

Dipartimento di

Scienze Umane per la Formazione “Riccardo Massa”

Dottorato di Ricerca in Scienze della Formazione e della Comunicazione Ciclo XXX

**Proteggere l’infermiere dal burnout:
dati preliminari sull’importanza di introdurre la
mindfulness all’interno della formazione
infermieristica**

Candidato:

Valerio Salvarani
Matricola: 066135

Tutor: Prof.ssa Maria Grazia Strepparava

Coordinatore: Prof.ssa Laura Formenti

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

SOMMARIO

Introduzione	4
Abstract	6
La figura dell'infermiere in Italia	7
La figura infermieristica agli albori.....	7
La figura infermieristica dal secondo dopoguerra ad oggi	9
La formazione dell'infermiere: dalle prime esperienze di scuole all'attuale laurea triennale	11
Il contesto sanitario del Pronto Soccorso	14
Il Sistema di Emergenza-Urgenza	14
Il Pronto Soccorso	15
Il triage.....	16
Infermiere di triage.....	17
La riforma del servizio socio-sanitario lombardo	18
La sindrome del burnout	26
Definizione di burnout.....	26
Burnout e fattori individuali	28
Variabili demografiche	28
Caratteristiche di personalità	29
Aspettative lavorative.....	31
Il burnout e i fattori extralavorativi	31
La famiglia e il sostegno sociale.....	31
La prevenzione e l'intervento sul burnout.....	33
Empatia.....	35
Cognizione ed emozione	36
Empatia e compassione	36
Lo sviluppo dell'empatia.....	37
Neuroanatomia dell'empatia	39
il sistema dei neuroni specchio	40
L'empatia nella cura del paziente.....	40
Regolazione emotiva	43
Le teorie sulle emozioni	43
La regolazione delle emozioni.....	46
Selezione della situazione.....	49
Modifica delle situazioni.....	49
Focalizzazione dell'attenzione.....	50

Cambiamento cognitivo	51
Modulazione della risposta	51
La regolazione emotiva nella professione infermieristica.....	53
Mindfulness	55
La mindfulness come una inclinazione personale	58
La mindfulness nell'ambito sanitario	59
La ricerca.....	63
Mindfulness, Regolazione Emotiva ed Empatia come fattori protettivi del Burnout: uno studio sugli infermieri di pronto soccorso.....	64
Obiettivi	64
Metodologia	65
Risultati.....	74
I.....	75
Mindfulness, empatia e regolazione emotiva negli studenti di infermieristica.....	92
Obiettivi	92
Metodologia	92
Risultati.....	93
Discussioni e prospettive future.....	105
Gli infermieri di pronto soccorso	105
Il profilo degli infermieri di pronto soccorso.....	105
Differenze di Genere	106
Fattori anagrafici, esperienza lavorativa generale e specifica	107
Confronto tra le diverse realtà ospedaliere	108
Analisi di regressione.....	110
Gli studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche.....	113
Differenze di genere	113
Differenze in base all'anno accademico.....	114
Analisi della regressione	115
Confronto tra la popolazione di Infermieri di Pronto Soccorso e gli Studenti di Scienze Infermieristiche	117
Conclusioni	119
Bibliografia.....	122
Allegati.....	133
Allegato A	133
Allegato B.....	135
Allegato C.....	136

Allegato D	137
Allegato E.....	138
Allegato F.....	140
Allegato G	142
Allegato H	143
Allegato I.....	145

INTRODUZIONE

Il personale infermieristico è continuamente esposto a una forte quantità di stress nell'ambiente lavorativo, dove la mole di lavoro è molto alta e le richieste in termini fisici, cognitivi ed emotivi per gli operatori è gravosa. Il burnout all'interno delle professioni sanitarie può essere causa di una minore qualità della cura fornita, oltre che avere un impatto significativo sulla qualità della vita dei lavoratori in termini di maggior stress, possibili complicanze psicopatologiche come depressione o ansia.

Data l'importanza di prevenire il fenomeno del burnout negli operatori sanitari, è cruciale identificare quali fattori possano avere una funzione protettiva contro lo stress e fornire agli operatori le abilità per migliorare la propria qualità di vita.

La mindfulness è un costrutto che negli ultimi trenta anni di letteratura sta acquisendo una importanza sempre maggiore all'interno del contesto sanitario. Molti studi dimostrano come esso sia associato a minori livelli di sintomatologia ansiosa, depressiva e di burnout, sia nelle popolazioni cliniche che negli operatori sanitari. Inoltre la capacità degli infermieri di riconoscere e regolare con successo le proprie emozioni può incrementare la propria salute psicologica e migliorare le proprie performance cliniche.

La proposta di questo studio è che la Dispositional Mindfulness, la capacità di regolazione emotiva e la capacità empatica possano essere dei fattori protettivi sul burnout. Protocolli come il Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) possono essere usati non solo come strategie di intervento sul burnout ma essere inseriti all'interno della formazione, universitaria e professionale, degli infermieri per fornire delle abilità che possono portare ad un miglioramento della qualità della vita e minori livelli di stress.

Gli obiettivi di questa ricerca sono quindi quelli di valutare i livelli percepiti di stress e burnout, regolazione emotiva, mindfulness e empatia all'interno di un gruppo di infermieri di Pronto Soccorso di diversi ospedali lombardi e all'interno di un gruppo di studenti del Corso di Laurea di Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi Milano-Bicocca. Si vuole inoltre valutare se (a) esista una relazione statistica tra i livelli di stress e burnout con le capacità di regolazione emotiva, di mindfulness e empatia degli infermieri e degli studenti. (b) valutare se ci sono differenze statistiche di questi costrutti in base a caratteristiche socio-demografiche come l'età, l'esperienza lavorativa, il genere o il reparto in cui si presta servizio per gli infermieri o l'anno di corso per gli studenti. (c) confrontare i gruppi di studenti e infermieri presenti in questo studio per le caratteristiche psico-attitudinali di questo studio.

I risultati mostrano come ci sia una relazione statistica significativa tra le capacità di regolazione emotiva e i tratti di dispositional mindfulness con i livelli di stress e burnout sia per il gruppo di studenti che per il gruppo di infermieri, mentre non emergono relazioni significative per quanto riguarda età, anno di studio degli studenti o esperienza lavorativa degli infermieri. Emergono inoltre differenze significative all'interno dei due gruppi di ricerca in quanto gli studenti mostrano avere un maggior capacità di assumere un atteggiamento empatico rispetto agli infermieri di pronto soccorso, mentre gli infermieri mostrano avere una maggiore capacità di assumere un atteggiamento mindfulness e di regolare meglio le emozioni.

Questi dati preliminari supportano l'ipotesi che le capacità di regolazione emotiva e di avere un assetto mindfulness abbiano un ruolo importante nell'insorgenza del burnout. Questi dati possono contribuire all'ipotesi dell'importanza dell'inserimento, all'interno della formazione universitaria o professionale, di programmi o moduli centrati sulla mindfulness in modo da aumentare queste abilità dei futuri infermieri.

ABSTRACT

Health care personnel are continuously exposed to severe occupation stress, such as dealing with patient death or incidents. Burnout in turn negatively impacts quality of care, which may ultimately lead to worse health outcomes for patients. Burnout can also lead to a significant economic loss through increased absenteeism, higher turnover rates and a rise in health care costs. Given the importance of preventing burnout in healthcare staff, it is important to identify factors in healthcare staff that may protect against stress as well as be amenable to change.

Mindfulness has been associated with lower symptoms of anxiety, depression, and burnout. It is thought that the ability of nurses to successfully regulate their emotions could enhance their psychological health and impact their clinical performance.

The proposal for this study is that mindfulness, empathy and emotion regulation could be a protective factor against burnout for health-care operators. Protocols like Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) could be used not only as an intervention on stressed operators but as a prevention tool that can grant a better quality of life in the health-care operators. Furthermore, it is proposed that an early introduction of this topic during the academic career could lead to a new generation of nurses with a better ability to regulate their emotion and more expertise in managing mindfulness which can lead to lower level of stress and a better quality of life.

The aim of this research is to assess the actual level of emotion regulation, mindfulness attitude and level of empathy and actual level of burnout and stress on a sample of nurses operating in Emergency Room of three Hospital in Lombardia and on a sample of nursing student of the University degli Studi Milano-Bicocca. Furthermore we want to assess (a) the statistical relationship between the actual level of burnout and stress with the actual level of emotion regulation. Mindfulness attitude and level of empathy (b) assess if there is a statistical relationship between this abilities and socio-demographic factor such as, age, gender, year of experience as nurses or year of university (c) compare the sample of students and the sample of nurses for the variable of this study

The results shows a significative statistical relationship between the ability to regulate emotion and a mindful attitude with the actual level of burnout and stress for the sample of students and nurses. Furthermore there isn't any significative statistical relationship related to age, year of university and years of experience as nurses. The sample of students shows a higher mean level in the level of empathy while the sample of nurses shows higher mean level of ability to regulate emotions and adopt a mindful attitude.

These results support the hypothesis that emotion regulation and a mindful assets are protective factor against burnout, so an early introduction of this topic during the academic or professional career could lead to a new generation of nurses with a better ability to regulate their emotion and more expertise in managing mindfulness which can lead to lower level of stress and a better quality of life.

LA FIGURA DELL'INFERMIERE IN ITALIA

LA FIGURA INFERMIERISTICA AGLI ALBORI

La professione infermieristica ha radici molto profonde e antiche, e come ci ricorda Robinson (1947), "è intimamente legata alla figura della donna"; nelle prime civiltà infatti l'economia della sopravvivenza imponeva all'uomo di procacciare il cibo necessario al sostegno familiare, mentre alla donna, nella sua veste di nutrice, di accudire e allevare la prole. Lo stesso termine *nurse* deriva dal latino *nutrix* che significa madre che allatta (Donahue, 1991). Nel corso dei secoli il ruolo della "nutrice" si è andato gradualmente diversificato rispetto alla sola cura della propria prole, ampliandosi fino a racchiudere la cura anche del proprio gruppo sociale, fino ad arrivare alla cura delle persone inabili, anziane malate o ferite (Pascucci & Tavormina, 2012).

L'avvento del Cristianesimo diede un ulteriore sviluppo al concetto di assistenza, nella nuova religione occuparsi degli altri è un dovere per chiunque si professi "Cristiano". Esempio a proposito è la parabola del buon Samaritano. Dall'avvento del Cristianesimo e durante tutto il medioevo emergono una serie di Ordini chiericali che dedicano la loro missione alla cura dei bisognosi. L'Ordine Benedettino per esempio creò la figura dell'*infirmarius*, il monaco addetto all'assistenza dei malati, oppure durante le crociate l'Ordine dei Cavalieri di San Lazzaro era dedicato alla cura dei lebbrosi. Per quanto riguarda gli ordini femminili, dalle Fiandre provenivano le Beghine, donne laiche che si dedicavano all'assistenza dei poveri, in casa e in ospedale, mentre nel 1617 il francese Vincenzo de Paoli fonda la prima compagnia assistenziale femminile, le Figlie della Carità (Manzoni, 1996).

