il benessere. Può essere considerato un utile e agile strumento per la valutazione del benessere dei lavoratori del settore sanitario ed è facilmente generalizzabile ad altri settori.

Parole chiave: benessere, valutazione, questionario, riproducibilità, validità.

Summary

Objective. Validation and first use of a self-completed questionnaire to assess psychological well-being in health professionals.

Methods. The questionnaire consists of 28 items. It has been developed through review of the literature and focus group. A reliability test-retest study was performed on 45 health professionals with different roles. Factorial validity and internal consistency of each derived subscale were evaluated on a wide sample of 514 professionals. In addition, professionals' well-being was evaluated and possible relationships were tested between total score and the following variables: age, sex, professional role and years of job.

Results. Weighted kappa was higher than 0.60 for 79% of the items, than 0.70 for 62% and than 0.80 for 17%. Factor analysis revealed that four factors –Feeling of well being, Usefulness and efficiency, Social relationships, Social support – explained 46% of total variance. Cronbach's alpha coefficient of the subscales ranges from 0.45 to 0.89. Fairly good well-being has been found among general hospital staff with the exception for help received for problems e to cope well with criticism. In general females and nurses had less well-being.

Discussion. The questionnaire is reliable and has a coherent factor structure, with four factors or subscales that have good internal consistency. This questionnaire may be useful to assess well being in health staff. Despite the fact that the questionnaire was specifically developed for health staff population, it could be used also in other professional fields and in general population.

Key words: well being, assessment, questionnaire, reliability, validity.

Introduzione

La misura del benessere

La valutazione del benessere è allo stato attuale assai eterogenea e in evoluzione. Nel corso degli ultimi decenni sono state proposte numerose scale autocompilate per misurare il benessere, ma non si ritiene che ve ne sia una a priori migliore delle altre.

La maggior parte di queste scale mirano a misurare *l'esperienza soggettiva* del benessere; possono essere classificate in tre gruppi a seconda che misurino prevalentemente o esclusivamente la componente cognitiva/valutativa del benessere (soddisfazione per la vita), o quella affettiva/emotiva (presenza di stati d'animo positivi e negativi) o entrambe le componenti. Le scale di benessere affettivo/emotivo sono di gran lunga più numerose delle altre; una di queste, anche se con proprietà psicometriche modeste è la Affective Balance Scale di Bradburn (ABS) (1) composta di soli 10 item che misurano le due dimensioni considerate indipendenti fra loro degli stati d'animo positivi (interesse, contentezza, ecc.) e di quelli negativi (irrequietezza, noia, umore depresso, ecc.). Allo stesso tipo di modello si è ispirata una scala più recente denominata Positive Affect and Negative Affect Scales (2), che rispetto alla precedente è più articolata e ha migliori caratteristiche psicometriche. Una scala che misura la componente emotiva in maniera più differenziata, non limitata cioè a sole due dimensioni, è il Profilo degli Stati dell'Umore (3) che comprende un elenco di 58 aggettivi corrispondenti a 6 dimensioni dell'umore: tensione e ansia, depressione e avvillimento, aggressività e rabbia, vigore e attività, stanchezza e indolenza, confusione e sconcerto. Fra le scale che misurano la componente cognitiva del benessere soggettivo (la qualità di vita in senso stretto) si distinguono:

- scale che misurano la soddisfazione globale come la Satisfaction with Life Scale (4) composta da soli 5 item in cui chi risponde è chiamato a dare un giudizio complessivo di soddisfazione per la vita confrontando le sue condizioni di vita con quelle che desidererebbe avere. Un limite di questo strumento è che non indaga sulla diversa importanza che la persona dà ai vari aspetti indagati;
- scale più articolate, che cercano di definire in modo più sistematico e completo gli ambiti pertinenti alla valutazione del benessere. Uno dei primi tentativi è stato effettuato da Andrews e Withey (5) che ne hanno descritti 6: il lavoro, la famiglia, le attività del tempo libero, il vicinato, il reddito, le relazioni. Tra le numerose scale di questo tipo vogliamo ricordare qui la Lancashire Quality of Life Profile (6) messa a punto per valutare il benessere dei pazienti psichiatrici che indaga anche specifici problemi di disabilità e di relazione sociale oltre alla "soddisfazione" e la Extended Satisfaction With Life Scale (7) che considera 8 diversi ambiti: vita sociale, vita sessuale, relazioni, se stessi, aspetto fisico, vita familiare, vita scolastica, soddisfazione per il lavoro.

