

disagio moderno. Già nel 1976, Selye (1) notava che dalla sua prima lettera a *Nature*, quarant'anni prima, su *A Syndrome produced by diverse noxious agents*, erano stati pubblicati 110.000 lavori. Le teorie sullo stress sono state particolarmente innovative nell'ambito della medicina del lavoro, rivolta a un ambiente, che, ormai occupato per il 70% da colletti bianchi per la metà oltre i 45 anni, è paradigmatico di una domanda di salute, che ha assunto connotazioni aspecifiche, non più legate ai tradizionali rischi occupazionali (3). Si sono cominciati a studiare come fattori di nocività non solo quelli fisico-chimici, ma anche quelli organizzativi, secondo varie definizioni del rischio, di cui la più semplice è: *troppo o troppo poco da fare; responsabilità nulla o eccessiva; estrema rigidità o ambiguità dei compiti; assenza o esasperazione dei conflitti di ruolo*. Ovviamente valgono anche le combinazioni. Le teorie dello stress sono state un contributo maggiore all'inquadramento delle malattie "lavoro-associate", ovvero delle malattie che, diffuse a tutta la popolazione, nel lavoro trovano tuttavia una componente eziologica importante.

Epidemiologia

Le malattie lavoro-associate connesse con lo stress sono di natura "psicosomatica", ovvero cutanee, gastroenteriche, immunitarie, respiratorie, ma soprattutto cardiovascolari. Queste sono le più importanti, non solo perché sono la prima causa di morte e di invalidità anche nella popolazione lavorativa, ma anche perché sono paradigmatiche dei processi che possono condurre dall'emozione alla alterazione biologica. Il fenomeno sul piano clinico è noto da tempo: nel 1897 il grande medico inglese Sir William Osler, descriveva "una degenerazione arteriosa" risultante "dalle preoccupazioni e dalla pressione della vita moderna" costretta "a far lavorare la macchina biologica al massimo delle capacità" (4). Il problema è se tale fenomeno valga, oltre che per il singolo individuo, anche per interi gruppi di popolazione omogeneamente esposti a rischio. Le implicazioni preventive e assicurative sono facilmente prevedibili.

Se si introducono le parole "stress and cardiovascular disease" in una ricerca su PubMed si trovano negli ultimi cinque anni più di 10.000 lavori con oltre 3.000 revisioni, ma solo circa 200 lavori sugli effetti dello stress lavorativo. Oltre ai tradizionali studi sulla attivazione endocrina e neurovegetativa, vengono considerati i processi infiammatori, ossidativi, coagulativi e le interazioni gene-ambiente(5). Da un punto di vista soggettivo i paradigmi maggiormente utilizzati sono quelli di Karasek (*demand/control/ social support*) e di Siegrist (*effort/reward imbalance*). Negli studi in campo reale i risultati negativi (nessuna relazione tra stress e disordine biologico o malattia) eguagliano quelli positivi. Anche la nostra esperienza, rivolta in particolare allo studio della pressione/ipertensione arteriosa come indicatore/esito di stress ha messo in luce risultati contraddittori. Tuttavia i risultati negativi non aboliscono quelli positivi, che sono

ripetutamente osservati nello stesso gruppo di ricerca e in gruppi molto distanti tra loro.

Purtroppo, l'osservazione accurata, possibile in un contesto clinico o sperimentale, non è possibile negli studi sul campo. Nella catena che lega lo stress occupazionale al disordine cardiovascolare - *disagio occupazionale* → *stress* → *mediatori biologici* → *fattori di rischio* → *malattia* - ogni passaggio è solo una frazione eziologica di quello seguente, a causa del grande numero di variabili intervenienti. Così i risultati non sono assenti, ma "diversi" e, a volte in direzione opposta. (6). Risultati più stabili dimostrano gli studi sulla relazione tra malattie cardiovascolari e stato socio-economico (SES), individuato attraverso il livello di scolarità, l'occupazione, il reddito, l'abitazione, presi singolarmente o insieme. Un SES più basso contribuisce a un maggior rischio cardiovascolare, anche nel nostro Paese. Lo stress non è estraneo al costrutto "stato socio-economico" in quanto rappresenta in indice sintetico o parziale delle difficoltà adattative ad esso connesse. Recentemente il costrutto è stato completato con la nozione di "capitale sociale" (7), ovvero con gli aspetti di supporto, autonomia, equità e risorse, che caratterizzano l'esistenza personale e collettiva.

Conclusioni

Le evidenze cliniche e sperimentali sulle influenze dello stress su rischi e malattia (soprattutto cardiovascolare) sono un fatto. Tutte le linee guida sulla prevenzione e trattamento del rischio cardiovascolare contengono suggerimenti per il controllo della tensione psicologica nella vita e nel lavoro. Lo stesso vale in genere per le altre "psicosomatosi". Le autorità sanitarie internazionali e la comunità medica riconoscono che il "gap" sociale - tra il povero e il ricco, lo stressato e l'adattato, il manovale e il manager - è causa di disparità nelle condizioni di salute all'interno delle medesime società evolute. Per quanto sia stato osservato che "pescare troppo in discipline diverse, senza adeguata conoscenza delle stesse, può condurre a gravi errori di interpretazione" la moderna medicina non può prescindere da considerazioni umanistiche, psicologiche e sociologiche (8). Questa d'altra parte è l'essenza della clinica. La medicina occupazionale e anche quella cosiddetta "ambientale" debbono riscoprire il loro metodo originale, cioè clinico, e applicarlo non solo agli individui, ma anche ai gruppi. Lo stress non è una malattia, ma un sintomo. È il clinico che, osservando attentamente e per un tempo sufficiente, può comprendere le vere ragioni di un disordine aspecifico e la sua miglior terapia, che può essere differente per sintomi uguali. Questo processo, messo in atto negli ambienti di vita e di lavoro, si chiama sorveglianza sanitaria ed è il contesto più appropriato, in cui il rapporto tra stress e malattia può essere valutato e affrontato, seppur con una approssimazione che non avrà mai fine.

Bibliografia

- 1) Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Ass J* 1976; 115: 53-56.

- 2) Lazarus RS, Folkman S. Strass, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
- 3) Cesana GC. Uomo e lavoro: un sistema compatibile? Problematiche attuali di salute e benessere lavoro correlati. G Ital Med Lav Erg 1998; 20: 157-162.
- 4) Osler W. Lectures on angina pectoris and allied states. New York, D. Appleton & C, 1897.
- 5) Cesana GC, Menni C. Cardiovascular risk as a paradigm of the negative consequences of stress at work: a "conflicting evidence". In Sher L: Psychological factors and cardiovascular disorders. New York, Nova Sciece Publishers, 2008.
- 6) Cesana G. Physiological reactions in epidemiological studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1993. p. 283-301.
- 7) Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. Intern J Epidemiol 2004; 33: 650-667.
- 8) Macdonald KI. Commentary: social epidemiology. A way? Intern J Epidemiol 2001; 30: 46-47.

Richiesta estratti: Giancarlo Cesana - Centro Studi Sanità Pubblica, Università di Milano Bicocca, Villa Serena (Osp. San Gerardo), Via Pergolesi 33, 20052 Monza, Italy - Tel. 039-2333097, E-mail: giancarlo.cesana@unimib.it