

M.E. Magrin

Dalla resistenza alla resilienza: promuovere benessere nei luoghi di lavoro

Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Milano-Bicocca, Milano

RIASSUNTO. La letteratura sullo stress lavorativo si è per molto tempo soffermata sull'indagine dei fattori ambientali e psicosociali nocivi alla salute e, coerentemente, gli interventi sono stati prioritariamente focalizzati sulla gestione del distress. Minor attenzione è stata invece dedicata all'identificazione dei fattori 'salutogenici', e alla definizione di interventi di promozione del benessere finalizzati allo sviluppo e al rafforzamento di tali fattori. In psicologia si assiste oggi allo sviluppo di una nuova corrente di studi, la Positive Psychology, orientata ad indagare le caratteristiche ed i predittori di 'buon funzionamento' psicologico. In tale prospettiva la salute non coincide con l'assenza di malattia e di fattori di rischio ma si allarga a comprendere la presenza delle risorse sottese al benessere. Tra i nuovi costrutti emersi nell'ambito della Positive Psychology, particolare attenzione in questa sede viene dedicata al costrutto di resilienza in età adulta. Viene proposta una definizione concettuale e vengono passate in rassegna le principali risorse di resilienza individuate dalla letteratura. Viene inoltre evidenziato il valore specifico della dimensione di senso, come risorsa di resilienza nei contesti organizzativi a partire dal lavoro di ricerca e di intervento condotto nell'ambito dell'Ambulatorio per la Valutazione e il Controllo dello Stress Lavorativo. Vengono infine prese in considerazione le linee di sviluppo di modelli di intervento orientati alla promozione del benessere nei luoghi di lavoro, evidenziando la necessità di implementare il raccordo tra ricerca e esperienza applicativa.

Parole chiave: stress, resilienza, dimensione di senso, promozione del benessere.

ABSTRACT. FROM RESISTENCE TO RESILIENCE: PROMOTING WELLBEING IN THE WORKPLACE. Research on work stress has focused to date for the most part on the environmental and psychosocial factors inducing stress and great strides have been made in assisting both individuals and organizations in managing distress. This, however, is only half of the battle. As a complement to healing the wounded, there is need to explore models of intervention aimed at the promotion of well-being at work through the development and reinforcement of health-promoting factors. An important contribution toward this goal comes today from Positive Psychology, a new current of research focused on investigating the qualities and predictors that enable individuals to flourish. Within this perspective, health is seen not as the absence of disease and of risk factors but rather as the presence of those resources that underpin wellbeing. Among the new theoretical constructs emerging from Positive Psychology, of particular relevance to the domain of occupational health psychology is the notion of adult resilience. A definition of this notion is proposed and a review given of the main resources of resilience identified in the literature. Particular attention is given to the dimension of meaning, which seems to act as an important health-protector in the work setting. Resilience factors may also play a role in the implementing of interventions oriented both to distress prevention and wellbeing promotion. Establishing and maintaining an effective dialogue between researchers and practitioners in the field of work health promotion is strongly recommended.

Key words: stress, resilience, meaning, promotion of well-being.

1. Resistere allo stress

La letteratura in materia di stress in ambito lavorativo costituisce uno dei filoni di indagine più consistenti ed articolati della psicologia della salute nei contesti di lavoro. Essa comprende l'indagine relativa al potenziale nocivo degli stimoli ambientali e psicosociali, ai processi di coping mediante i quali le persone fanno fronte agli stressors, e alla vasta gamma di sintomatologie che occorrono quando i processi di coping falliscono.

Il potenziale nocivo insito nel fenomeno stress ha di fatto catalizzato l'attenzione della ricerca orientando di conseguenza lo sviluppo di modelli di intervento in materia di gestione dello stress e di prevenzione del rischio. Il modello di riferimento in assoluto più diffuso in questo ambito, tanto a livello teorico quanto nella pratica della medicina del lavoro, è il modello Domanda-Controllo, originariamente formulato da Karasek (1) poi successivamente sviluppato insieme a Theorell (2). Nella sua valenza applicativa il modello propone interventi di job-design, finalizzati a ridurre la domanda - il carico psicologico e fisico del lavoro - e ad aumentare il controllo del lavoratore. Si tratta di interventi complessi da realizzare, che richiedono una struttura organizzativa capace di implementarli e di sostenerne i relativi costi.

In generale, di fronte ai mutamenti di paradigma nel mercato del lavoro e nei contesti delle organizzazioni di lavoro, i modelli tradizionali di prevenzione del rischio stress sembrano non riuscire a reggere efficacemente la sfida portata dalla complessità del sistema socioeconomico globale.

Nonostante la presenza di un solido impianto teorico di riferimento e il consistente impegno profuso ormai da molti anni dalle organizzazioni nazionali ed internazionali nel tentativo di debellare o quantomeno di contenere il danno da stress in ambito lavorativo, il fenomeno continua infatti a mantenersi su livelli di emergenza. In base alla più recente indagine sulle condizioni di lavoro nell'UE, promossa dalla Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro (3), lo stress lavorativo risulta essere la condizione maggiormente percepita in associazione con il deterioramento della salute dal 30% dei lavoratori dei 21500 lavoratori intervistati, con maggiore prevalenza tra i colletti bianchi (36%) rispetto ai lavoratori manuali (23%).

Resistere allo stress è difficile; ancor più arduo pare riuscire a dominare il fenomeno nella pratica degli interventi di salvaguardia della salute dei lavoratori, prova ne è la recente pubblicazione del Documento di Consenso prodotto dalla SIMLII sulla "Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti dello stress da lavoro" (4).

Da più parti si segnala l'esigenza di un ampliamento dei modelli di riferimento che consenta di generare nuovi strumenti di intervento.

2. Un problema di prospettiva

Tale esigenza, emersa sul campo delle organizzazioni di lavoro ma ampiamente condivisa in molti altri contesti applicativi, ha suscitato da qualche anno in psicologia, un rinnovato interesse per gli studi condotti da Aaron Antonovsky (5) già a partire dalla fine degli anni '70, parallelamente allo sviluppo del modello JDC.