Con l'avvento dell'illuminismo nel corso del XVIII secolo si affermò il diritto dell'individuo all'assistenza non più in base al concetto cristiano di "*pietas*" ma come dovere dello Stato nei confronti del cittadino. Inizia quindi un'opera di laicizzazione dei servizi assistenziali con l'istituzione del soccorso ospedaliero e domiciliare per tutti gli infermi indigenti e l'apertura degli ospizi per i convalescenti privi di domicilio.

Tutto ciò diede vita ad una radicale riforma dell'assistenza pubblica che aveva la necessità di associare alla vocazione, caratteristica dell'ambiente cristiano, all'importanza qualità della formazione, tenendo conto delle rinnovate esigenze sociali (Sironi, 1991).

Per quanto riguarda l'Italia, durante il XIX secolo ci fu un periodo di spinta innovativa, che portò l'Italia ad affrontare alcuni movimenti di liberazione come le cinque giornate di Milano, la proclamazione della Repubblica di San Marco e della Repubblica Romana. In questo contesto di guerra si situa l'opera di Cristina Trivulzio di Belgiojoso. Originaria della alta borghesia Milanese

giunse a Roma durante il periodo della proclamazione della Repubblica Romana non poté fare a meno di constatare il degrado delle condizioni della città e in particolare dei suoi ospedali. Il Triumvirato romano istituì un Comitato di soccorso dei feriti e fece Cristina Belgiojoso Direttore generale delle ambulanze militari. Sotto la sua direzione si ha una prima esperienza di un reclutamento di donne, secondo severi canoni, che venivano formate e organizzate per prestare servizio nei diversi ospedali romani a seconda del bisogno degli stessi. Quest'idea era innovativa per il tempo e precedeva addirittura l'opera di Florence Nightingale nella guerra di Crimea. Purtroppo la riconquista di Roma da parte dei Francesi, cancellò quanto di buono fatto dalla Belgiojoso che fu bandita dalla memoria collettiva.

Durante la fine del XIX secolo i progressi compiuti dalla medicina con l'aumento delle attività terapeutiche e diagnostiche ha permesso la trasformazione degli ospedali che sono passati da luoghi di asilo per i malati e i degenti a luoghi di cura, attirando sempre più i diversi strati di popolazione. Anche le classi benestanti, che avevano sempre ricevuto le cure necessarie all'interno nelle proprie case, iniziarono a cambiare il loro atteggiamento verso il ricovero, rivolgendosi soprattutto agli ospedali delle grandi città. Se da un lato era cominciato il processo di trasformazione degli ospedali per quanto riguarda il personale di assistenza all'interno delle strutture ospedaliere, che erano spesso personale religioso con compiti non definiti e nessuna preparazione clinica, la situazione era ancora ferma. Solo con grandi sforzi iniziano ad emergere le prime scuole per infermieri, non riconosciute ufficialmente, per volontà dei privati nel tentativo di emulazione di modelli stranieri (Pascucci & Tavormina, 2012).

Dal punto di vista normativo mancava l'esigenza da parte dello stato di migliorare le condizioni del personale di assistenza nonostante questa stessa esigenza fosse sentita da più parti, quali i medici e gli stessi operatori. Nonostante il dibattito in corso nei primi congressi di medicina ospedaliera, tra il 1904 e il 1906, le risposte del governo Italiano tardano ad arrivare. Il primo riferimento legislativo relativo alla formazione degli infermieri è nel decreto Regio del 16 agosto 1909, in cui veniva data facoltà ai direttori dei manicomi di provvedere alla formazione degli operatori. Sarà lo scoppio della prima guerra mondiale a mettere in evidenza le gravi carenze assistenziali del sistema sanitario italiano.

La situazione lavorativa infermieristica nel primo dopoguerra è disastrosa, le infermiere sono costrette a turni massacranti, in condizioni di igiene e pulizia pessime e con una condizione lavorativa che impediva il matrimonio.

Lo stato, dopo aver preso atto delle esigenze, sanciva con il decreto Regio del 15 agosto 1925 la nascita ufficiale della figura di infermiera professionale, istituiva un corso base biennale e corsi successivi annuali. Successivamente nel decreto Regio del 31 maggio 1928 si stabiliva la registrazione della licenza di infermiere generico, ufficializzandone il titolo, stabilendone i compiti e le mansioni e inserite le condanne penali in caso di violazione del campo di attività, venivano inoltre regolate le scuole per infermieri professionali definendone lo scopo, il funzionamento e l'amministrazione. Queste leggi rappresentavano un compromesso tra l'esigenza di rinnovamento della professione infermieristica e la necessità di mantenere all'interno dell'ospedale un numero sufficiente di personale di assistenza. Nelle intenzioni si voleva un personale istruito e competente ma nella pratica si continuava a tollerare la presenza di personale non qualificato (Pascucci & Tavormina, 2012).

LA FIGURA INFERMIERISTICA DAL SECONDO DOPOGUERRA AD OGGI

Dopo la fine del secondo conflitto mondiale, l'Italia si ritrovò ad affrontare ulteriori problemi ed incognite, il dopoguerra aveva lasciato l'economia italiana in notevole difficoltà, all'interno di questo contesto, la fame e la disoccupazione cominciarono a dare origine ad una serie di lotte sociali.

In ambito sanitario l'unico settore dove si ipotizzò un intervento fu quello dell'assistenza. Tra le ipotesi ci fu quella di istituire un Ministero della Sanità, che venne, però, istituito solo 10 anni dopo.

In ambito internazionale nel 1948 viene costituita l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e tra i suoi primi e più importanti lavori definisce la salute non più come una "assenza di malattia" ma punta l'attenzione alla promozione del benessere della persona dal punto di vista fisico, psichico e sociale. Questo atto porta come naturale conseguenza il bisogno di una formazione degli operatori sanitari che sia adeguata alle nuove prospettive della Medicina. Si inizia quindi a gettare le basi per un passaggio del sistema assistenziale da "vocazionale" a "professionale e qualificata".

Emerge chiaramente quanto siano stati forti concetti come "vocazione" e "missione" in riferimento alla figura assistenziale nel corso dei secoli. Anche in Italia, il condizionamento della chiesa cattolica contribuì a sviluppare nella professione infermieristica una forte componente vocazionale.

Calamandrei (1994) sostiene che il concetto di professione infermieristica implica che un gruppo di persone si riconosca in un "modello professionale". Egli distingueva quattro diversi modelli:

- **Modello vocazionale:** vede nell'infermiere una persona che svolge l'attività assistenziale grazie ad una "chiamata". Se quello che conta è la vocazione, tutto il resto assume una importanza secondaria.

- **Modello burocratico:** considera l'infermiere come un dipendente dell'organizzazione sanitaria. L'autorità segue linee gerarchiche precise. L'infermiere deve rispettare ruoli, regole procedure e rende conto del suo lavoro all'organizzazione. L'atteggiamento verso il lavoro era poco creativo e fortemente orientato al compito. L'utilizzo del mansionario è un esempio di questo modello.
- **Modello paramedico:** ritiene che l'infermiere sia, sopra ogni cosa, un collaboratore del medico. L'autorità spetta al responsabile medico o sanitario. La responsabilità primaria è eseguire una terapia prescritta o prestazioni tecnico-sanitarie per delega o sotto controllo dei medici. Il modello paramedico si è diffuso grazie agli avanzamenti della medicina e della tecnologia sanitaria, che ha permesso ai medici di abbandonare alcune tecniche divenute di competenza degli infermieri.
- **Modello professionale:** considera l'infermiere come un professionista che esercita principalmente attività specifiche, di competenza esclusiva di tale categoria. In questo modello l'autorità dell'organizzazione o medica non viene ignorata ma si pone l'accento sulla responsabilità autonoma del professionista. La responsabilità è quella di programmare e fornire prestazioni qualificate e valutarne l'efficacia.

Lungo il percorso di sviluppo della professione infermieristica si può fare coincidere il modello vocazionale con gli albori della professione fino ai primi anni del 1900, a cui segue, dal 1940, il modello burocratico, caratterizzato dalla presenza di uno strumento, il mansionario, in cui erano descritti compiti, le competenze e i limiti dell'infermiere (Calamandrei, 1994).

Il primo mansionario degli infermieri professionali venne approvato nel 1940 in pieno regime fascista, era composto di 4 articoli che avevano come obiettivo quello di differenziare le figure di infermiere professionale e infermiere generico e di definirne il campo d'azione.

Questo mansionario rimase in vigore fino al 1974, anno in cui viene emanato il decreto di modifica del precedente mansionario, accolto positivamente dagli organismi di rappresentanza della professione. Il nuovo mansionario si poneva come obiettivo quello di stabilire un diverso approccio all'assistito, non più visto come un malato ma come una persona, portatrice di bisogni psichici, fisici e sociali. Si passa finalmente da un modello del *to cure* ad un modello del *to care*, a quasi 25 anni dalla fondazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo decreto ampliava il campo di azione dell'infermiere e ne riconosceva una certa autonomia operativa e precise responsabilità.

Nonostante gli evidenti intenti innovativi del decreto del 1974 emersero subito alcune contraddizioni e divenne subito uno strumento obsoleto. L'ingabbiamento all'interno del

mansionario non permetteva ai professionisti infermieri di avere potere decisionale e applicare in autonomia e responsabilità le conoscenze e le competenze acquisite grazie ad una formazione sempre più complessa.

Il mansionario verrà abolito nel 1999 con la legge “disposizioni in materia di professioni sanitarie” promossa dall’allora ministro della sanità Rosy Bindi. Questa legge definisce che saranno i profili professionali, gli ordinamenti didattici e i codici deontologici a determinare le attività e le responsabilità degli infermieri. Altro importante aspetto di questa legge è la scomparsa della separazione tra le professioni sanitarie principali e ausiliari, parificando i diversi ruoli professionali sanitari, riconoscendo all’infermiere una piena professionalità e competenza in ambito sanitario (Pascucci & Tavormina, 2012).