Alle scale di benessere che valutano l'esperienza emotiva positiva/negativa e lo stato di soddisfazione sono seguite, in tempi più recenti, scale che valutano il *funzionamento psicologico positivo* in quanto considerato associato al benessere. I criteri di benessere più utilizzati sono l'autostima, l'ottimismo e il senso di autoefficacia. Una scala che si propone specificamente di misurare il funzionamento psicologico positivo è quella di Ryff (8) che valuta 6 componenti del funzionamento psicologico positivo: l'autonomia, il controllo ambientale, la crescita personale, le relazioni positive con gli altri, gli scopi della vita, l'accettazione di sé. Si tratta quindi di uno strumento di portata più ampia rispetto a quelli che misurano aspetti specifici del funzionamento psicologico positivo, come l'autostima.

Negli ultimi anni l'interesse si è anche concentrato su un altro componente o fattore del benessere: il sostegno sociale, attualmente considerato una componente essenziale della qualità della vita. E', ad esempio, incluso nel recente strumento sulla qualità della vita dell'OMS (9).

Genesi di questo lavoro

Gli autori di questo articolo hanno recentemente messo a punto uno strumento denominato Condizioni di salute e benessere (CSB) che vuole comprendere buona parte delle dimensioni e dei criteri suddetti.

Va segnalato che lo strumento è parte integrante di una batteria di strumenti messi a punto nell'ambito di un'indagine sulla prevalenza dei disturbi psichici e del benessere psichico in rapporto a condizioni di lavoro, eventi e situazioni stressanti e sostegno sociale in popolazioni lavorative del settore sanitario. Ma lo strumento potrebbe comunque essere facilmente usato anche in altri settori lavorativi e nella popolazione generale.

Si è in effetti riflettuto sul fatto che si perderebbe una grande occasione se nelle inchieste di prevalenza dei disturbi psichiatrici si evitasse, come si fa di solito, di prendere in considerazione anche lo stato di benessere per un'eccessiva attenzione, comprensibilmente dovuta a deformazione professionale, agli aspetti del malessere psichico. Tra gli strumenti esistenti, solo lo Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (10) contiene 3 domande sulla presenza di benessere alle quali peraltro attribuisce pochissima importanza. In questo articolo viene illustrata la procedura di costruzione dello strumento in questione, vengono riportati i dati a sostegno della riproducibilità e della validità dello stesso e presentati i risultati derivanti dal suo primo impiego.

Metodi

Questionario

La maggior parte degli item sono stati formulati "capovolgendo" le domande dello strumento CIDI-SF v. dec. 2002 (11), che come è noto è un'intervista strutturata per l'individuazione di disturbi psichiatrici nella popolazione in accordo con i criteri diagnostici dei DSM-IV e DSM-III-R.

Ad esempio la domanda della CIDI-SF della sezione sulla depressione maggiore: "Ha perso interesse nel fare la maggior parte delle cose che di solito le piaceva fare, ad esempio il lavoro o i passatempi?" è stata capovolta e così formulata "Ha avuto molte cose che le è piaciuto fare, per cui ha provato interesse?" e la domanda sull'ansia generalizzata "Si è mai sentito apprensivo, teso, ansioso?" è stata capovolta in "Si è sentito calmo e rilassato?"

Alcune domande sono state riprese da (o si sono ispirate a):

- lo strumento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità The Well-Being Index (12); .
- lo strumento Ryff's Psychological Well-Being Scales (8);
- il questionario Oslo 3-items Social Support Scale (13);
- il breve questionario utilizzato dalla Health Enhancement Research Organisation (HERO) nell'ambito di un'inchiesta condotta su 46.000 lavoratori che ha mostrato come i lavoratori che si definivano come scarsamente capaci di affrontare le situazioni difficili, stressanti, avevano spese sanitarie superiori del 46% rispetto a quelli più capaci di affrontarle (14).

Questa versione preliminare è stata discussa in un *focus group*, composto da sette operatori dell'Area Interdipartimentale di Psicosomatica e Medicina Ospedaliera della ASL Roma E (un medico, due psicologi, due infermieri, un tecnico di radiologia e una guardia giurata).