"È possibile vivere e vivere bene sotto stress?". Guidato da tale interrogativo Antonovsky fonda il modello salutogenico (6,7), che affronta la tematica dello stress da un punto di vista originale: lo stress è un fenomeno inevitabile, la vita quotidiana è continuamente soggetta ai micro o macro agenti stressanti che impediscono alla persona di raggiungere uno stato ipotetico di equilibrio omeostatico; ciò nonostante, le persone, in larga maggioranza, riescono a mantenere un rapporto equilibrato con l'ambiente e in alcuni casi, anche nelle circostanze più sfidanti, riescono a svilupparsi, a crescere ed a conseguire livelli sempre più intensi di benessere.

Occorre, secondo l'autore, focalizzare l'attenzione di ricerca sui fattori che consentono tale sviluppo, occorre studiare i fattori salutogenici ovvero i fattori all'origine della salute.

L'impianto teorico muove da una considerazione di carattere più generale relativa al modello di riferimento dominante in materia di salute, il modello biomedico di ispirazione positivista, che considera l'essere umano alla stregua di un meccanismo potenzialmente perfetto ma vulnerabile all'attacco dagli agenti patogeni. L'intervento di cura è diretto a debellare il fattore nocivo e ripristinare la condizione di salute. Al tempo stesso, in questa prospettiva, l'intervento di prevenzione è focalizzato sulla individuazione e rimozione dei fattori di rischio, così da poter salvaguardare l'integrità del soggetto sano.

Nel dualismo salute/malattia non trova spazio una declinazione specifica dell'intervento di promozione dato che in questa prospettiva promuovere la salute coincide con prevenire la malattia.

Antonovsky (8) propone una diversa prospettiva che pone il binomio salute/malattia lungo un continuum e vede l'individuo costantemente collocato entro questo continuum, attivamente impegnato in direzione del polo della salute o meglio del benessere, di cui la salute fisica rappresenta una componente di grande rilevanza. Anche sotto il profilo strettamente fisiologico, l'organismo umano non dispone infatti delle caratteristiche necessarie per potersi collocare stabilmente all'estremità 'salute'. Ciò nonostante la persona, in qualunque fase e circostanza della vita, ha

sempre la possibilità di orientarsi verso il conseguimento di un livello superiore di benessere.

La variabilità delle risposte allo stress è da ricercarsi dentro questa variabilità di orientamento e di abilità personale di perseguimento del proprio benessere entro le particolari circostanze della vita. La qualità dei contesti di vita è rilevante nel favorire o meno tale orientamento personale sebbene nessuna circostanza, neppure la più sfavorevole, possa impedire totalmente all'individuo di mantenere un orientamento attivo verso la salute ed il benessere (Antonovsky matura questa convinzione a fronte degli studi effettuati su soggetti ebrei sopravvissuti ai campi di concentramento).

D'altro canto, comprendere i fattori all'origine del movimento delle persone verso il benessere è compito diverso e non esaurito dallo spiegare i comportamenti diretti ad evitare il polo della malattia.

Occorrono per questo strumenti concettuali appropriati.

Sotto questo profilo il lavoro avviato da Antonovsky trova oggi un contesto idoneo al suo sviluppo nella recente corrente della *Positive Psychology* (9). Si tratta di un movimento che raccoglie studiosi interessati ad indagare le caratteristiche ed i predittori di 'buon funzionamento' psicologico ovvero delle risorse più o meno diffusamente a disposizione delle persone per far fronte alle sfide della vita.

Nonostante la sua storia recente, i contributi teorici inerenti la *Positive Psychology* sono ormai consistenti e numerosi sono anche i contesti applicativi entro cui hanno trovato uno spazio di validazione empirica, tra i quali non mancano contributi propriamente dedicati alle organizzazioni di lavoro (10).

In tale cornice di riferimento, la promozione della salute acquista un senso più chiaramente definito, identificabile nelle azioni dirette a individuare e rafforzare le risorse necessarie alle persone per far fronte allo stress; analogamente, promuovere benessere, vuol dire anche intervenire negli ambienti di vita in modo da renderli, se possibile, funzionali all'utilizzo ed all'incremento di tali risorse.

Tale orientamento risulta peraltro fortemente coerente con le linee di sviluppo definite dall'Unione Europea nella cosiddetta Strategia di Lisbona.

3. La resilienza

Non è infrequente trovare nel vocabolario psicologico termini mutuati da domini linguistici propri delle discipline fisiche o tecnologiche, utilizzati metaforicamente.

La parola stress, ad esempio, nel linguaggio anglosassone ha una origine tecnologica attraverso la quale si descrive l'azione di una forza che deforma un corpo.

Viene invece dalla fisica il termine *resilienza*, recentemente entrato a far parte del linguaggio psicologico, il quale individua semanticamente l'antidoto allo stress: la capacità di un materiale di resistere a un urto improvviso e di sopportare sforzi applicati bruscamente senza spezzarsi e senza propagare incrinature.

In psicologia il termine va generalmente a identificare un insieme di processi che facilitano un adattamento effi-

cace e promuovono lo sviluppo della persona anche in contesti di vita altamente stressanti (11).

L'indagine sui processi di resilienza non rappresenta in verità una novità nel panorama della letteratura psicologica. La ricerca si sviluppa originariamente in ambito psicopatologico, al termine del secondo conflitto mondiale, con l'intento di individuare le risorse che permettono ad alcuni individui di mantenere un buon adattamento psicologico a fronte dei numerosi casi di disturbi post traumatici da stress ed altre forme di patologia, riscontrate nei reduci (12). Successivamente, gli studi proseguono nell'ambito della psicologia dell'età evolutiva, con l'intento di esplorare le diverse traiettorie di sviluppo di soggetti passati per esperienze evolutive segnate da eventi traumatici. I risultati di queste prime indagini evidenziarono la presenza di soggetti che vennero definiti 'resilienti' in quanto presentarono esiti evolutivi soddisfacenti o positivi, conseguiti a dispetto di un ecosistema sfavorevole (13).

Il concetto di resilienza acquista però nuova visibilità nell'ambito del recente sviluppo della prospettiva salutogenica, in quanto costituisce un costrutto di ampia portata euristica, nella misura in cui venga esteso alla comprensione dei normali processi di salute (14).