LA FORMAZIONE DELL’INFERMIERE: DALLE PRIME ESPERIENZE DI SCUOLE ALL’ATTUALE LAUREA TRIENNALE

La prima grossa esperienza a livello europeo di una scuola di formazione per infermiere avviene a Londra nel 1860, quando Florence Nightingale fonda la prima scuola per infermiere professionali presso l’ospedale St Thomas. La Nightingale concepì rigidi criteri di ammissione e di formazione delle allieve, per rinnovare l’immagine della donna nella cultura popolare. Le candidate, esclusivamente donne, dovevano avere una età compresa tra i 25 e i 35 anni, possedere una buona cultura e frequentavano un corso della durata di un anno in cui venivano attentamente supervisionate. Le aspiranti infermiere vivevano in una apposita “nurse home”, questo permetteva una immersione completa nel corso che permetteva di migliorare sia il livello formativo delle aspiranti infermiere sia la condotta morale al di fuori del lavoro. La formazione delle allieve partiva dalle mansioni più umili prima che fossero autorizzate ad operare al letto del malato, inoltre la formazione era costituita da un bagaglio di conoscenze teoriche senza mai sconfinare eccessivamente in campo medico (Sironi, 1991). Per quanto riguarda la situazione italiana agli inizi del XX secolo vede i medici schierati in prima linea per promuovere l’istituzione di specifiche scuole per infermieri. Le prime esperienze di scuole di formazione per infermiere sono quelle fondate da Anna Celli nel 1901 a Roma, tuttavia queste scuole fecero fatica ad essere inserite nel sistema assistenziale, in quanto gli ospedali erano popolati da personale religioso senza preparazione teorica e professionale. Nel 1909 viene fondata la Scuola convitto Regina Elena di Roma, presso il policlinico Umberto I. Il comitato promotore, rifacendosi all’esperienza delle scuole fondate da Florence Nightingale, si proponeva di formare infermiere provette attraverso una disciplina molto serrata, un obbligo di convitto e un reclutamento delle allieve da un ambiente colto ed elevato (Calamandrei, 1994). L’obbiettivo

fondamentale della scuola non è solo quello di formare infermiere preparate ma anche di permettere a quest'ultime di diventare a loro volta formatrici in modo da diffondere il modello (Sironi, 1991). Da quel momento ci furono diverse scuole convitto in Italia, in particolare a Trieste e Milano, ma fu solo nel 1925 che un decreto Regio regolò le scuole convitto professionali e i corsi di specializzazione disciplinando che la formazione delle infermiere laiche e religiose doveva essere regolata a livello statale e non dalle iniziative dei singoli istituti.

L'istituzione delle scuole convitto avrebbe dovuto rappresentare, quel salto di qualità nella professione infermieristica tale da poter raggiungere il livello di altri paesi europei. Purtroppo non fu così, il numero di iscritti fu insufficiente persino per coprire il fabbisogno di infermieri negli ospedali. Questo a causa dell'alto livello di analfabetismo della popolazione femminile, vicino al 90%, che limitava l'accesso alle scuole, insieme alla retribuzione inadeguata e alla presenza negli ospedali di personale religioso che impediva le possibilità di carriera. Inoltre un ulteriore ostacolo fu l'istituzione nel 1927 delle scuole per infermiere generico, in cui bastava dimostrare di saper leggere e scrivere per ricevere l'idoneità al lavoro. Bisognerà aspettare gli anni '60 per un riordino della sanità (Pascucci & Tavormina, 2012). Il periodo che va dal 1955 al 1965 vide l'aumento vertiginoso della richiesta di figure assistenziali, gli attuali governi per risolvere il problema aumentarono di gran numero le scuole per l'abilitazione di infermiere generico, meno preparato e formato, questo portò ad un superamento della componente generica negli ospedali a sfavore di quella professionale. Inoltre a quei tempi la gestione dei corsi di formazione era ancora sotto il Ministero della sanità, in quanto considerati corsi di formazione professionale. Questo ebbe come conseguenza una mancanza di investimento da parte del ministero nella formazione di figure professionali in grado di poter insegnare la materia e formare i futuri infermieri.

In controtendenza rispetto a questo nel 1966 a Roma, presso L'Istituto di Igiene dell'Università di Roma, viene fondata la Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica, fortemente voluta da un gruppo di infermiere che si prefiggevano l'obiettivo di formare in ambito Universitario i futuri dirigenti delle scuole e i servizi infermieristici. Questa scuola aveva una durata di due anni con frequenza obbligatoria, ed erano ammesse infermiere con il diploma di infermiere professionale, un titolo abilitante all'università e dai 2 ai 5 anni di esperienza lavorativa. La scuola era divisa in 3 sezioni: pedagogica, amministrativa per i servizi assistenziali e amministrativa per i servizi medico-sociali.

Nel 1967 a Strasburgo l'Italia è uno dei paesi firmatari di un accordo per fissare le linee comuni sulla formazione degli infermieri, l'accordo fu recepito in Italia 8 anni dopo, durante i quali furono approvate altre leggi che interessavano gli infermieri.

Nel 1971, in un periodo caratterizzato dalla femminilizzazione di tutte le professioni, la legge numero 124 stabilisce di estendere anche agli uomini l'accesso alle scuole per infermieri, portando obbligatoriamente all'abrogazione del convitto. In questa legge inoltre fu innalzato il numero di anni di scolarità necessari per iscriversi a queste scuole, portandolo a 10. L'intento del legislatore era di innalzare il livello culturale generale necessario per accedere alla professione di infermiere, in linea con l'accordo di Strasburgo. Questa legge però è stata anche una delle più grosse sanatorie in questo campo, questa legge, infatti, diede la possibilità agli infermieri generici di acquisire il diploma di infermiere professionale, ammettendoli direttamente al secondo anno di corso.

La ratifica dell'accordo di Strasburgo, avvenuta per l'Italia nel 1973, introdusse alcuni aspetti innovativi, come il fissare a 4600 ore l'ammontare di insegnamenti durante il corso, di molto superiori rispetto a quelle svolte fino ad ora, e stabilendo una proporzione 50/50 tra teoria e pratica, poi corretto a una parte teorica di almeno 1/3, e aumentando il corso a 3 anni.

Il decennio 1990/2000 è stato denso di cambiamenti normativi, importanti per aver portato la formazione infermieristica all'interno dell'università. Un primo passo è stato quello della legge 341 nel 1990, con cui l'Università decide di includere nella propria organizzazione didattica un nuovo corso di studi, più breve, a cui viene dato il nome di diploma universitario (DU). Si tratta di un percorso triennale professionalizzante. L'anno successivo quindi l'università apre il suo primo DU in Scienze Infermieristiche, di durata triennale e suddiviso in diversi indirizzi, dopo una prima parte comune permetteva di scegliere tra tre indirizzi:

- Generale
- Pediatrico
- Ostetrico

Esistevano ancora però i vecchi corsi professionalizzanti, creando confusione nel panorama sanitario. Sarà solo il Decreto Legislativo 502 del 1992 a sancire che la formazione infermieristica dovrà avvenire in Università, e che dovranno essere dismessi i corsi di formazione ospedaliera di vecchio ordinamento.

Con la legge 739 del 1994, promossa grazie al lavoro congiunto con la Federazione IPASVI e CNAI, viene arricchita la formazione universitaria attraverso alcuni riconoscimenti, come l'introduzione dell'esame di stato per l'abilitazione alla professione, l'istituzione degli Albi professionali, criteri di

accreditamento per le scuole già attive e ridefinizione delle competenze per l'esercizio. Nonostante questa nuova definizione della professione, in cui l'infermiere è totalmente responsabile della sua azione non vi era una piena applicazione dei principi legislativi, in quanto fino al 1999 non fu possibile realizzare una piena applicazione perché in quel lasso di tempo era ancora in vigore il vecchio mansionario, decaduto con la legge 42 del 1999. Infine con il decreto 509 del 1999 vengono istituiti nuovi percorsi didattici e il criterio dei crediti universitari. Le università a questo punto potevano rilasciare:

- Una laurea di primo livello, che va a sostituire il diploma universitario di durata triennale
- Una laurea di secondo livello, di durata biennale
- Titolo post-laurea
- Dottorato di ricerca
- Master universitari di primo e secondo livello

La storia dell'iter formativo della professione infermieristica non è ancora conclusa, essendo in atto una nuova riforma della formazione infermieristica italiana (Pascucci & Tavormina, 2012).

IL CONTESTO SANITARIO DEL PRONTO SOCCORSO

IL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA

Il pronto soccorso è una struttura ospedaliera che si colloca all'interno del sistema di emergenza-urgenza, un sistema articolato a rete che è composto da una centrale operativa, dotata di un numero di accesso breve ed unico, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario. La centrale operativa deve essere in grado di coordinare il sistema di emergenza territoriale pre-ospedaliero, composto dagli operatori, dai mezzi, dalle postazioni di sosta e di partenza, dai Punti di Primo Intervento (PPI). Operativa sulla base di procedure che garantiscono il governo clinico dell'intervento sul territorio nella fase di avvicinamento al Pronto Soccorso (PS) di destinazione; il Pronto Soccorso è la struttura organizzativa dell'emergenza-urgenza deputata agli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente ed agli altri interventi diagnostico-terapeutici e clinico-strumentali di urgenza, nonché al trasferimento della persona, in caso di necessità, all'ospedale di riferimento (Reti per SCA, Stroke, traumi maggiori). Deve garantire 24 ore su 24: attività di chirurgia e di medicina generale, attività di diagnostica per immagini e di laboratorio, attività trasfusionale, assistenza farmaceutica ed attività di anestesia e rianimazione.

nei territori di grande estensione e/o di difficile accesso o in presenza di popolazioni molto numerose, possono essere previsti più Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I livello (DEA). Il DEA di I livello deve essere dotato di letti di osservazione breve intensiva e può essere provvisto

di letti a medio-alta intensità di cure e di assistenza. Garantisce, oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di Pronto Soccorso, 24 su 24: attività di diagnostica per immagini dedicata, attività di ortopedia e traumatologia, attività di ostetricia-ginecologia, attività pediatrica, terapia intensiva generale, attività cardiologica con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) o degenza a livello subintensivo, endoscopia digestiva.

I Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Alta Specialità (EAS o DEA Hub) inoltre devono essere garantite, secondo il modello Hub & Spoke, le funzioni delle strutture complesse che attengono alle discipline ad alta specialità non previste nel DEA di I livello: neurochirurgia, cardiocirurgia, terapia intensiva neonatale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, emodinamica interventistica, chirurgia plastica, radiologia interventistica, endoscopia digestiva di III livello, chirurgia maxillofacciale, rianimazione pediatrica e neonatale. Devono essere presenti H24 i servizi di radiologia con TAC, ecografia e risonanza magnetica, medicina nucleare, laboratorio, servizio immunotrasfusionale. Alcune funzioni di alta complessità e di basso impatto epidemiologico vengono svolte da un unico centro regionale (centro grandi ustionati, centro antiveleni) od in centri regionali di numero limitato (chirurgia pediatrica, unità spinale, chirurgia del reimpianto degli arti).

Un chiarimento in merito al modello “Hub & Spoke” prima citato. Questo è un modello di integrazione in rete tra ospedali di alta specialità (Hub) ed ospedali non di specialità (Spoke) per il trattamento delle grandi emergenze (arresto cardiaco, trauma grave, sindrome coronarica acuta, stroke, insufficienza respiratoria), prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri, Hub. L’attività di questi è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici, Spoke.

IL PRONTO SOCCORSO

Il Pronto Soccorso deve garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati ed ottimali agli utenti giunti in ospedale in modo non programmato per problemi di emergenza ed urgenza.

Il Pronto Soccorso deve assicurare:

- un primo e rapido inquadramento diagnostico orientato all’identificazione delle condizioni cliniche, che comportano rischio per la vita o per la funzione di un organo;
- l’adozione dei primi interventi terapeutici mirati in particolare alla stabilizzazione degli utenti a rischio;
- l’attivazione dei percorsi assistenziali intraospedalieri (o di rete) per le situazioni di emergenza;

- la selezione degli utenti che necessitano di ricovero, con scelta del livello di intensità assistenziale;
- il rinvio a domicilio con le indicazioni per le eventuali successive fasi assistenziali.