La versione preliminare del questionario è stata modificata sulla base dei risultati del *focus group*, riformulando gli item che erano risultati ambigui o scarsamente comprensibili.

La versione finale del questionario, è costituita da 28 item.

Le domande valutano con quale frequenza o intensità nelle ultime 4 settimane la persona in esame:

- si è sentita di buon umore, contenta;
- ha avuto molte cose da fare per cui ha provato interesse e piacere;
- ha pensato di annoiarsi poco;
- si è sentita utile;
- si è sentita uguale (non inferiore) a persone più ricche o che avevano potuto studiare di più;
- si è considerata ottimista;
- ha avuto progetti precisi che aveva fiducia di realizzare;
- si è sentita sicura di sé nei rapporti con gli altri;
- si è sentita attiva, piena di energia;
- al mattino si è svegliata fresca e riposata;
- al mattino si è svegliata contenta di iniziare la giornata;
- si è sentita calma e rilassata;
- si è sentita con i nervi saldi;
- è riuscita a concentrarsi nelle cose che faceva;
- ha avuto l'impressione di riuscire a pensare con particolare lucidità;
- è riuscita a prendersela poco per le critiche;

- si è considerata una persona che sarebbe capace di affrontare bene le malattie senza lasciarsi scoraggiare;
- è stata socievole;
- si è sentita a suo agio quando è stata al centro dell'attenzione;
- si è sentita capace di affrontare le situazioni difficili;
- si è sentita capace di adattarsi velocemente a situazioni nuove;
- è stata contenta di vivere;
- è stata soddisfatta della sua vita;
- è soddisfatta della maggior parte degli aspetti della propria personalità.

Inoltre sono presenti alcune domande sul supporto sociale: se la persona ha avuto una buona relazione sentimentale; se ha pensato di essere apprezzata dagli altri; a quante persone può rivolgersi per problemi personali e se le è facile ottenere aiuto pratico da parenti, amici, vicini. Le scale di risposte, di tipo Likert, a secondo del contenuto dell'item sono di frequenza (*Sempre o quasi, La maggior parte dei giorni, ma non sempre o quasi, 15-7 giorni, 6-2 giorni, Mai o al massimo un giorno*) o di intensità (*Molto, Non molto, ma più delle persone della mia età, Nella media, Meno, Per niente*). Sono quindi scale ordinali a 5 livelli o punti, dove 1 corrisponde al giudizio più negativo e 5 a quello più positivo.

Studio di riproducibilità

Lo strumento è stato sottoposto a studio di riproducibilità mediante procedura test-retest con seconda compilazione a distanza di due settimane dalla prima. Lo studio è stato condotto su un campione di 45 lavoratori dipendenti appartenenti a strutture sanitarie diverse. Per la stima della riproducibilità, è stato calcolato il coefficiente Kappa ponderato (15) per i punteggi di ogni singolo item. Ai rispondenti con maggiori differenze tra le due compilazioni è stato chiesto quale era il motivo delle differenze per valutare se esse fossero dovute a un reale cambiamento di opinione per eventi intervenuti tra le due compilazioni o a scarsa chiarezza o ambivalenza degli item.

Studio di validità di costrutto

È stato inoltre effettuato uno studio della validità fattoriale dello strumento, utilizzando i dati dello studio pilota condotto nell'ambito dell'indagine menzionata nell'introduzione su ogni tipo di personale presente nel periodo gennaio-aprile 2003 in un ospedale generale pubblico del centro Italia. Al questionario era annessa una scheda per la raccolta dei dati di base relativi ad età, sesso, qualifica professionale e anzianità lavorativa.

La struttura fattoriale del questionario è stata esplorata preliminarmente determinando il numero di fattori da estrarre mediante lo scree-test di Cattell (16). Successivamente, i fattori sono stati estratti con il metodo delle componenti principali, seguito da rotazione varimax. La consistenza interna delle sottoscale derivate fattorialmente è stata valutata mediante il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach.