Si tratta di un concetto che in qualche misura eccede quello tradizionale di coping. Nella definizione originale di Lazarus e Folkman (15), il coping viene infatti definito come processo adattivo che impegna il soggetto nel superamento di una situazione stressante, in modo da eliminare, ridurre o tollerare la situazione stessa. Sebbene il concetto sia stato in seguito ampiamente sviluppato¹, si può ritenere che esso rimanga fondamentalmente ancorato alla prospettiva patogenica che, come già evidenziato, lavora al fine di far fronte all'evento stressante con l'obiettivo di neutralizzarlo, ripristinando se possibile lo status quo.

Il processo di resilienza è invece caratterizzato da una traiettoria sostanzialmente stabile di funzionamento sano (o da una prontezza nel recupero delle normali condizioni psicofisiche (17)) e dalla capacità di esperienze generative così come di emozioni positive (18).

Il processo si caratterizza quindi non solo per un'elevata capacità di resistenza - coerentemente al significato originario del termine - ma è altresì connotato da uno spiccato orientamento alla 'trasformazione' che consenta lo sviluppo verso una nuova condizione più vantaggiosa (19).

Due sono le condizioni necessarie e sufficienti per identificare la dinamica del processo di resilienza: l'intervento di una condizione altamente stressante, potenzialmente traumatizzante, e la conseguente evoluzione positiva in termini di benessere psico-sociale. L'esito positivo in termini di accrescimento del benessere personale, rappresenta quindi un elemento costitutivo e non accessorio del processo di resilienza.

La condizione di stress, in questa prospettiva, viene a caratterizzarsi come "evento critico", dal greco κρισις -

scelta, giudizio, decisione, momento risolutivo del male - che presenta una sua connaturata ambivalenza: da un lato si propone come stressor, una minaccia che scatena la crisi qualora il soggetto non riesca a farvi fronte, dall'altro si propone come sfida, come opportunità di crescita; solo quando la persona, con la sua specifica dotazione di risorse psicologiche, incontrerà l'evento critico, l'ambivalenza si risolverà.

4. Risorse di resilienza

Gli studi condotti su soggetti 'resilienti' hanno focalizzato l'attenzione sulle caratteristiche psicologiche distintive e trasversali ai diversi contesti, che possano fungere da elementi predittori dell'esito positivo, in termini di benessere psico-fisico, della condizione di stress.

I fattori identificati, assumono la valenza di 'risorse' che a vario titolo contribuiscono ad attivare e sostenere il processo di resilienza. La letteratura distingue diverse tipologie di risorse - biologiche e culturali; distali o prossimali al Sé; risorse chiave, multicomponenziali o integrate - (20).

Un'altra distinzione classica distingue tra risorse interne e risorse esterne, le une riferibili a caratteristiche personali e le altre a caratteristiche dell'ambiente sociale. Tale distinzione venne introdotta già negli antesignani lavori di Caplan (21) e Sarason (22) che identificarono nel *sense of mastery* e nel senso di comunità le due colonne portanti del sistema resilienza.

Le caratteristiche dell'ambiente di vita e la qualità delle relazioni sociali sono un punto di riferimento fondamentale in questo ambito di indagine.

Il costrutto principale in questo ambito di indagine è quello di supporto sociale (23) Nel tempo il supporto sociale ha assunto le sembianze di un ampio meta-costrutto in cui convergono diversi fattori quali lo scambio di interazioni supportive, la percezione di sostegno ricevuto, l'integrazione sociale o, più recentemente (24), la "solitudine" definita come discrepanza percepita tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettive.

Complessivamente, il supporto sociale, risulta essere positivamente correlato con la resistenza allo stress, con un miglior adattamento psicologico ma anche con diversi parametri di natura fisiologica (25). La percezione di un buon livello di supporto sociale è associata a migliori indici di attività del sistema autonomo, del sistema immunitario e del sistema ormonale. Diversi studi hanno evidenziato in modo particolare il ruolo protettivo della dimensione di supporto sociale nei confronti del rischio cardiovascolare, verificato anche in studi epidemiologici con follow up (26). La relazione con gli outcomes di salute sembra essere fondamentalmente riconducibile al modello *stress-buffering* (27).

La categoria relativa alle risorse interne appare più articolata.

¹ I contributi più recenti in materia di coping stanno lavorando in direzione di un ampliamento del concetto con l'intento di comprendere anche la dimensione più spiccatamente proattiva del processo. In questo senso il costrutto di coping trova dei punti di contatto con quello di resilienza (si veda ad esempio (16)).

In linea con lo sviluppo del costrutto di *sense of mastery* e di tutta la letteratura generalmente connessa al fattore 'controllo', grande rilevanza viene attribuita alla dimensione di autoefficacia, forse la più nota ed esplorata in questo ambito di studi. Come è noto, il senso di autoefficacia secondo Bandura (28) è una dimensione contesto-specifica, riferita cioè all'abilità relativa ad un dominio particolare di conoscenze, che contribuisce a fondare un senso di padronanza in quel particolare dominio di competenza. Diversamente Schwarzer (29) propone il costrutto di autoefficacia generalizzata, che si riferisce ad una valutazione complessiva del soggetto circa il proprio senso di competenza nella vita, trasversalmente alle diverse circostanze entro cui si snoda, intesa come capacità di influenza sull'ambiente e di perseguimento dei propri obiettivi.

La letteratura relativa al legame positivo che intercorre tra dimensione di autoefficacia, nella sua duplice accezione, e benessere, è estremamente consistente. In generale sembra che la valenza positiva del costrutto nei confronti degli outcome di salute sia indiretta, ovvero agisca come fattore di orientamento ed implementazione dei comportamenti e degli stili di vita (30).

Evidenze analoghe sono state raccolte con riferimento ad un'altra risorsa tradizionalmente legata alla dimensione di controllo il *locus of control* interno (31, 32). Spostandosi su un altro versante di ricerca, l'ottimismo disposizionale (33, 34) rappresenta un altro processo psicologico ormai diffusamente riconosciuto come risorsa di resilienza.

Nell'ambito della famiglia più ampia di studi relativi all'ottimismo (35), l'ottimismo disposizionale consiste appunto in una disposizione mentale ad attendersi eventi favorevoli in futuro in modo realistico (36), ovvero valutando e tenendo in considerazione i vincoli e i feedback forniti dall'ambiente fisico e sociale. Tale orientamento aumenta la persistenza del soggetto ottimista nel conseguimento di obiettivi e sostiene la decodifica degli stressors in termini di sfide che si possono dominare.