IL TRIAGE

Il triage è la definizione delle priorità di trattamento degli utenti sulla base della loro gravità clinica, del rischio evolutivo e delle risorse disponibili.

La parola *triage* (dal francese *trier*, scegliere) venne utilizzata per la prima volta durante le guerre condotte da Napoleone, quando il chirurgo capo dell'armata francese, barone Jean Dominique Larrey, organizzò i soccorsi ai soldati feriti sul campo di battaglia, scegliendo di soccorrere per primi quelli che avevano subito lesioni meno gravi ed erano quindi più rapidamente recuperabili per la battaglia.

Nella versione moderna il triage prende corpo negli anni '60 negli Stati Uniti, una quota importante della popolazione di questo Paese non aveva (e non ha tuttora) una copertura assicurativa sanitaria ed il PS era l'unica struttura sanitaria tenuta per legge federale a prestare gratuitamente la prima assistenza. La conseguenza di tale situazione è stata un aumento progressivo del numero di utenti che affluivano in PS, con un'incidenza sempre più elevata dei casi non urgenti. La condizione di sovraffollamento si è generalizzata a tutti i Paesi industrializzati (Regnani e Giardi, 2010).

Le prime esperienze di triage infermieristico in Italia sono iniziate nei primi anni '90 in PS ad elevato volume di utenza. Gli aspetti innovativi di questa attività sono stati un terreno difficile ma stimolante per la professione infermieristica, chiamata ad esserne l'attore principale.

Tappa fondamentale del processo di crescita è avvenuta nel 1996 con la pubblicazione delle Linee guida per il sistema emergenza-urgenza all'interno della Gazzetta Ufficiale n.114 del 17 maggio 1996, in applicazione al D.P.R. 27 marzo 1992 del Ministero della Sanità, in cui per la prima volta in Italia, all'interno di indicazioni di riorganizzazione di tutto il settore, era esplicitamente prevista la funzione di triage e veniva indicato che dovesse essere svolta da "[...] personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio [...]".

Con l'Accordo del 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria", vengono delineati, in maniera molto articolata, alcuni principi generali che dovranno essere realizzati sull'intero territorio nazionale. Il triage viene definito come "lo strumento organizzativo in grado di selezionare e classificare gli utenti che si rivolgono al Pronto Soccorso in

base al grado di urgenza ed alle loro condizioni”; si stabilisce che la funzione di triage deve essere garantita, in maniera continuativa ed esclusiva, da infermieri dedicati a tale funzione, presso tutte le strutture con un numero di accessi annui superiore a 25.000, invece, nelle strutture con accessi in numero inferiore è possibile attribuire la funzione di triage ad un infermiere dedicato anche ad altre attività all’interno del PS, purché venga garantito il rispetto dei criteri previsti nelle linee d’indirizzo per il triage e nelle disposizioni di legge.

INFERMIERE DI TRIAGE

Le linee guida sul triage dell’atto di intesa Stato-Regioni del 2001 stabiliscono alcuni requisiti di base per gli infermieri che svolgono attività di triage (possessione della laurea o di titoli equipollenti, esperienza lavorativa di almeno sei mesi in PS, corsi di addestramento nel supporto vitale di base, conoscenza delle procedure del sistema organizzativo del servizio), tuttavia, per poter creare un buon rapporto con le persone assistite e mantenere un opportuno controllo su un’attività tanto caotica e complessa, sono indispensabili anche: un’ottima preparazione professionale; un controllo dell’emotività propria e altrui; una capacità di adattamento, ovvero sapersi muovere all’interno di linee guida, protocolli e metodologie di lavoro con una certa elasticità; una capacità organizzativa, ossia comprendere rapidamente ma in maniera sufficientemente esaustiva le situazioni, valutandole ed allocando al meglio le risorse disponibili; una capacità decisionale; una capacità comunicativa e disponibilità; curiosità, che presuppone la capacità di verifica personale della propria attività e la realizzazione di iniziative volte ad aumentare le proprie competenze.

Per poter svolgere al meglio questa funzione, assume importanza fondamentale la formazione specifica. Con l’Accordo tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome, nel 2003 sono state emanate le “Linee Guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza” (Gazzetta Ufficiale n.196 del 25 agosto 2003), con lo scopo di “fornire le indicazioni per la definizione degli obiettivi formativi che le varie figure professionali coinvolte devono conseguire al fine di garantire contestualmente l’uniformità dei percorsi formativi previsti dalle varie realtà regionali”.

La formazione al triage si deve articolare in due fasi distinte tra loro: la *formazione iniziale di tipo abilitante* e la *formazione permanente*.

La *formazione abilitante* deve prevedere un corso teorico che permetta l’acquisizione delle conoscenze di base necessarie allo svolgimento dell’attività di triage. Tale corso deve prevedere determinati ambiti formativi, tra cui:

- la metodologia del triage, cioè il modello di riferimento del sistema di triage utilizzato;

- la clinica, è fondamentale prevedere una formazione specifica sulla clinica dei principali quadri morbosi che si presentano con maggiore frequenza in Pronto Soccorso. Va anche definito uno standard formativo, che preveda la certificazione del personale di triage sulle tecniche di supporto vitale di base (BLS/D), la frequenza di almeno un corso riguardante la gestione dell'emergenza chirurgico-traumatologica (PTC, PHTLS) ed uno riguardante la gestione delle emergenze medico-cardiologiche (ACLS, ALS);
- le procedure interne: con specifica descrizione del sistema documentale di triage ed esercitazioni sull'utilizzo dei protocolli di valutazione e della scheda di triage;
- aspetti relazionali: considerata la complessità dell'ambiente relazionale in triage, è proficuo prevedere nel corso abilitante anche una parte riguardante l'assertività, la gestione della comunicazione non conflittuale e delle emozioni proprie ed altrui. Questo ambito formativo deve essere considerato di essenziale importanza anche nella progettazione di iniziative riguardanti la formazione permanente (Marchisio et al, 2010).

Terminato positivamente il corso teorico di triage, è previsto un periodo di *affiancamento* in cui il neofita svolge sul campo l'attività di triage affiancato da un tutor, che deve avere una buona esperienza sul campo, capacità didattica e forte motivazione. Questo periodo, di durata variabile a seconda delle esigenze e delle possibilità delle varie realtà locali, deve permettere un cammino esperienziale che si articola in fasi successive e consequenziali tra loro e che si conclude con un momento di valutazione nel quale, oltre alla valutazione formativa, si certificherà l'abilitazione aziendale a svolgere attività di triage (Marchisio et al, 2010).

Per il personale che svolge attività di triage deve essere previsto e realizzato uno specifico piano di *formazione permanente*. Il fine è quello di perseguire alcuni obiettivi essenziali, come garantire l'aggiornamento professionale degli operatori su alcuni specifici aspetti riguardanti problematiche di triage, permettere la costante riflessione degli operatori sulla qualità delle proprie conoscenze, consentire l'acquisizione di nuove competenze riguardanti l'attività di triage o l'approfondimento di temi specifici ritenuti particolarmente congruenti con i bisogni formativi degli operatori.

LA RIFORMA DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO LOMBARDO

Con la Legge Regionale n.23 dell'11 agosto 2015 vengono modificati i Titoli I e II della Legge Regionale n.33 del 30 dicembre 2009 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità) e viene realizzata la riforma del servizio socio-sanitario lombardo. Sono istituite le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), ossia articolazioni amministrative della Regione che si proiettano nei territori e le

Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), ovvero delle strutture operative pubbliche. Non si parla più di ASL e di Aziende Ospedaliere.

Le ATS sono le strutture che attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati; si organizzano in dipartimenti (es: igiene e prevenzione sanitaria, cure primarie, programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, etc). Le ATS, anche attraverso i distretti, hanno i seguenti compiti: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; attivazione di un "governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi"; governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento; programmi di educazione alla salute; sicurezza alimentare; controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro; sanità pubblica veterinaria; monitoraggio della spesa farmaceutica.

Le ASST si articolano a loro volta in due settori aziendali: la rete territoriale ed il polo ospedaliero. Quest'ultimo si divide poi in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di cura. La rete territoriale ha il compito di erogare i seguenti servizi: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie; prestazioni distrettuali che in passato erano erogate dall'ASL; prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari anche delegate dalle ATS o dalle autonomie locali.

In sostanza, viene strutturato un sistema a tre livelli: centrale regionale, le sue articolazioni amministrative (ATS) e le sue articolazioni operative (ASST).

Pertanto, con la Legge regionale 23/2015 vengono istituite in totale otto ATS, ognuna delle quali comprende il territorio e le strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL (15 in tutto).

Saranno qui di seguito descritte le caratteristiche degli Ospedali coinvolti in questo lavoro.

L'ASST dei Sette Laghi fa capo all'ATS dell'Insubria, mentre l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda all'ATS della Città Metropolitana di Milano.

OSPEDALE DI VARESE

L'Ospedale di Varese offre tutte le specialità cliniche, eccetto quelle dell'area materno-infantile, ubicate all'Ospedale Del Ponte di Varese, per un percorso di cura multidisciplinare.

È stato classificato, insieme ad altri cinque ospedali lombardi, Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS) con D.D.G. n.8531 del 1 ottobre 2012 ("Determinazioni in merito all'organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore"). Come stabilisce il decreto, nel CTS sono disponibili tutte le risorse necessarie a identificare e trattare, 24 ore su 24, in modo definitivo

qualsiasi tipo di lesione ed a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali. Inoltre è in possesso dei requisiti per: centro di IV livello della rete STEMI (ST Elevation Myocardial Infarction); centro di II livello nelle rete del Trauma complesso della mano e dell'arto superiore; centro Stroke di III livello; centro di III livello della rete emorragie digestive; sede di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) per la malattia mentale in fase acuta; riferimento per le urgenze ostetrico-ginecologiche e pediatriche chirurgiche, traumatologiche e cardiologiche importanti. Per le altre tipologie di urgenze pediatriche ed ostetrico-ginecologiche il riferimento è il punto di primo intervento dell'Ospedale Del Ponte.

È dotato di terapia intensiva generale, terapia intensiva neurochirurgica, terapia intensiva cardiocirurgica, unità cardiologica intensiva coronarica, terapia sub-intensiva e radiologia dedicata. È provvisto di un'eliperficie attiva 24 ore su 24.

I codici di gravità vengono assegnati tramite i codici colore. Rispetto ai consueti quattro colori, è stato inserito un codice colore in più, l'arancio, che si inserisce tra il codice colore rosso e quello giallo. Lo scopo è quello di poter meglio discernere, tra i codici colore giallo, quelli che possono essere visitati dai medici delle sale visita e quelli che invece devono essere indirizzati in sala emergenza.

Il personale infermieristico è costituito da 48 unità più la figura del coordinatore. Tra le 48 unità ci sono anche 5 infermieri gessisti che si occupano esclusivamente dell'attività della sala gessi.