Studio di variabilità delle risposte

Infine, per ciascun item sono state calcolate la percentuale di rispondenti che hanno espresso un giudizio corrispondente a una condizione di benessere medio, accettabile, qui considerato convenzionalmente, come punteggio, pari a 3, la percentuale di rispondenti che hanno espresso un giudizio positivo e molto positivo, ovvero che hanno attribuito un punteggio pari o superiore a 4 e, separatamente, la percentuale di rispondenti che hanno espresso un giudizio di elevato benessere, ovvero che hanno attribuito un punteggio pari a 5.

Sono inoltre state esaminate le distribuzioni per età, genere, ruolo professionale ed anzianità lavorativa dei punteggi riassuntivi, costituiti da quello complessivo, ottenuto per somma di tutti gli item e da quelli parziali, come somme degli item inclusi nelle sottoscale derivate fattorialmente. Le differenze nei punteggi tra operatori con diverse età, sesso, qualifica professionale e anzianità lavorativa sono state esplorate mediante l'analisi della varianza. Nel calcolo dei punteggi sia complessivo che delle sottoscale, sono stati automaticamente esclusi dall'analisi i soggetti che non avevano compilato anche uno solo degli item costituenti i suddetti punteggi. Va segnalato inoltre che per quanto riguarda l'analisi delle differenze nei punteggi tra operatori con diversa qualifica professionale sono stati esclusi il personale amministrativo, tecnico di manutenzione, operaio e con *altra qualifica* perché le categorie corrispondenti erano poco numerose.

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il programma SPSS per Windows, versione 10.0.

Risultati

Studio di riproducibilità

Dei 45 lavoratori che hanno partecipato allo studio di riproducibilità, 17 (38%) erano di sesso maschile e 28 (62%) di sesso femminile. I lavoratori avevano un'età media di 39 ± 14.4 anni, mediana 35 e range 21-77 e ed erano ben distribuiti per titolo di studio (7 avevano la licenza media inferiore, 27 il diploma di scuola media superiore o professionale e 11 la laurea o diploma parauniversitario). La riproducibilità di tutti gli item del questionario è risultata soddisfacente, con valori del coefficiente Kappa ponderato maggiori o uguali a 0.60 per tutti gli item tranne 3 sul sentirsi attivo e pieno di energia ($k=0.34$), sul riuscire a prendersela poco per le critiche ($k=0.47$) e sul sentirsi con i nervi saldi ($k=0.37$). E' utile segnalare che i valori kappa sono stati maggiori di 0.70 per 19 item (68%) e di 0.80 per 5 (18%). Se dall'analisi si escludono i dati relativi ai questionari in cui le differenze erano dovute a fatti realmente intervenuti tra le due compilazioni che avevano fatto cambiare idea al compilatore, i valori Kappa degli item con riproducibilità mediocre si modificano e superano il valore di 0.60.

Validità di costruito

Hanno compilato il questionario 526 dipendenti su 726 (72%) a cui era stato proposto. Dai 526 questionari restituiti ne sono stati esclusi 24, in cui erano presenti le risposte a meno del 90% degli item. I soggetti esclusi e i non partecipanti allo studio non differivano in misura significativa dagli altri partecipanti allo studio per genere, età e qualifica professionale. Lo studio di validità fattoriale è stato quindi effettuato su un campione costituito da un totale di 502 soggetti, in maggioranza donne (26% maschi, 56% femmine; nel 18% il dato del sesso mancava). Il 16% di essi aveva tra 26-34 anni, il 38% tra 35-44 anni, il 31% tra 45-54 anni e l'11% aveva più di 54 anni; nel 5% il dato dell'età mancava. La maggioranza erano infermieri e caposala (45%), seguiti da medici (22%), OSA e ausiliari (12%), tecnici sanitari (7%), operatori con *altra qualifica* (ostetrica, biologo, chimico, puericultrice, vigilatrice, fisioterapista, logopedista, assistente sociale, assistente sanitario, commesso) (4%), personale amministrativo (1%) e tecnico di manutenzione e operaio (1%); il dato mancava nell'8% dei questionari. Il 34% dei partecipanti lavorava in quell'ospedale da oltre 15 anni, il 29% da 10-14 anni, il 12% da 5-9 anni, l'8% da 3-4, un altro 8% da 1-2 anni e il 5% da meno di 1 anno; nel 4% il dato mancava.