In letteratura è ormai reperibile molta documentazione circa la valenza salutogenica del costrutto. L'ottimismo disposizionale, funge da un lato da strategia di self-regulation, favorendo l'utilizzo di strategie di coping efficaci e potenziando quindi la capacità di reperire le risorse necessarie per aumentare il controllo e far fronte allo stress (37). Vi sono però anche evidenze empiriche che sostengono l'efficacia diretta del costrutto sugli outcome di salute psicofisica. In particolare, a livello biologico, i dati supportano l'ipotesi di un'influenza dell'ottimismo su diversi sistemi variamente collegati alla sindrome da stress; più precisamente si registrerebbero effetti positivi sul sistema endocrino collegato con la condizione di stress (produzione di catecolamine), sul sistema psiconeuroimmunitario (incremento dei leucociti e mantenimento di adeguati livelli di citochine e interleuchine) e sul sistema cardiovascolare (38).

Nella stessa direzione degli studi sull'ottimismo possiamo annoverare il filone di indagine relativo al costrutto di autostima (39). Il costrutto si riferisce agli elementi cognitivi che sostengono la considerazione positiva di se

stessi e l'elevato grado di valorizzazione e di accettazione delle proprie caratteristiche. I benefici connessi ad un livello adeguato di autostima sono ad oggi prevalentemente riferibili alla sfera del benessere psicologico e della salute mentale (40). L'autostima si dimostra inoltre efficace come strategia di self-regulation (41).

Alla luce della ampiezza e della consistenza dei risultati raccolti relativamente a questi costrutti principali, sono attualmente in via di elaborazione nuovi costrutti multi-componenziali che si prefiggono di verificare la presenza di dimensioni latenti, in grado di incrementare il livello di spiegazione degli effetti rilevati.

Il 'pensiero positivo' (42) è rappresentativo del lavoro condotto in questa direzione. Il costrutto si riferisce operativamente alle tre dimensioni - ottimismo, autostima e soddisfazione di vita - considerate tre indicatori diversi, tre 'sistemi di pensiero', di un costrutto latente. Simmetricamente al lavoro svolto da Beck (43) nell'elaborazione della teoria cognitiva della depressione, il pensiero positivo individua una predisposizione cognitiva 'positiva' rispetto a se stessi, alla propria vita e al proprio futuro. I risultati raccolti nei primi studi effettuati, sostengono l'ipotesi che il pensiero positivo costituisca un'efficace risorsa di resilienza, svolgendo una funzione protettiva nei confronti dello sviluppo di sintomi depressivi (44). Rimane da esplorare l'efficacia del costrutto in relazione ad altri outcome di salute.

Nella sfera degli studi sulla personalità, infine, tra i diversi costrutti presenti in letteratura, una considerazione particolare viene riconosciuta alla *hardiness* (45) termine da sempre mantenuto nella sua formulazione anglofona. Si tratta di un fattore di personalità complesso, ritenuto un tratto estremamente efficace per far fronte positivamente agli stressor. Le componenti del costrutto sono tre: l'impegno, esprime un atteggiamento proattivo nei confronti delle circostanze; il controllo, riferibile al costrutto di *locus of control*; la sfida, espressione dell'orientamento a decodificare il cambiamento in termini di minaccia o di opportunità di crescita. La definizione del costrutto è stata seguita da un ampio lavoro di validazione empirica, diretto a verificarne l'efficacia come fattore di protezione della salute.

I risultati di una ricerca longitudinale (46), condotta per 5 anni in una compagnia di telecomunicazioni hanno evidenziato una relazione significativa con gli indici di assenza per malattia. Complessivamente i dati rilevano inoltre il valore predittivo nei confronti di un ampio spettro di patologie organiche.

5. La dimensione di senso

L'uomo che considera la sua vita come destituita di senso non solo è infelice ma anche incapace di vivere
(Albert Einstein).

Contestualmente allo sviluppo della Positive Psychology, si assiste in psicologia ad un rinnovato interesse per una dimensione rimasta per lungo tempo ai margini della riflessione teorico/empirica, la dimensione di senso.

Il merito va in parte all'impegno profuso nel tentativo di operationalizzare un costrutto così complesso al fine di poterlo utilizzare nell'ambito di modelli di ricerca sperimentali, con l'intento di verificarne il potenziale salutogenico.

Sotto il profilo teorico, il modello di riferimento più condiviso è quello elaborato intorno agli anni '60 da Viktor Frankl, il cui elemento portante è la *volontà di significato*, la tensione radicale dell'uomo a trovare e realizzare un senso e uno scopo (47). L'esperienza clinica consente di rilevare la relazione positiva che intercorre tra la dimensione di senso e il benessere psicologico. Tali evidenze qualitative trovano oggi un ampio riscontro nei dati raccolti sperimentalmente nell'arco di un decennio da diversi studiosi internazionali (48).

Nella sua formulazione operativa (49), il costrutto di senso si configura come variabile di atteggiamento che consta di tre componenti tra loro interrelate e comuni a tutte le esperienze individuali di significato: una componente cognitiva che riguarda il dare significato alla propria esperienza di vita, una componente motivazionale, relativa al sistema di valori costruito da ciascun individuo ed una componente affettiva che comprende i sentimenti di soddisfazione e pienezza derivanti dal raggiungimento di obiettivi specifici.

Le ricerche condotte in questo ambito hanno ampiamente mostrato il ruolo cruciale giocato dalla dimensione di senso come moderatore degli effetti dello stress sulla salute fisica e sul benessere psicofisico dei lavoratori e, più in generale, come agente promotore di benessere (50).

Un contributo particolarmente rilevante per la comprensione del legame che intercorre tra dimensione di senso e benessere proviene dalla originale tradizione salutogenica.