Durante i turni diurni vi sono 10 unità in servizio, così suddivise:

- due infermieri per le due sale visita 1 e 2;
- un infermiere in OBI;
- un infermiere in sala visita 3 ed un infermiere gessista in sala gessi;
- un infermiere che fornisce assistenza agli utenti presenti nell'area di attesa e coadiuva, quando necessario, il medico dei codici minori;
- due infermieri dedicati all'attività di triage e due all'attività in sala emergenza per le prime quattro ore del turno, per le successive quattro ore si invertono i ruoli, ovvero, i due dedicati alla sala emergenza si trasferiscono in triage e gli altri due in sala emergenza (compatibilmente con l'attività assistenziale del momento).

Durante i turni notturni il personale è ridotto a 8 unità:

- un infermiere in triage e due in sala emergenza. Non vengono effettuati cambi d'attività assistenziale;
- due infermieri per le due sale visita 1 e 2;

- un infermiere in OBI;
- un infermiere in sala visita 3 ed un infermiere gessista in sala gessi.

I turni lavorativi non seguono uno schema fisso.

Nel 2015 il numero di accessi in PS è stato: 63.120.

OSPEDALE DI CITTIGLIO

L'Ospedale di Cittiglio è una struttura di media specializzazione, si configura come presidio Spoke integrato nella rete del sistema Emergenza Urgenza; il presidio Hub per le patologie tempo dipendenti di riferimento è l'Ospedale di Varese. È classificato Pronto Soccorso per Traumi (PST) nella rete del trauma, qui sono disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria, prima di un eventuale trasferimento alla struttura di livello superiore. È sede di SPDC per la malattia mentale in fase acuta; vengono erogate consulenze pediatriche ed ostetrico-ginecologiche (il servizio è garantito tramite presenza attiva del medico H24).

È dotato di un'eliperficie con attività diurna.

I codici di gravità vengono assegnati tramite i codici colore. Sono mantenuti i quattro codici colore principali con i relativi tempi di rivalutazione. La funzione di triage è a chiamata, cioè è attribuita ad un infermiere dedicato anche ad altre attività all'interno del PS.

Il personale infermieristico è composto da 20 infermieri più il coordinatore. Nella turnistica sono così divisi: 3 unità durante i turni diurni e 2 unità durante quelli notturni.

I turni lavorativi non sono articolati secondo uno schema fisso. È presente anche qui, sui tre turni, un infermiere capoturno che si occupa di gestire eventuali complicanze organizzative e relazionali.

Nell'anno 2015 il numero degli accessi in PS è stato: 25.276.

OSPEDALE DI LUINO

L'Ospedale di Luino è una struttura di media specializzazione e si configura come presidio Spoke integrato nella rete del sistema Emergenza Urgenza (il presidio Hub per le patologie tempo dipendenti di riferimento è l'Ospedale di Varese). È classificato Pronto Soccorso per Traumi (PST) nella rete del trauma.

È dotato di un'eliperficie con attività diurna.

I codici di gravità vengono assegnati tramite i codici colore. Sono mantenuti i quattro codici colore principali con i relativi tempi di rivalutazione. La funzione di triage è a chiamata, cioè è attribuita ad un infermiere dedicato anche ad altre attività all'interno del PS.

Il personale infermieristico è composto da 16 unità più la figura del coordinatore. Durante il turno mattutino ci sono 4 infermieri che si riducono a 3 il sabato e la domenica, durante il turno pomeridiano ci sono 3 infermieri e 2 durante il turno notturno.

I turni lavorativi non sono organizzati secondo uno schema fisso.

Anche il PS di Luino ha la figura dell'infermiere capoturno, con le stesse caratteristiche previste per il capoturno del PS di Cittiglio, che solitamente coincide con la figura del triagista.

Nell'anno 2015 il numero degli accessi in PS è stato: 17.992.

OSPEDALE DI TRADATE

Dal 1 gennaio 2016, in seguito all'entrata in vigore della Legge regionale 23/2015, l'Ospedale di Tradate è confluito nell'ASST dei Sette Laghi. Si configura come presidio Spoke integrato nella rete del sistema Emergenza Urgenza (il presidio Hub per le patologie tempo dipendenti di riferimento è l'Ospedale di Varese). È classificato Pronto Soccorso per Traumi (PST) nella rete del trauma.

Non è dotato di elisuperficie dedicata.

I codici di gravità vengono assegnati tramite i codici colore. Sono mantenuti i quattro codici colore principali con i relativi tempi di rivalutazione. La funzione di triage è svolta da un infermiere dedicato.

Il personale infermieristico è costituito da 21 unità più la figura del coordinatore. Durante la mattina ed il pomeriggio vi sono 4 unità infermieristiche, 3 durante il turno notturno.

Non c'è la figura dell'infermiere capoturno.

Il numero degli accessi nell'anno 2015 è stato: 46.389.

OSPEDALE NIGUARDA

L'Ospedale Niguarda riveste un ruolo di eccellenza in alcuni settori di attività sia in ambito regionale che nazionale, comprovato dall'alto livello di sviluppo tecnico scientifico, di attrazione extraregionale e di sviluppo alla ricerca clinica, inserendosi a pieno titolo nella rete del sistema sanitario lombardo nei seguenti ambiti sia per le patologie dell'adulto che dell'età evolutiva (POA, 2012-2014):

- ✓ emergenza-urgenza;
- ✓ trapianti d'organo e di tessuti;
- ✓ terapie chirurgiche di alta specialità;
- ✓ malattie cardio e cerebro-vascolari;
- ✓ oncologia ed ematologia;

- ✓ neuroscienze;
- ✓ tecnologie avanzate diagnostiche e terapeutiche;
- ✓ trattamento delle lesioni spinali;
- ✓ malattie dell'apparato respiratorio;
- ✓ psichiatria.

L'Ospedale Niguarda è stato classificato, insieme all'Ospedale di Varese e ad altri quattro ospedali, Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS) con D.D.G. n.8531 del 1 ottobre 2012 ("Determinazioni in merito all'organizzazione di un sistema integrato per l'assistenza al trauma maggiore").

La Struttura Semplice del PS fa parte della Struttura Complessa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso insieme alla Struttura Semplice della Medicina d'Urgenza. Tale struttura complessa fa parte del Dipartimento Emergenza Urgenza – EAS insieme anche alla struttura complessa di anestesia e rianimazione 1, dell'ortopedia e traumatologia, della chirurgia plastica e grandi ustionati, del centro antiveleni, del trauma team ed anche alle due strutture semplici dipartimentali della chirurgia maxillo-facciale e della SOREU Area Metropolitana.

L'area delle emergenze-urgenze di Niguarda è dotata di un'eliperficie attiva 24 ore su 24, di una radiologia dedicata e di un blocco operatorio con dieci sale.

Il personale infermieristico è composto da 65 unità più i due coordinatori.

Durante i turni diurni sono presenti 13 unità, così suddivise:

- tre infermieri al triage: un infermiere "esaminatore" e due infermieri "valutatori";
- due infermieri in sala emergenza e shock room;
- tre infermieri per le sale visita M1, M2 e M3;
- un infermiere in OBI;
- un infermiere dedicato ai codici minori;
- un infermiere destinato all'area pediatrica;
- due infermieri jolly. Le loro attività si suddividono tra la sala gessi, che viene in parte coperta anche da personale infermieristico dell'ortopedia (solitamente due unità e unicamente dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20), e la sala visita psichiatrica.

Durante i turni notturni le unità sono 10:

- tre infermieri al triage: un "esaminatore" e due "valutatori";
- un infermiere per la sala emergenza e la shock room;
- tre infermieri per le tre sale visita M1, M2 e M3;

- un infermiere in OBI;
- un infermiere per l'area pediatrica;
- un infermiere jolly. La sua attività si divide tra la sala consulenze psichiatrica e la sala gessi.

In caso di bisogno supporta l'infermiere della sala emergenza.

Gli infermieri seguono un turno regolare e sono divisi in cinque gruppi. Ogni gruppo di lavoro ha il proprio capoturno, che ha il compito di risolvere le problematiche organizzative e relazionali, un tutor che affianca i neofiti e tre assistenti di tirocinio.

Il numero degli accessi in PS nel 2015 è stato: 90.005.

Le cinque realtà descritte mostrano delle importanti differenze tra loro. Mentre i due PS di Niguarda e Varese si trovano a ricoprire un ruolo di riferimento provinciale e regionale per l'assistenza e le cure urgenti, le altre tre unità operative sono da considerare, per gli aspetti sopra esposti, un supporto alle altre due. La presenza di molte più risorse nei due grandi ospedali impegna, inevitabilmente, il personale infermieristico a doversi interfacciare con un'utenza molto più vasta e variegata. Dall'altro lato, facendo riferimento ai presidi di Cittiglio, Luino e Tradate, gli infermieri pur avendo a disposizione meno risorse devono comunque far fronte ai complessi bisogni dei cittadini. Tutte queste particolarità possono ripercuotersi sul benessere emotivo dei professionisti, poiché in tutte le realtà prese in considerazione possono generarsi situazioni di tensione fisica e psicologica. Il lavoro degli infermieri di Pronto Soccorso è fisicamente ed emotivamente impegnativo. Essi hanno spesso a che fare con alcune esperienze, potenzialmente traumatiche, come la minaccia, l'aggressività e la violenza sul posto di lavoro (Morphet, Griffiths, Plummer, & Innes, 2014; Ramacciati & Ceccagnoli, 2011, 2012; Wolf, Delao, & Perhats, 2014), così come la morte, la mutilazione e la sofferenza (Adriaenssens & Gucht, 2015; Hogan, Fothergill-Bourbonnais, & Brajtman, 2016).

L'elevata implicazione psicologica, caratteristica del lavoro nei reparti di emergenza, gioca un ruolo rilevante nella genesi dello stress occupazionale e nel peggioramento della qualità di vita (Kogien & Cedaro, 2014). Le condizioni che possono causare stress tra questi infermieri e che quindi, inevitabilmente, influenzano la qualità dell'assistenza erogata sono molteplici, tra cui i conflitti che si possono originare con i colleghi, i medici, gli assistiti od i loro familiari (García-Izquierdo & Ríos-Rísquez, 2012; Lavoie, Talbot, & Mathieu, 2011); la mancanza di risorse personali di fronte alle attività quotidiane, la carenza di sostegno sociale e gli eccessivi oneri di lavoro (Lu et al., 2015; Ríos-

Risquez & García-Izquierdo, 2016); l'insufficienza di tempo, durante gli orari di punta, da dedicare ad ogni assistito, determinando l'erogazione di un'assistenza minimale (Enns & Sawatzky, 2016). A causa delle condizioni di lavoro frenetiche e del sovraffollamento, spesso gli infermieri di Pronto Soccorso devono spostarsi da un'urgenza all'altra, senza avere il tempo sufficiente per poter riflettere sul loro operato e su quanto esperiscono, cosa che può provocare, di conseguenza, elevati tassi di burnout (Adriaenssens & Gucht, 2015). Difatti, essi sperimentano una maggiore perdita di controllo, più alti livelli di burnout, una maggiore ostilità e sintomi depressivi, più stress, meno padronanza di sé e di ottimismo rispetto ai colleghi che lavorano in altre realtà (Browning, Ryan, & Thomas, 2007). Il benessere psicologico, che può giocare un ruolo chiave nell'incrementare le qualità empatiche di questi professionisti, è messo a dura prova (Bourgault et al., 2015).