L'analisi delle componenti principali è stata condotta sull'intero campione di 502 questionari, sostituendo gli eventuali dati mancanti con la media del punteggio dell'item in esame. Nel grafico decrescente degli autovalori (*scree-plot*) era apprezzabile un appiattimento della curva dopo il punto corrispondente alla quarta componente. È stato quindi deciso di estrarre quattro fattori, tutti con autovalore superiore a 1, che nell'insieme rendono conto del 46% della varianza totale.

Il Fattore I, interpretabile come "Vissuto di benessere" è saturato da item relativi al sentirsi di buon umore, contento; sentirsi calmo e rilassato; sentirsi attivo; svegliarsi contento; svegliarsi fresco e riposato; sentirsi utile; fare molte cose piacevoli e interessanti; annoiarsi poco; sentirsi contento di vivere; considerarsi ottimista; avere progetti per il futuro e sentirsi soddisfatto della vita.

Il Fattore II, interpretabile come "Senso di utilità ed efficienza", presenta saturazioni elevate in item relativi ad affrontare situazioni difficili; sentirsi una persona coi nervi saldi; sentirsi capace di affrontare bene le malattie fisiche; riuscire a pensare con particolare lucidità; riuscire a prendersela poco per le critiche; riuscire a concentrarsi; sentirsi capace di adattarsi a situazioni nuove.

Il Fattore III, interpretabile come "Rapporti interpersonali", è saturato da item sul sentirsi una persona socievole; sul sentirsi apprezzato dagli altri; sull'aver una buona relazione sentimentale; sul sentirsi a proprio agio in situazioni in cui si è al centro dell'attenzione; sul sentirsi sicuro di sé nei rapporti con gli altri. Vi entra anche l'item sulla soddisfazione della propria personalità.

Il Fattore IV, interpretabile come "Sostegno sociale" è saturato dagli item sull'aiuto che si riceve per problemi personali gravi e per problemi pratici da parte di parenti, amici e vicini.

L'item sul sentirsi non inferiore agli altri satura scarsamente tutti i fattori; non è stato quindi inserito in nessuno di essi e verrà escluso dal questionario o riformulato.

Il coefficiente alfa di Cronbach è risultato pari a 0.89 per il fattore "Vissuto di benessere", a 0.80 per il fattore "Senso di utilità ed Efficienza", a 0.73 per il fattore "Rapporti interpersonali", e solo 0.45 per l'ultimo fattore "Sostegno sociale".

Variabilità delle risposte

Per quanto riguarda le risposte dei partecipanti, la percentuale di non rispondenti è stata al massimo del 2% per tutti gli item tranne 3 (sentirsi inferiore agli altri, aiuto pratico di parenti e amici e sentirsi soddisfatti dei diversi aspetti della propria personalità) per cui comunque è stata al massimo del 7% circa.

Le percentuali più elevate di risposte indicanti un elevato benessere sono state registrate negli item sull'essere contento di vivere (72%), sentirsi una persona socievole (54%), avere una buona relazione sentimentale (52%) e sentirsi utile (51%).

Per oltre la metà degli item (57%) oltre il 60% dei rispondenti ha dato risposte indicanti un benessere superiore a quello accettabile o medio (vedi Metodi); percentuali particolarmente elevate si sono osservate negli item riguardanti il sentirsi contento di vivere (94%), sentirsi utile (92%), sentirsi attivo e pieno di energia (87%), svegliarsi contento di iniziare la giornata (84%) e svegliarsi fresco e riposato al mattino (81%).

Le percentuali più elevate di risposte che denotano scarso benessere o assenza di benessere si sono registrate per quanto riguarda (in ordine decrescente di assenza di benessere):

- l'aiuto ricevuto per problemi personali gravi (38%);
- il riuscire a prendersela poco per le critiche (33%);
- il sentirsi a proprio agio in situazioni in cui si è al centro dell'attenzione (16%);
- il sentirsi una persona coi nervi saldi (13%);
- il riuscire a concentrarsi (13%);
- il sentirsi calmo e rilassato (12%);
- il non sentirsi inferiore agli altri (12%).

Assenza di benessere è stata segnalata in tutti gli item e in nessun item è stato inferiore al 3%.