Il costrutto centrale del modello di Antonovsky (6, 7) è infatti il Senso di coerenza (SOC), un costrutto anche in questo caso multicomponentiale, attraverso il quale si coglie un orientamento generale di vita che predispone all'utilizzo efficace delle diverse strategie di coping. Le tre componenti esprimono la misura in cui una persona ha un sentimento di confidenza pervasivo, duraturo e al tempo stesso dinamico, che gli stimoli provenienti dall'ambiente interno ed esterno sono strutturati, prevedibili, spiegabili (comprensibilità) che le risorse per fronteggiare efficacemente le richieste poste dall'ambiente sono disponibili e accessibili (fronteggiabilità) e che le richieste poste dall'ambiente sono sfide ricche di impegno e coinvolgimento (significatività).

Una recente rassegna (30) ha rilevato la particolare forza protettiva del SOC nei confronti della sintomatologia psichica. Sul versante della salute fisica è invece attualmente disponibile una rassegna meta-analitica (51) che prende in esame 458 ricerche pubblicate nel decennio 1992-2003. Elevati livelli di SOC, sono negativamente associati allo sviluppo di sintomatologie stress-correlate: sindrome del colon irritabile, diabete di tipo 2, qualità del

sonno. Le evidenze più consistenti riguardano però le patologie cardiovascolari nei confronti delle quali sembra emergere un importante effetto protettivo del SOC, indipendente da fattori costituzionali e di personalità ma anche da altri fattori di rischio connessi allo stile di vita. Il dato sembra confermato anche a livello epidemiologico. L'indagine condotta a questo livello da Poppius e colleghi nell'ambito dello *Helsinki Heart Study* (52) si proponeva di esplorare il valore predittivo del SOC nei confronti dello sviluppo di patologie cardiovascolari e di verificarne la variabilità in relazione a diversi gruppi occupazionali. Nel follow-up effettuato a otto anni dalla prima rilevazione i dati evidenziarono una minor incidenza (25%) di malattie coronariche nei soggetti con alti punteggi di SOC. Anche i tassi di mortalità presentavano associazioni significative con il punteggio SOC, anche quando controllate in funzione dei fattori di rischio. Il dato risulta però sensibile alla condizione occupazionale in quanto predittivo esclusivamente del gruppo dei 'colletti bianchi'.

Numerosi contributi hanno inoltre posto in relazione il SOC con indicatori 'tradizionali' di stress lavorativo, come quelli proposti nel modello Domanda-Controllo, evidenziando anche in questi casi un effetto positivo del livello di SOC sul livello di rischio stress (53).

5.1 Esperienze di ricerca

Da alcuni anni, nell'ambito dell'attività di ricerca e intervento collegata all'Ambulatorio per la Valutazione e il Controllo dello Stress Lavorativo², stiamo conducendo un'attività di ricerca orientata all'indagine dei fattori di resilienza. L'indagine ha come obiettivo generale la validazione di strumenti teorici e operativi nell'ambito della realtà delle organizzazioni di lavoro italiane.

Tra le numerose risorse di resilienza passate brevemente in rassegna in precedenza, la ricerca si è rivolta in modo privilegiato al costrutto di senso, in considerazione del suo aspetto innovativo nel panorama della ricerca internazionale e della sua particolare rilevanza nello specifico dell'attività lavorativa.

Le indagini sono state sviluppate con l'intento di verificare da un lato la valenza protettiva del costrutto nei confronti dello sviluppo di sintomi stress-correlati e, dall'altro, di verificare la valenza più squisitamente promozionale di alcuni indici di benessere lavorativo e psicologico.

I dati sono stati raccolti in contesti naturali e coinvolgono due categorie di partecipanti: lavoratori attivi - coinvolti in indagini di clima organizzativo o in interventi di formazione -, lavoratori in malattia, nella prevalenza a seguito di patologie del sistema cardio-vascolare, coinvolti in percorsi di riabilitazione o in attesa di una valutazione ai fini del reinserimento lavorativo. In totale circa 1660 lavoratori.

I contesti organizzativi e i contenuti del lavoro considerati sono molteplici: aziende pubbliche e private, professioni d'aiuto e impiegate, ad alto e basso rischio stress.

² Struttura mista afferente alla UMOA dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza e all'Università degli Studi di Milano-Bicocca

Sono state inoltre controllate le variabili socio-demografiche, organizzative e di clima e, quando possibile, quelle anamnestiche.

Per la rilevazione della variabile di senso è stato prevalentemente utilizzato il Sense of Coherence Questionnaire (SOC-13/29 items), nell'adattamento italiano dell'originale questionario costruito ad hoc per la rilevazione del costrutto (54).

Sotto il profilo degli indicatori di salute, sono stati scelti alcuni indicatori di distress tra i numerosi presenti in letteratura. Nella maggior parte dei casi è stato somministrato il General Health Questionnaire (GHQ-12 items) una misura di autopercezione del distress psicologico minore, di cui è disponibile la validazione sulla popolazione italiana (55). In altri casi sono stati invece considerati i punteggi di elevazione delle scale dello MMPI-2.

Più complessa la rilevazione del benessere in considerazione della assoluta scarsità di strumenti idonei allo scopo. Ad oggi lo strumento da noi più utilizzato è il questionario di misura di Psychological Well-Being (PWB-18 items) una delle misure più accreditate a livello internazionale per la rilevazione del funzionamento psicologico 'ottimale', definito secondo sei dimensioni: autonomia, relazioni positive con gli altri, padronanza ambientale, crescita personale, accettazione di sé, scopo nella vita (56). È stata recentemente somministrata una versione adattata al contesto lavorativo, di cui non è ancora disponibile la validazione. Un'altra misura di benessere considerata è la Satisfaction With Life Scale (SWLS-5 items) che misura la soddisfazione di vita a livello globale e soggettivo (57).

I dati raccolti, nel loro insieme, confermano la duplice valenza protettiva e promozionale della dimensione di senso (14).

In particolare, con riferimento alle popolazioni di lavoratori attivi, i modelli di regressione applicati hanno costantemente evidenziato un effetto significativo diretto del SOC (valori compresi tra β -0.31 e β -0.42) sul livello di GHQ (valori compresi rispettivamente tra R^2 0.10 e R^2 0.24). L'effetto del SOC come predittore dei livelli di distress è sempre esclusivo, in relazione alle variabili ecologiche controllate nel modello (58).