LA SINDROME DEL BURNOUT

DEFINIZIONE DI BURNOUT

Il termine “burnout”, in italiano “bruciato” o “esaurito”, è stato usato per la prima volta nel gergo sportivo nel 1930 per indicare l’incapacità di un atleta, dopo alcuni successi, di ottenere altri risultati o di mantenere quelli acquisiti. L’atleta veniva descritto come svuotato, incapace di rispondere alle sfide e alle competizioni che doveva affrontare.

Lo stesso termine è stato riproposto nel 1974 in ambito sociosanitario nella pubblicazione *staff burnout* di Freudengerger (1974). Con burnout intende indicare una particolare forma di malessere che appare assai diffusa tra i membri degli staff che lavorano nelle istituzioni sociosanitarie. Freudengerger definisce il burnout come il fallire, il logorarsi, l’esaurirsi a causa di una eccessiva richiesta di energia e risorse in ambito lavorativo. L’autore si rese conto di come alcuni lavoratori si trovassero sopraffatti dalle richieste lavorative e ne venissero così fortemente condizionati da esprimere un malessere globale, sia nella sfera lavorativa che in quella personale.

Il concetto di burnout venne poi ripreso da Cristina Maslach (Christina Maslach & Florian, 1982; Christina Maslach & Leiter, 2008) la quale utilizzò questo termine per definire una sindrome i cui sintomi testimoniano l’evenienza di una patologia comportamentale presente in tutte le professioni di aiuto, inizia così a prendere forma l’idea del burnout come una vera e propria sindrome specifica per una tipologia di lavoratori: le professioni di aiuto. Questa sindrome si presenta quando lo dispendio di energie richiesto dalla professione svolta non viene ricompensato da un adeguato riposo o ricompense.

Dalla fine degli anni ’70 il termine burnout viene utilizzato per indicare questa particolare forma di stress lavoro correlato nelle professioni di aiuto come medici, psicologi, infermieri ma anche insegnanti, poliziotti, vigili del fuoco, studenti di medicina, operatori di volontariato (Maslach & Leiter, 1997). È interessante notare come queste siano professioni in cui il rapporto e la relazione con l’utenza sia di importanza fondamentale, il lavoro è a beneficio dell’altro, al sostegno a chi, per svariati motivi è in difficoltà, inoltre sono occupazioni a stretto contatto con l’utenza. Sono proprio queste due caratteristiche che possono far comprendere come mai queste professioni siano soggetti al burnout (Santinello & Negrisolo, 2009). Le professioni d’aiuto presentano problematiche particolari, poiché il loro compito è quello di soddisfare i bisogni e le richieste dei pazienti/clienti. Per rispondere a questo compito sono necessarie sia le competenze tecniche e professionali, ma anche il coinvolgimento di sé e delle proprie capacità interpersonali per mantenere una buona relazione con l’altro. Purtroppo queste competenze vengono molto spesso sottovalutate durante il

percorso di studi, focalizzato più sulle competenze tecniche. In tali condizioni capita che il lavoratore, dotato di buone competenze tecniche ma inadeguate abilità relazionali, si faccia carico eccessivamente delle problematiche dei loro utenti, non riuscendo a “staccare” dal lavoro (C Maslach & Leiter, 1997).

Il burnout è un fenomeno complesso che merita di essere attentamente considerato, in quanto implica costi elevati per tutti i soggetti coinvolti: gli operatori pagano in termini di salute e qualità della vita, gli utenti trovano un servizio scadente e le amministrazioni devono fare il conto con assenteismo e disaffezione dal lavoro (Borritz, Rugulies, & Christensen, 2006).

Secondo la Maslach (Christina Maslach & Leiter, 2008) il burnout è una sindrome caratterizzata da tre sintomi o fattori principali: L'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e una ridotta autorealizzazione.

- **Esaurimento Emotivo:** consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro. È dovuto alla percezione delle richieste come eccessive rispetto alle risorse disponibili, ha l'impressione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico. L'esaurimento emotivo non è solo una sensazione ma ha anche dei risvolti comportamentali, gli operatori riferiscono di scegliere di allontanarsi emotivamente e cognitivamente dal proprio lavoro o distanziarsi dalle proprie mansioni attraverso un maggiore assenteismo (C Maslach & Schaufeli, 2001).
- **Depersonalizzazione:** rappresenta il fattore interpersonale del burnout. Si riferisce ad una risposta negativa, insensibile, ed eccessivamente distaccata a diversi aspetti del lavoro, soprattutto a quelli di relazione con l'altro. Si manifesta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto, spesso in maniera sgarbata, nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale. È un tentativo di mettere distanza tra sé e i fruitori del servizio dei quali vengono ignorate le caratteristiche personali. L'operatore cerca di evitare il coinvolgimento emotivo tramite un atteggiamento burocratico e distaccato o una palese indifferenza verso l'utente. Una frequente conseguenza della depersonalizzazione è un senso di colpa da parte dell'operatore, che vede rinnegate dal suo comportamento le motivazioni che l'avevano spinto a scegliere questo lavoro (C Maslach & Schaufeli, 2001).
- **Ridotta autorealizzazione professionale:** Riguarda la percezione della propria inadeguatezza, e la sensazione di insuccesso della propria professione unita ad un calo di autostima. La motivazione cala drasticamente, cala l'autostima e possono emergere sintomi

depressivi. In questa condizione l'operatore è possibile che si rivolga alla psicoterapia o chieda di essere trasferito o di cambiare lavoro.

Il burnout per molto tempo è stato confuso con lo stress, molti autori nella loro definizione di burnout sottolineano la stretta correlazione tra stress e burnout, anche la stessa Maslach considera il burnout come "una prolungata risposta agli stressor lavorativi cronici, sia emozionali che interpersonali" (C Maslach & Schaufeli, 2001). Lo stress può essere una condizione di innesco del burnout ma non si identifica con esso. Non necessariamente quando c'è una situazione di stress è presente anche il burnout ma non è vero il contrario, non può esserci burnout senza la presenza di fattori stressanti.

BURNOUT E FATTORI INDIVIDUALI

Secondo i primi scritti della Maslach (Christina Maslach & Florian, 1982), i soggetti che erano a maggior rischio di burnout sarebbero quelli con una personalità ansiosa, fragile e remissiva nella relazione con l'altro oppure quelli che hanno una maggiore difficoltà nel controllare gli impulsi come rabbia e frustrazione. A partire da queste considerazioni, alcuni autori hanno iniziato a studiare quali siano i fattori individuali che hanno un ruolo nel fenomeno del burnout. I fattori individuali generalmente in letteratura sono suddivisi in tre tipi: variabili demografiche, caratteristiche di personalità e aspettative e valori personali.

VARIABILI DEMOGRAFICHE

GENERE

Soprattutto in passato, il genere femminile era considerato a maggior rischio di sviluppare burnout a causa del carico lavorativo nel contesto familiare (Greenglass, 1991). In tempi più recenti però i risultati sono più controversi, alcuni studi confermano l'ipotesi che siano le femmine ad essere più soggette al burnout mentre altri studi affermano che siano i maschi ad essere più a rischio mentre altri ancora non trovano differenze significative (Christina Maslach & Leiter, 2008). Inoltre molti studi hanno trovato che maschi e femmine hanno diversi punteggi nelle sottoscale della sindrome. Mentre i maschi risultano avere punteggi maggiori nella sottoscala della depersonalizzazione le femmine mostrano punteggi maggiori in quella dell'esaurimento emotivo (Santinello & Negrisolo, 2009). Questi risultati però trovano una difficile interpretazione in quanto in molti studi il genere viene considerata come una caratteristica a sé stante, senza considerare fattori come il *ruolo nel contesto familiare*, con le responsabilità ad esso collegate, *la tipologia di occupazione lavorativa*, molto spesso con una diversa distribuzione di genere e infine i *differenti contesti lavorativi*, anche

questi con una diversa distribuzione di genere (si pensi agli infermieri, maggiormente donne, e ai poliziotti, maggiormente maschi) o con caratteristiche particolari.

ETÀ E ANZIANITÀ LAVORATIVA

Tra tutte le caratteristiche demografiche l'età è la caratteristica che sembra avere un effetto maggiore sul burnout. In letteratura però è presente molto spesso una sovrapposizione, sia teorica che empirica, tra età anagrafica e anzianità lavorativa, molto spesso infatti le persone più giovani sono anche quelle con minore esperienza lavorativa, ed è quindi difficile capire quali delle due variabili abbia un effetto maggiore sull'insorgenza del burnout. I lavoratori all'inizio della loro carriera molto spesso sono esposti allo scontro tra le aspettative idealistiche e la realtà lavorativa, il burnout però non sembrerebbe emergere in questa fase iniziale ma richiederebbe un certo tempo per svilupparsi. Secondo alcuni studi i soggetti maggiormente a rischio sarebbero quelli con una anzianità lavorativa compresa tra i due e i quattro anni (Maslach & Leiter, 2008). Altri studi invece sottolineano come non siano l'iniziale disillusione o l'inesperienza nei primi anni ad essere maggiormente correlate al fenomeno del burnout ma un contatto continuativo e duraturo con le difficoltà professionali (Santinello & Negrisolo, 2009). Il burnout sembra quindi derivare da una condizione cronica di stress e di insoddisfazione lavorativa (Maslach & Leiter, 2008).

STATO CIVILE

Per quanto riguarda lo stato civile, la letteratura indica come vi sia una relazione con l'emergere del burnout, le persone nubili sembrano avere maggiori possibilità di sviluppare burnout rispetto a quelle sposate. I risultati mostrano come molto probabilmente è importante avere una buona rete sociale di sostegno in grado di ridurre le conseguenze negative di una condizione lavorativa stressante (Santinello & Negrisolo, 2009)

CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ

AUTOSTIMA

L'autostima è una delle caratteristiche individuali che hanno una correlazione con il rischio di burnout: le persone con bassa autostima sono più vulnerabili e interagiscono in maniera meno adeguata con le persone presenti all'interno del contesto lavorativo siano essi utenti, colleghi o superiori (C Maslach & Leiter, 1997). Delle ricerche sottolineano la relazione tra autostima, burnout e soddisfazione lavorativa anche se non è ancora chiaro se i soggetti in burnout sviluppino come conseguenza una diminuzione dell'autostima o che siano i soggetti con bassa autostima ad essere più vulnerabili al burnout. Nonostante l'autostima sia un tratto che si sviluppa durante l'adolescenza in maniera piuttosto stabile è possibile durante l'età adulta che sia modificata da eventi esterni. È

ragionevole quindi che nel contesto lavorativo fattori organizzativi possano modificare l'autostima dei lavoratori. Uno studio all'interno del contesto infermieristico (Karanikola & Papathanassoglou, 2007) mostra come l'autostima influenzi l'atteggiamento individuale verso la professione che a sua volta influenza la soddisfazione lavorativa.