Differenze tra categorie di personale

Sesso

Non si sono osservate differenze significative tra rispondenti di sesso maschile e rispondenti di sesso femminile per quanto riguarda il punteggio totale di benessere. Nelle donne si sono osservati valori significativamente inferiori (indicanti minore benessere) nei punteggi dei fattori "Senso di utilità ed Efficienza" ($F_{1,392}=3.94$, $p<0.05$) e "Rapporti interpersonali" ($F_{1,365}=4.71$, $p<0.05$).

Qualifica professionale

Non si sono osservate differenze significative tra rispondenti di diversa qualifica per quanto riguarda il punteggio totale di benessere. Per quanto riguarda il fattore "Sostegno sociale", i medici hanno avuto punteggi significativamente superiori ($F_{4,415}=6.74$; $p<0,001$), che denotano maggiore benessere, sia rispetto agli infermieri ($p<0,05$) che agli Osa e ausiliari ($p<0,001$). Negli OSA e ausiliari, inoltre, sono stati osservati livelli significativamente inferiori di punteggio nello stesso fattore rispetto a quanto osservato negli infermieri ($p<0,05$) e nei tecnici sanitari ($p<0,05$).

Età e anzianità lavorativa

Non si sono osservate differenze significative tra rispondenti appartenenti a diverse classi di età e anzianità lavorativa.

Discussione

Lo strumento ha mostrato buona riproducibilità e struttura fattoriale coerente, con soddisfacente coerenza interna delle sottoscale derivate fattorialmente. Ha inoltre messo in chiaro, come già recenti dati hanno dimostrato (17), che il benessere è poco legato allo status economico e professionale, una volta raggiunto un certo grado di sicurezza e di benessere economico.

La sua caratteristica innovativa è quella di tenere conto delle diverse prospettive degli strumenti già esistenti in letteratura: la componente emotiva, la componente cognitiva dell'esperienza soggettiva di benessere, e anche aspetti del funzionamento psicologico positivo (ad esempio per quanto riguarda l'autostima) e del sostegno sociale. Inoltre:

- considera anche aspetti della condizione di benessere finora trascurati o scarsamente approfonditi, come la lucidità di pensiero e la capacità di adattarsi facilmente a situazioni nuove;
- presenta molte somiglianze con la scala PWB di Ryff, versione breve a 18 item (8), sul funzionamento psicologico positivo. Il fattore estratto dei *Rapporti Interpersonali* è quasi del tutto sovrapponibile a quello della scala di Ryff *Relazioni positive con gli altri* e il contenuto di alcuni item appartenenti ad altri fattori quasi coincide con quello di alcuni item della scala PWB. Ad esempio l'item *"Si considera una persona capace di adattarsi velocemente a situazioni nuove e che trova poche difficoltà a cambiare?"* è paragonabile, rovesciato, all'item della PWB *"Ho rinunciato a grossi miglioramenti o cambiamenti nella mia vita già da molto tempo"* e l'item *"Ha avuto progetti precisi che ha fiducia di realizzare, se non ci saranno imprevisti?"* è paragonabile all'item della PWB *"Alcune persone sono senza progetti, ma io non sono una di quelle"*.

Si vuole ancora richiamare l'attenzione sull'originalità dell'idea da cui nasce questo nuovo strumento: quella di "capovolgere" le domande di uno strumento per la valutazione della

presenza di disturbo psichiatrico. In questo modo si valutano in senso positivo, rovesciato, le principali condizioni presenti nei disturbi d'ansia e nella depressione.

Il benessere dei lavoratori è stato finora scarsamente indagato. Gli studi condotti su questo tipo di popolazione hanno perlopiù riguardato la presenza del cosiddetto burn-out (18-20). I risultati ottenuti nel corso del primo impiego dello strumento qui presentato, che suggeriscono che la maggior parte dei rispondenti ha nel complesso un soddisfacente livello di benessere, sono stati relativamente inattesi. Infatti poiché nell'ambito della stessa inchiesta (21), lo stesso personale aveva mostrato una scarsissima soddisfazione per la propria condizione lavorativa, ci si aspettava parimenti di trovare uno scarso benessere. Più prevedibile invece è stato il minore benessere osservato negli infermieri e nelle donne. Risultati analoghi sono stati trovati in studi recenti condotti in Gran Bretagna (22) e in Egitto (23). Il risultato relativo alla scarsa convinzione di poter ricevere aiuto per problemi personali gravi (nel 38% del campione) pure è stato già osservato in altri studi (23-25). Benché indaghi la stragrande maggioranza degli aspetti rilevanti del benessere, il CSB è uno strumento agile, con una struttura grafica che permette una facile compilazione. I risultati preliminari derivanti dal suo primo impiego sono di un certo valore conoscitivo e stimolano l'interesse ad avviare altre indagini o approfondimenti, ad esempio sulla relazione tra benessere e presenza e tipo di disturbi psichiatrici.