In un'indagine longitudinale (59), con gruppo di controllo, condotta nell'arco di sei mesi su un gruppo di 300 operatori sanitari, i risultati della regressione lineare effettuata con i dati raccolti alla base-line, hanno evidenziato l'effetto moderatamente predittivo del livello di distress (R^2 0.23) delle due componenti del SOC, comprensibilità (β -0.23) e significatività (β -0.19), congiuntamente al livello di un altro fattore di resilienza considerato, la General Self Efficacy (β -0.17). Successivamente alla compilazione del questionario, il gruppo sperimentale partecipava ad un intervento di sviluppo delle risorse umane. I follow-up effettuati a 1 mese e a 6 mesi dalla base-line hanno messo in evidenza l'incremento significativo dei livelli di SOC (t_1 β -0.34 ; t_2 β -0.32), che rimane nel tempo l'unico predittore della variabile di distress (t_1 R^2 0.25 ; t_2 R^2 0.19).

Il dato assume una certa rilevanza in prospettiva applicativa in quanto fornisce un'evidenza empirica relativa alla possibilità di intervenire promozionalmente ai fini di potenziare la risorsa.

Per quanto riguarda poi il valore predittivo del SOC nei confronti degli indicatori di benessere della popolazione lavorativa attiva, i dati rilevano anche in questo caso un effetto significativo nei confronti del PWB (58). In un'indagine condotta sulla popolazione di impiegati ($N=210$) di un comune dell'hinterland milanese, i dati hanno rilevato il valore esclusivo del SOC (β 0.58) come predittore dei livelli di PWB (R^2 0.34). In altre indagini i valori di PWB rilevati vengono invece spiegati dall'effetto congiunto del SOC con altri indicatori di resilienza considerati, tra i quali si è rivelato particolarmente efficace il Self-Empowerment (60, 61), un costrutto in precedenza non menzionato in quanto ancora poco diffuso nella letteratura internazionale. Il costrutto coglie il processo di sviluppo del sentimento di potere personale e viene misurato con la scala di Self-Empowerment (SES-20 items) in via di validazione (62). I dati raccolti in una popolazione di lavoratori ($N=236$) impiegati presso un'azienda di telecomunicazioni hanno evidenziato il contributo rispettivamente del SOC (β 0.33) e del SES (β 0.30) nella spiegazione della variabilità del punteggio di PWB (R^2 0.33) (63). Risultato analogo è stato raccolto in un campione qualitativamente rappresentativo ($N=139$) della popolazione di operatori sanitari di un'azienda ospedaliera dell'hinterland milanese (R^2 0.35 ; SOC β 0.32 ; SES β 0.41). Nella stessa indagine è emerso un modello analogo in riferimento ai punteggi di SWLS (R^2 0.34 ; SOC β 0.30 ; SES β 0.41) (64).

I modelli riscontrati nei gruppi di lavoratori attivi trovano analogo riscontro nei lavoratori in malattia.

In un preliminare lavoro di ricerca esplorativo (65), condotto con metodologia qualitativa su un gruppo di 14 soggetti - 10 uomini e 4 donne -, colpiti da infarto miocardico acuto, è stato possibile cogliere il ruolo centrale svolto dalla dimensione di senso nella rappresentazione di malattia in qualità di fattore discriminante tra buono e cattivo adattamento alla malattia stessa; la possibilità di comprendere e spiegare gli eventi, di fronteggiarli in maniera efficace e di trovare in essi un significato sembra, infatti, associarsi ad un maggior senso di stabilità emotiva e cognitiva.

Un recente studio (66) ha consentito di specificare i risultati precedentemente raccolti. L'indagine ha coinvolto 53 pazienti ricoverati presso un'Unità di Cardiologia Riabilitativa a seguito di infarto miocardico, occorso in media due mesi prima della data della valutazione psicologica. È stata indagata la valenza salutogenica del SOC e della GSE nei confronti dello sviluppo di sintomi psichici. I risultati hanno confermato la maggior resilienza dei soggetti dotati di un senso di coerenza più forte, con particolare riferimento alla dimensione significatività (SOC_si, β -0.34), e di buona autoefficacia (GSE, β -0.26); i pazienti presentavano infatti punteggi inferiori nell'elevazione media del profilo dello MMPI-2 (R^2 0.26).

6. Dalla ricerca all'intervento di promozione del benessere

I dati di ricerca presentati, come anticipato, si focalizzano volutamente sulla valenza salutogenica del costrutto di senso. Altri autori a livello nazionale stanno conducen-

do un lavoro di ricerca analogo con riferimento ad altre risorse di resilienza (per una rassegna cfr. 67).

Questa fiorente attività di ricerca ha largamente contribuito all'approfondimento della riflessione teorica, così importante in questo campo in virtù della novità del paradigma di riferimento. Il trasferimento di tale riflessione sul versante applicativo, in termini di modelli e di strumenti di intervento, è però ad oggi ancora abbastanza limitato.

I modelli di intervento, in primo luogo, fanno ancora ampiamente riferimento alla tradizione dello 'stress management intervention', prioritariamente focalizzati sulla riduzione della tensione percepita o della richiesta effettiva, piuttosto che sul potenziamento delle risorse disponibili (68).

Non mancano però contributi di apertura verso modelli più squisitamente promozionali, con specifico riferimento all'intervento nelle organizzazioni di lavoro. A livello degli interventi centrati sulla persona e sulla relazione persona/organizzazione, ad esempio, Nelson e Simmons (69) propongono il 'modello olistico', che introduce a fianco della prevenzione del distress la 'generazione di eustress', focalizzata sulla valutazione e lo sviluppo delle risorse personali. Sul versante organizzativo possiamo invece citare i modelli di *Positive Organizational Scholarship* (70) orientati alla valorizzazione dei fenomeni positivi nelle organizzazioni.

Le maggiori carenze riguardano forse gli strumenti operativi. Con riferimento alle pratiche di valutazione delle condizioni di salute, gli strumenti di misura citati in precedenza (Cfr par. 5.1) sono stati in prevalenza generati con finalità di ricerca speculativa e non sempre quindi presentano un format idoneo all'applicazione in contesti d'intervento. Alcuni autori stanno tuttavia procedendo nella formulazione di strumenti di rilevazione creati ad hoc, che rispondano all'esigenza di considerare il concetto di salute nella sua accezione più ampia.