Indipendentemente dal nesso causale tra autostima e burnout l'interazione tra questi due fattori rischia di diventare un circolo vizioso, per cui soggetti con una bassa autostima hanno più possibilità di sviluppare la sintomatologia del burnout ed essere in burnout a sua volta può abbassare la soddisfazione lavorativa e diminuire l'autostima.

COPING

La risposta individuale ad eventi stressogeni è influenzata, oltre che da caratteristiche personali o demografiche, anche dalla capacità di coping. Lazarus e Folkman (1984) definiscono il coping come "il tentativo e gli sforzi di una persona, sul piano cognitivo e comportamentale, di gestire le richieste interne e/o esterne che sono percepite come gravose o eccessive rispetto alle risorse personali a disposizione". Gli stessi autori dividono quindi le strategie di coping in due categorie:

- Coping basato sull'emozione: ha come obiettivo la regolazione delle reazioni emotive negative conseguenti alla situazione stressante
- Coping basato sul problema: ha come obiettivo la modifica o la risoluzione della situazione che sta minacciando o danneggiando l'individuo

Le strategie di coping basate sull'anticipazione del problema e sul problem solving sembrano essere correlate negativamente con il burnout nel personale medico e infermieristico mentre l'uso di strategie basate sulle emozioni contribuisce all'aumento dei livelli di burnout (Hunter, 2016; Yang & Kim, 2012).

ABILITÀ RELAZIONALI

Una delle caratteristiche che contraddistingue le professioni d'aiuto è il costante rapporto con l'utenza. L'interfacciarsi continuamente con l'utenza richiede una serie di abilità interpersonali che vanno al di là delle competenze tecniche. Purtroppo questi aspetti sono poco considerati sia a livello di formazione (spesso i corsi di laurea non prevedono insegnamenti specifici) che nella ricerca scientifica. In particolare due sono le abilità relazionali che potrebbero prevenire il burnout: l'empatia, la comunicazione assertiva.

L'assertività è stata definita come la capacità di esprimere le proprie sensazioni, i propri diritti e i propri bisogni senza violare i diritti altrui. Uno studio (Shimizu, Mizoue, Kubota, & Mishima, 2003) ha dimostrato come, in un campione di infermiere che avevano avuto accesso ad un corso di

formazione sulla comunicazione assertiva a 6 mesi mostravano punteggi più bassi di burnout rispetto ad un campione di controllo.

ASPETTATIVE LAVORATIVE

Prima di iniziare una professione gli individui sviluppano determinate aspettative nei confronti del lavoro che andranno a svolgere. Queste aspettative iniziali possono essere più o meno realistiche e riguardare diversi aspetti sia relativi alle caratteristiche del proprio lavoro, sia relativi alla possibilità di raggiungere determinati traguardi sia riguardanti il gruppo di lavoro di cui si entrerà a far parte. Durante l'ingresso nell'organizzazione queste aspettative vengono messe a confronto con le situazioni concrete presenti sul posto di lavoro. Se si verifica una discrepanza questa può essere considerata un fattore di rischio nei confronti del burnout. Nel caso vengano sviluppate aspettative non realistiche infatti l'operatore tenderà a aumentare l'intensità del proprio lavoro sia dal punto di vista delle ore lavorative sia da quello dell'impegno cognitivo e fisico, e quindi sarà più portato a sviluppare esaurimento emotivo e depersonalizzazione.

Questa teoria non ha trovato una forte conferma empirica, se da una lato alcuni studi mostrano una correlazione tra aspettative lavorative e l'insorgenza del burnout altri studi non confermano questa relazione (C Maslach & Schaufeli, 2001).

IL BURNOUT E I FATTORI EXTRALAVORATIVI

Ogni individuo vive in diverse realtà al di fuori della sfera lavorativa, queste realtà possono essere la famiglia, il gruppo di amici, la comunità o la società allargata, le caratteristiche di ognuna di queste realtà possono assumere il ruolo di fattori protettivi nei confronti del burnout o, al contrario, funzionare da ulteriori fattori di rischio. Inoltre questi contesti possono venire influenzati dallo stato di benessere o malessere vissuto dall'individuo sul posto di lavoro (Santinello & Negrisola, 2009).

La connessione tra burnout e caratteristiche dei contesti extralavorativi è stata proposta fin dagli esordi dello studio di questa sindrome. Freudenberg (1974) sottolineava come nessun aspetto dell'esperienza lavorativa, men che meno uno così incidente come il burnout, potesse essere isolato dal contesto socio-culturale su cui si sviluppava.

LA FAMIGLIA E IL SOSTEGNO SOCIALE

La famiglia così come il gruppo di pari possono essere considerati come dei fattori di protezione così come dei fattori di rischio nei confronti dello sviluppo della sintomatologia del burnout, ma possono essere anche delle possibili "vittime" di questa sindrome.

Da alcuni studi della Maslach (Maslach & Leiter, 2008) emerge come i professionisti sposati e con figli abbiano meno problemi rispetto ai professionisti single o con divorzi e separazioni alle spalle. Le possibili spiegazioni di questo fenomeno sono state molteplici come:

- La maggiore stabilità di questi individui nel contesto familiare ed extralavorativo che compensava i problemi sul posto di lavoro
- Il maggiore riconoscimento personale e sociale che si può trovare all'interno del contesto familiare che, nonostante le difficoltà lavorative, può alleviare il peso dei disagi
- La funzione di "palestra" per le abilità relazionali che la famiglia svolge, il dover gestire i rapporti con i figli e con il partner permette di allenarsi nelle abilità di comunicazione, problem solving e gestione dei conflitti.

Famiglie problematiche però risultano essere un fattore di rischio per il burnout, le problematiche più frequentemente incontrate possono essere le difficoltà economiche, la fase di vita in cui si trova la famiglia (figli adolescenti o la nascita di figli), l'entrata in famiglia di parenti anziani o la malattia di uno di questi oppure le difficoltà comunicative o situazioni di tensione con il partner. In questi casi, la famiglia, che dovrebbe essere il luogo in cui ricaricare le risorse, diventa un'ulteriore fonte di dispendio di energia, che svuota il soggetto già in difficoltà per le questioni lavorative. Queste situazioni difficili da gestire, aumentano possibili conflitti tra contesto lavorativo e contesto familiare, che secondo molti autori può essere sia causa sia effetto del burnout (Lingard & Francis, 2006).

Un fattore che è stato considerato rilevante nella genesi del burnout è il sostegno sociale ricevuto. Il sostegno sociale può essere inteso come "la quantità di informazioni e aiuto che porta l'individuo a credere di essere considerato importante, di essere amato e curato, di avere valore per le persone all'interno della sua rete sociale" (Cobb, 1976). Il sostegno sembra essere la funzione principale della rete sociale e può essere distinto in diversi aspetti:

- **Sostegno emotivo:** quei comportamenti di attenzione, affetto e amore che amici e familiari forniscono e che si esprimono in interesse e comprensione. Permette di soddisfare i bisogni emotivi dell'individuo, di aumentare l'autostima e permette di sentirsi accettati.
- **Sostegno informativo:** sono quei suggerimenti e consigli che gli altri possono dare per aiutare ad affrontare un problema. Poter parlare con gli altri dei propri problemi permette infatti di comprendere, definire e gestire meglio gli eventi difficili.

- **Sostegno strumentale:** è il sostegno pratico che si riceve da chi ci sta intorno e che si esprime con un aiuto concreto. È una modalità di aiuto che allevia lo stress risolvendo direttamente il problema.
- **Sostegno affiliativo:** deriva dall'appartenere a gruppi informali o ad associazioni formali. È caratterizzato dalla possibilità di poter passare del tempo in attività rilassanti e di avere contatti sociali soddisfacenti.

Tutte e quattro queste tipologie di sostegno appaiono rilevanti nella gestione dello stress e si caratterizzano come aiuto nell'affrontare il burnout (Halbesleben & Demerouti, 2005). Il sostegno sociale infatti, rafforzerebbe gli aspetti positivi di sé, soprattutto nei momenti difficili e problematici. Le risorse sociali quindi possono aiutare a diminuire la dissociazione e aumentare la soddisfazione personale. D'altra parte il sostegno può avere anche degli effetti collaterali. Da una parte può portare a rendere più salienti gli aspetti negativi legati al lavoro ("se anche le persone intorno a me si devono fare carico delle mie difficoltà lavorative il mio lavoro deve essere sbagliato") dall'altro lato il sostegno sociale per funzionare dovrebbe essere bidirezionale, il delicato equilibrio tra dare e avere può infrangersi in situazioni di difficoltà, soprattutto quando queste diventano croniche come può essere il burnout.

LA PREVENZIONE E L'INTERVENTO SUL BURNOUT

Gran parte degli studi sul burnout hanno mostrato come lo sviluppo della sindrome sia caratterizzata dall'influenza di fattori personali e contestuali. Ciò implica la necessità di lavorare su diversi aspetti per affrontare efficacemente il burnout. Nonostante questo molti delle strategie di intervento usate negli anni si focalizzano sullo sviluppare le risorse dell'individuo. Le strategie focalizzate sulla persona si concentrano sul rafforzamento delle risorse interne dell'individuo, al fine di aumentare le sue capacità di affrontare gli aspetti stressanti del lavoro. Alcune di queste tecniche possono essere: le strategie finalizzate al miglioramento del benessere psicologico, che hanno come obiettivo l'aumentare la consapevolezza degli individui delle proprie motivazioni e i propri bisogni che li hanno portati a fare quel determinato lavoro, le strategie basate sul rilassamento, che sono comunemente usate per diminuire lo stress oppure le strategie basate sul miglioramento della salute fisica, con particolare riguardo all'alimentazione e all'esercizio fisico. Un'altra categoria di strategie rivolte alla persona sono quelle strategie che si pongono come obiettivo quello di migliorare il modo in cui una persona si relaziona con il proprio lavoro. Tra queste strategie fanno parte il cambiamento delle abitudini lavorative, come un migliore bilanciamento tra sfera lavorativa e familiare, lo sviluppo di abilità di coping, che hanno come obiettivo sviluppare nell'individuo

migliori strategie per affrontare le situazioni problematiche o stressanti senza agire direttamente sul contesto lavorativo oppure migliorare l'utilizzo delle risorse sociali (Santinello & Negrisolo, 2009).

La maggior parte dei programmi quindi non si pone come obiettivo il cambiamento del contesto ospedaliero ma intendono modificare le abilità dell'individuo nell'adattarsi.

I programmi implementati che mirano alla modifica sul contesto agiscono solo sul microlivello, avendo come obiettivo quello di migliorare il clima sociale all'interno del gruppo di lavoro o il rafforzamento delle relazioni tra i membri del gruppo. Raramente i programmi hanno come obiettivo la modifica della struttura o le modalità di lavoro all'interno dell'organizzazione.

EMPATIA

Il concetto di empatia ha una lunga storia caratterizzata da ambiguità, discrepanze e controversie tra filosofi, psicologi, medici e sociologi (Preston & Waal, 2002; Wispé, 1986).