Ringraziamenti

Si ringraziano i dipendenti dell'ospedale generale pubblico che hanno compilato con interesse e attenzione i questionari e il Direttore Generale che ha reso possibile la realizzazione dello studio.

Particolari ringraziamenti vanno alla dott.ssa Maria Laura Rosicarelli per aver organizzato e condotto il focus group e svolto lo studio test-retest e al dott. Alessandro Toni per aver curato il data entry e l'analisi preliminari dei dati.

Bibliografia

1. Bradburn N.M. the structure of psychological well-being. Aldine, Chicago, 1969.
2. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of Brief Measure of Positive and Negative Affect: the PANAS Scale. J Pers Soc Psychol 1988; 54(6):1063-70.
3. McNair DM, Lorr NM, Droppleman IF. EITS Manual for the profile of mood states. Educational and Industrial Testing Services, San Diego, 1981.
4. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. J Pers Assess 1985; 49(1):71-5.

5. Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well-being: America's perception of life quality. Plenum, New York, 1976.
6. Oliver J, Huxley P, Bridges K, Mohamad H, Lehman A. Quality of life and mental health services, Routledge, London, 1996.
7. Allison DB, Alfonso VC, Dunn GM. The Extended Satisfaction with Life Scale. *The Behavior Therapist* 1991; 5: 15-6.
8. Ryff CD, Keyes CIM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69(4): 719-27.
9. De Girolamo G, De Leo D, Galassi L. Il progetto OMS sulla valutazione della qualità della vita. In G. A. Fava, F. Pesarin, N. Sonino (a cura di). *Clinimetria*, Patron, Bologna, 1995.
10. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 589-93.
11. World Health Organisation. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)-SF, Ed Geneva World Health Organisation; 2002.
12. The WHO/EURO (five) Well-Being Index 1998 version. Psychiatric Research Unit Frederiksberg general Hospital - World Health Organisation Regional Office for Europe: Info Package Mastering Depression in Primary Care Updated January 1999.
13. Korkeila, Jyrki JA. Oslo 3-items Social Support Scale. In *Measuring aspects of mental health*. National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, European Commission, 2000.
14. Goetzel RZ, Anderson DR, Whitmer RW, Ozminkowski RJ, Dunn RL, Wasserman J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. The Health Enhancement Research Organisation (HERO) Research Committee. *J Occup Environ Med* 1998; 40(10): 843-54.
15. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman and Hall, 1991.
16. Cattell R.B.: The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioural Research* 1966; 1: 245-276.
17. Nickerson C, Schwarz N, Diener E, Kahneman D. Zeroing in on the dark side of the American Dream: a closer look at the negative consequences of the goal for financial success. *Psychol Sci* 2003; 14: 531-6.
18. Albaugh JA. Keeping nurses in nursing: the profession's challenge for today. *Urologic Nursing*. 2003; 23(3): 193-9.
19. Murray MK. The nursing shortage. Past, present, and future. *J Nurs Adm* 2002; 32(2): 79-84.
20. Houston AM, Clifton J. Corporate working in health visiting: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2001; 34(3): 356-66.

21. Gigantesco A., Mirabella F., Bonaviri G., and Morosini P. Validazione e primo impiego di uno strumento per valutare l'opinione sulla condizione lavorativa in popolazioni del settore sanitario Sottoposto alla rivista *La Medicina del Lavoro*.
22. Evans O, Steptoe A. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Soc Sci Med* 2002;54(4):481-92.
23. Arafa MA, Nazel MW, Ibrahim NK, Attia A. Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt. *Int J Nurs Pract* 2003;9:313-20.
24. Tyler PA, Ellison RN. Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *J Adv Nurs* 1994;19(3):469-76.
25. Kennedy P, Grey N. High pressure areas. *Nurs Times* 1997;93(29):26-8.