Nel campo delle indagini di clima (per una rassegna cfr.71), coerentemente al nuovo paradigma, gli strumenti fanno riferimento al costrutto di 'salute organizzativa' che comprende "l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro *promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere* fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative" (71, p.65). Il focus è in questo caso nettamente sbilanciato verso una logica promozionale.

Sul versante delle indagini dirette alla valutazione del rischio, la messa a punto di nuovi modelli di rilevazione è forse più rallentata. Gheno (62) introduce la categoria delle 'survey di benessere in azienda' che in questo caso allarga il paradigma tradizionale della valutazione del rischio dalla rilevazione della presenza di predittori di malessere alla rilevazione dell'assenza di predittori di benessere. Le survey di benessere consentono inoltre di identificare le aree di 'eccellenza', o meglio i micro-contesti ecologicamente favorevoli allo sviluppo del benessere, al fine di consentirne una trasferibilità mediante interventi di riorganizzazione del lavoro o mediante interventi formativi di promozione delle risorse di resilienza.

Proprio il fronte degli interventi di sviluppo è forse quello in cui l'esperienza maturata fatica a trovare adeguati canali di diffusione del sapere, sebbene non manchino contributi che testimoniano un impegno attivo tanto nella pratica della salvaguardia del benessere dei lavoratori, quanto nei percorsi clinici di riabilitazione (72, 73).

Occorre comunque incentivare un maggior raccordo tra le esperienze pratiche e quelle di ricerca al fine di procedere più speditamente nella validazione di strumenti e modelli di intervento.

Conclusioni

Fin dalla sua fondazione il concetto di stress è contraddistinto dalla sua intrinseca ambivalenza: fattore documentatamente nocivo per la salute è però al tempo stesso ingrediente indispensabile alla vita stessa e al suo sviluppo. "La completa libertà dallo stress è la morte. Contrariamente a quanto si pensa di solito, non dobbiamo e, in realtà, non possiamo evitare lo stress, ma possiamo incontrarlo in modo efficace e trarne vantaggio imparando di più sui suoi meccanismi, ed adattando la nostra filosofia dell'esistenza ad esso" (H. Selye, 1974).

I principali modelli di riferimento sullo stress lavorativo ripropongono le due facce dello stress. Uno tra tutti, il modello Domanda-Controllo, specularmente alla direttrice dello 'strain', prevede la direttrice del 'learning', dell'apprendimento. La ricerca e l'intervento si sono però quasi esclusivamente focalizzati sui fattori di strain, con l'obiettivo di aumentare il controllo dei lavoratori. La possibilità di conoscere e implementare il versante 'attivo' del lavoro è stata invece per lungo tempo ignorata.

D'altro canto l'attività lavorativa costituisce in qualche misura il paradigma della vita, sempre impegnata nel processo di crescita e di riproduzione. Tali processi, ci ricorda Charlotte Buhler (74) "... sono processi che si ribellano al principio omeostatico [...] La persona attiva pone il suo prodotto e la sua opera in una *realtà positivamente intesa*, mentre nella ricerca di equilibrio della persona che si adegua, la *realtà* viene *negativamente intesa*" (p. 484).

Il modello salutogenico presentato in questo contributo fornisce una cornice di riferimento adeguata per dare spazio e sostegno alla componente attiva del lavoro, alla sua espressione compiuta e per questo salutare.

Bibliografia

- 1) Karasek RA. Job demands, job latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285-308.
- 2) Theorell T, Karasek RA. Current issues relating psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 9-26.
- 3) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Work-related stress* 2007. <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01.pdf>
- 4) SIMLII *Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti dello stress da lavoro* Documento di Consenso 2005. <http://www.simlii.net/>
- 5) Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.

- 6) Antonovsky A. Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
- 7) Antonovsky A. The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances* 1987; 4: 47-55.
- 8) Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996; 11: 11-8
- 9) Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am. Psychol* 2000; 55: 5-14.
- 10) Linley PA, Joseph S. eds. Positive psychology in practice. Hoboken, NJ: Wiley, 2004.
- 11) Roisman G. Conceptual clarifications in the study of resilience. *Am. Psychol* 2005; 60: 264-65.
- 12) Grienker RR, Spiegel JP. Men under stress. Philadelphia: McGraw-Hill, 1945.
- 13) Masten A. Ordinary Magic: resilience processes in development. *Am. Psychol* 2001; 56: 227-38.
- 14) Magrin ME, Scrignarò M, Viganò V. Fattori di resilienza e benessere psicologico. *Psicologia della salute* 2006; 1, 9-24.
- 15) Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- 16) Moos R. The mystery of human context and coping: an unrevealing of clues. *Am J Community Psychol* 2002; 30: 67-88.
- 17) Luthar S, Cecchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 2000; 71: 543-562.
- 18) Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Am. Psychol* 2004; 59: 20-8.
- 19) Malaguti E. Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi. Trento: Erickson, 2005.
- 20) Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology* 2002; 6: 307-24.
- 21) Caplan G. Principles of preventative psychiatry. New York: Behavioral Publications, 1964.
- 22) Sarason SB. The psychological sense of community: Prospects for a community psychology. San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
- 23) Vaux A. Social support: Theory, research and intervention. New York: Praeger, 1988.
- 24) Hawkey LC, Bureson MH, Bertson GG, Cacioppo JT. Loneliness in Every-day Life: Cardiovascular Activity, Psychosocial Context, and Health Behaviors. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85: 105-20.
- 25) Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull* 1996; 119: 488-531.
- 26) Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99: 192-217.
- 27) Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychol Inq* 1998; 9: 1-28.
- 28) Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman, 1997.
- 29) Schwarzer R. Self-efficacy: thought control of action. Hemisphere, Washington DC., 1992.
- 30) Ouellette SC, Di Placido J. Personalities role in the protection and enhancement of health: where the research has been, where it is stuck, how it might move. In: Baum A., Revenson T., Singer J. eds. Handbook of Health Psychology. Mahwah: Erlbaum, 2001: 175-93.
- 31) Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychol Monogr* 1966; 80: 1-28.
- 32) Lefcourt HM, Davidson-Katz K. Locus of control and health. In: Snyder CR, Forsyth DR eds. Handbook of social and clinical psychology. New York: Pergamon Press, 1991: 246-66.
- 33) Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985; 4: 219-47.
- 34) Carver CS, Scheier MF. On the self-regulation of behaviour. New York: Cambridge University Press, 1998.
- 35) Anolli L, Realdon O. Ottimismo e competenza emotiva. In: Delle Fave A ed. La condivisione del benessere. Milano: Franco Angeli, 2007: 21-39.
- 36) Anolli L. L'ottimismo. Bologna: Il mulino, 2005.
- 37) Schwarzer R. Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychol Health* 1994; 9: 161-80.
- 38) Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. Optimists vs. pessimists: Survival rate among medical patients over a 30 year period. *Mayo Clinic Proceedings* 2000; 75: 140-43.
- 39) Harter S. Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In: Baumeister RF ed. Self-esteem: The puzzle of low self regard. New York: Plenum, 1993.
- 40) Tylor SE, Brown JD. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychol Bull* 1988; 103: 193-210.
- 41) Kernis MH. Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychol Inq* 2003; 14: 1-26.
- 42) Caprara GV, Steca P. Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist* 2005; 4: 275-86.
- 43) Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognition, attitudes, and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy* 1983; 1: 1-16.
- 44) Steca P, Caprara GV. Il Pensiero Positivo. Esplorando ciò che hanno in comune soddisfazione di vita, autostima e ottimismo. In: Delle Fave A, ed. La condivisione del benessere. Milano: Franco Angeli, 2007: 40-58.
- 45) Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979; 37: 1-11.
- 46) Maddi S. Hardiness in health and effectiveness. In Friedman HS ed. Encyclopaedia of mental health. San Diego: Academic Press 1998: 323-335.
- 47) Frankl V. Man's search for meaning: An introduction to logotherapy. New York: Pocket Books, 1963.
- 48) Reker GT, Chamberlain K. Exploring existential meaning: optimizing human development across the life span. Thousand Oaks: Sage, 2000.
- 49) Reker GT, Wong PTP. Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: Birren JE, Bengtson VL, eds. Emergent Theories of Aging. New York: Springer Publishing Co., 1988: 214-246.
- 50) Krause N. Traumatic events and meaning in life: exploring variations in three age cohorts. *Ageing Soc* 2005; 25(4): 501-524.
- 51) Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiological Community health* 2006; 60: 376-381.
- 52) Poppius E, Tenkanen L, Hakama M, Kalimo R, Pitkänen T. The sense of coherence, occupation and all cause mortality in the Helsinki heart study. *Eur J Epidemiol* 2003; 18: 389-393.
- 53) Holmberg S, Thelin A, Stiernström E. Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. *Eur J Psychol Assess* 2004; 20 (4): 227-236.
- 54) Antonovsky A. The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36 (6): 725-733.
- 55) Politi PL, Piccinelli M, Wilkinson G. Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatr Scandinavica* 1994; 90(6): 432-437.
- 56) Ryff CD, Keyes CLM. The structure of Psychological Well-being Revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69(4): 719-27.
- 57) Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess* 1985; 49: 71-75.
- 58) Magrin ME. Prevenire il disagio, promuovere il benessere: la prospettiva salutogenica. Prima giornata nazionale di Psicologia Positiva "Costruire e condividere benessere", Milano, 1 Dicembre 2007.
- 59) Magrin ME, Madotto F, Scrignarò M, Viganò V. A longitudinal study about some protective dimensions against psychological distress in a population of hospital workers. *Psychol Health* 2005; 20: Supplement, 156.
- 60) Brusciaglioni M, Gheno S. Il gusto del potere. Empowerment di persone e azienda. Milano: Franco Angeli, 2000.
- 61) Gheno S. L'uso della forza. Il Self-Empowerment nel lavoro psicosociale e comunitario. Milano: McGraw-Hill, 2005.
- 62) Gheno S. Potere in positivo. Il Self-Empowerment e il benessere lavorativo. *Psicologia della salute* 2007; 1: 49-66.

- 63) Gheno S, Scignaro M. MTV Television: Survey di benessere. Report tecnico non pubblicato. 2007.
- 64) Magrin ME, LaTocca R, Viganò V, Patronella G. A.O. San Gerardo: indagine epidemiologica sul benessere in azienda, studio preliminare. Report tecnico non pubblicato. 2008.
- 65) Magrin ME, Scignaro M, Viganò V. Rappresentazione di malattia e senso di coerenza in soggetti cardiopatici. *Psicologia della salute* 2005; 3, 55-70.
- 66) Scignaro M, Viganò V, Magrin ME. La promozione del benessere in pazienti post-infartuati: un'indagine sui fattori di resilienza, SOC e GSE. *Ricerche di psicologia* 2008 (in stampa)
- 67) Magrin ME, Steca P eds. Contributi per una teoria e una pratica della promozione del buon funzionamento della persona. *Psicologia della salute* 2007; 1, Nucleo Monotematico.
- 68) Nelson DL, Campbell Quick J, Simmons BL. Preventive Management of Work Stress: Current Themes and Future Challenges. In: Baum A, Revenson T, Singer J. eds. Mahwah: Erlbaum, 2001: 349-363.
- 69) Nelson DL, Simmons BL. Health psychology and work stress: a more positive approach. In: Quick Campbell J, Tetrick LE eds. Handbook of occupational health psychology. Washington: American Psychological Association. 2003: 97-119.
- 70) Roberts LM. Shifting the Lens on Organizational Life: The Added Value of Positive Scholarship. *Acad Manage Rev* 2006; 31: 292-305.
- 71) Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Milano: Cortina, 2005.
- 72) Magrin ME, Bruno C, Gheno S, Scignaro M, Viganò V. The power of stress: a salutogenic model of intervention. In Delle Fave A. ed. Dimensions of well-being. Research and intervention. Milano: Franco Angeli, 2006: 470-488.
- 73) Delle Fave A ed. La condivisione del benessere. Il contributo della psicologia positiva. Milano: Franco Angeli, 2007.
- 74) Buhler C. Theoretical Observations about Life's Basic Tendencies. *Am J Psychother* 1959; 13 (3), 501-581.

Richiesta estratti: Maria Elena Magrin - Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Milano-Bicocca, P.za dell'Ateneo Nuovo 1, 20126 Milano, Italy - Tel. +39/02.6448.3754, Fax +39.02.6448.3706, E-mail: mariaelena.magrin@unimib.it