Il concetto di empatia viene usato per la prima volta nel 1873 quando Robert Vischer, un filosofo e storico dell'arte tedesco, usa la parola *Einfühlung* per indicare le emozioni suscitate nell'osservatore da opere d'arte. Secondo Pigman (Pigman, 1995) la parola era stata usata per descrivere le proiezioni dei sentimenti umani sul mondo naturale e gli oggetti inanimati. Il termine tedesco quindi, non era usato per descrivere un attributo interpersonale ma per raffigurare i sentimenti individuali quando viene apprezzata un'opera d'arte (Wispé, 1986). Nel 1897 lo psicologo e filosofo tedesco Theodore Lipps portò la parola *Einfühlung* dall'estetica alla psicologia. Nel descrivere l'esperienza personale associata al concetto di *Einfühlung* Lipps usa la seguente definizione: "quando osservo un artista circense su un filo sospeso mi sembra di essere dentro di lui" (Carr, Iacoboni, Dubeau, Lenzi, 2003). Nel 1903, Wilhelm Wundt, il padre della psicologia sperimentale, usò per la prima volta il termine *Einfühlung* nel contesto delle relazioni umane. Il termine Empatia deriva da un neologismo coniato dallo psicologo inglese Edward Titchener (Titchener, 1909) derivante dalla parola greca *empathia*. Nel 1918 è stato Southard il primo a descrivere il significato della parola Empatia nella relazione tra un medico e un paziente come uno strumento che facilita i risultati diagnostici.

Una rassegna della letteratura indica che c'è molto disaccordo tra i ricercatori sulla definizione dell'empatia.

Carl Rogers (Rogers, 1959) suggerì questa definizione di empatia che è stata spesso citata negli anni: "l'abilità di percepire in maniera accurata l'esperienza interna di un altro come se si fosse l'altra persona".

George Herbert Mead (Mead, 1934) suggerì la seguente definizione: "la capacità di prendere le parti di un'altra persona e adottare prospettive alternative". Mead descriveva l'empatia come un elemento dell'intelligenza sociale, questa definizione ricorda il concetto di intelligenza emotiva introdotto prima da Salovey e Mayer (Salovey & Mayer, 1990) e poi successivamente da Goleman (Goleman, 1995) che proposero che l'empatia, intesa come l'abilità di riconoscere le emozioni degli altri, fosse uno dei domini dell'intelligenza emotiva.

Wispe (Wispé, 1986) descrisse l'empatia come "il tentativo di una persona consapevole di comprendere senza giudicare le esperienze positive e negative di qualcun altro". Baron Cohen (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004) invece definì l'empatia come "la colla di un mondo sociale che porta le persone ad aiutarsi tra di loro piuttosto che a ferirsi".

Più recentemente, l'empatia è stata descritta come un meccanismo di associazione neurale, costituito dal sistema dei neuroni specchio, che ci rende capaci di metterci nelle "scarpe mentali" altrui (Gallese, 2001, 2003).

COGNIZIONE ED EMOZIONE

In generale l'empatia è stata descritta come un attributo cognitivo o un attributo emotivo o una combinazione dei due. L'attributo cognitivo è l'attività mentale coinvolta nell'acquisire e processare informazioni per una migliore comprensione mentre l'attributo emotivo è il condividere gli effetti emotivi di una emozione (Colman, 2015). Molti autori credono che l'empatia coinvolga sia una parte cognitiva che una parte emotiva (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; M. Davis, 1994). Silvan Tomkins pensava che cognizione ed emozione fossero due sistemi separati che lavorano uno affianco all'altro nel processare le informazioni in entrata. Il sistema cognitivo di processamento includeva specifiche attività mentali come il ragionamento e la valutazione. Al contrario i processi emotivi implicano una risposta spontanea senza coinvolgere i processi mentali più elevati che sono attivati dal ragionamento (Decety & Jackson, 2004). A livello neurale differenti meccanismi cerebrali sembrano essere coinvolti nel processamento cognitivo ed emotivo. I processi mentali cognitivi sono principalmente situati nella neo-corteccia e comprendono meccanismi di percezione sociale, analisi delle informazioni e generazione di risposte appropriate al contesto basate sull'abilità di comprendere l'altra persona e la situazione in cui si è coinvolti. Le risposte emotive invece arrivano dal sistema limbico e sono quindi più primitive, molto spesso, una persona, attraverso un meccanismo di contagio, esperisce la stessa emozione della persona che ha di fronte.

È praticamente impossibile trattare emozione e cognizione come due entità completamente indipendenti visto che una non può esistere senza l'altra. È importante però mantenere questa distinzione per evitare di confondere tra i concetti di "understanding, comprendere" e "feelings, sentire" e quindi tra "empatia" e "compassione".

EMPATIA E COMPASSIONE

Sia l'empatia che la compassione sono importanti componenti delle relazioni interpersonali. Questi due concetti però sono spesso confusi e usati alternativamente per indicare lo stesso costrutto. Le evidenze sostengono che empatia e compassione riflettono due differenti qualità umane che hanno una diversa influenza sul comportamento degli operatori sanitari, e sull'efficacia dei trattamenti (Nightingale, Yarnold, & Greenberg, 1991). Un aspetto essenziale dell'empatia è quello di riconoscere gli stati delle altre persone come se fossero i propri mantenendo una chiara separazione tra sé e l'altro. Le caratteristiche chiave dell'empatia sono una preponderanza del processamento

delle informazioni di tipo cognitivo che si distingue da una predominanza del processamento delle informazioni di tipo emotivo nella compassione (Hojat, 2007). Ovviamente non è possibile separare completamente i concetti di empatia e compassione, ma possiamo osservare come il grado di coinvolgimento emotivo e cognitivo siano differenti nei due costrutti. L'empatia è un attributo intellettuale mentre la compassione è uno stato della mente emotivo (Gruen & Mendelsohn, 1986). Se il fine dell'empatia è di conoscere meglio le preoccupazioni dell'altra persona il fine della compassione è di sentire meglio le emozioni dell'altra persona. Questo comporta che una persona che prova compassione proverà lei stessa l'emozione negativa che prova la persona davanti a lei. L'empatia comprende un tentativo di "capire" l'esperienza del paziente senza provarla su di sé, mentre la compassione è un tentativo di condividere il dolore o la sofferenza del paziente.

La distinzione tra empatia e compassione ha delle ripercussioni importanti nella relazione operatore-paziente perché condividere l'emozione di sofferenza del paziente, una caratteristica chiave della compassione, può ostacolare il decorso clinico. Un operatore dovrebbe capire provare l'emozione del paziente in quantità moderata in modo da poter migliorare la sua percezione del paziente ma senza offuscare il suo giudizio professionale. A causa della natura emotiva della compassione l'attivazione emotiva può essere travolgente e quindi può ostacolare la professionalità dell'operatore. Secondo Hojat (Hojat, 2007) la relazione tra compassione e performance clinica deve essere curvilinea, formando una U rovesciata, dove un certo grado di compassione può migliorare il lavoro dell'operatore ma se questa aumenta a dismisura la performance ne risentirà. Al contrario la relazione tra empatia e performance clinica è considerata lineare, dove ad un aumento dell'empatia corrisponderà un aumento dell'efficacia clinica.

LO SVILUPPO DELL'EMPATIA

Molto prima di sviluppare la capacità di comunicare verbalmente e di inventare il linguaggio l'uomo poteva trasmettere le proprie sensazioni, intenzioni e aspettative attraverso dei mezzi non verbali, come l'espressione facciale, l'imitazione, la mimica e la postura corporea. La comunicazione empatica non verbale ha una storia ben più lunga nel corso dell'evoluzione umana della comunicazione verbale. Quindi se il cervello ha aree deputate alla comunicazione verbale e al linguaggio (l'area di Broca e di Wernike) deve averne aree anche per la comunicazione non verbale e la comprensione delle emozioni.

In accordo con la nozione di evolucionismo di Darwin, secondo il quale l'essere umano è evoluto durante una lunga storia di lotta per la sopravvivenza che risultava nella sopravvivenza del più adatto. Durante questo percorso evolutivo le emozioni, la loro espressione e la cognizione sociale

sono evolute grazie al loro vantaggio adattativo che permetteva all'uomo di sopravvivere (Ekman, 1992). Secondo Leslie Brothers (Brothers, 1989) le capacità empatiche aumentavano l'adattamento alla sopravvivenza. La capacità dei nostri antenati di leggere le emozioni partendo da indizi non verbali (come l'espressione facciale o la posizione corporea) permetteva di distinguere tra amici e nemici e tra situazioni sicure e pericolose. Queste abilità fornivano un vantaggio competitivo rispetto agli avversari e proteggeva dalla possibilità di essere ingannati da loro.

Dawkins (Dawkins, 2016), sostiene che il motore della sopravvivenza umana è guidato da un "gene egoista" che determina quando utilizzare l'attacco o la fuga per incrementare le probabilità di sopravvivenza. Buck e Ginsburg (Buck & Ginsburg, 1997) invece sostenevano come alcuni geni fossero egoisti e servono alla sopravvivenza dell'individuo mentre altri geni sono "sociali" e servono alla sopravvivenza della specie. L'idea di geni "non egoisti" che servono alla sopravvivenza del gruppo suggerisce come per l'uomo possa essere più "adatto" pensare in termini di gruppo piuttosto che di individui, per garantire la sopravvivenza. Le probabilità di un gruppo di esseri umani di sopravvivere aumenta con i comportamenti prosociali e con una motivazione altruistica. Le basi evolutive dell'empatia, quindi, possono essere collegate ai comportamenti altruistici messi in atto per aiutare le persone in difficoltà, anche a costo di danneggiare se stessi. Secondo Darwin, i processi evolutivi hanno portato al risultato che le emozioni di base come la felicità, la rabbia, la tristezza la paura e il disgusto, e i loro mezzi di espressione non verbali possono essere comunicati e compresi facilmente indipendentemente dal linguaggio parlato o dalla cultura di appartenenza. L'abilità di riconoscere le emozioni provate dagli altri attraverso segnali esterni come le espressioni facciali e la gestualità corporea è un ingrediente fondamentale nel formare una relazione empatica (Ekman, 1992; Zahn-Waxler & Robinson, 1992). Il viso umano presenta importanti indizi riguardo lo stato mentale e fisico di una persona, i muscoli facciali, controllati dal sistema nervoso centrale, hanno la capacità di riprodurre una vasta varietà di emozioni, che rappresentano la manifestazione esterna del nostro mondo interno, in questo modo facilitano la comunicazione empatica, in particolare nella relazione clinica tra operatore e paziente. Un altro mezzo di comunicazione dell'esperienza è l'imitazione, che avviene quando, osservando l'espressione di un'altra persona rispondiamo con una postura motoria simile. Un esempio di questo meccanismo è quando le mamme, mentre imboccano il bambino con un cucchiaino tendono ad aprire la bocca a loro volta, *come se fossero loro le persone da imboccare*.

Secondo Davis (M. Davis, 1994) prendere in considerazione il meccanismo dell'imitazione è fondamentale nell'analizzare le componenti dell'empatia. L'imitazione delle espressioni facciali

causa dei cambiamenti nel sistema nervoso autonomo associati all'emozione a cui corrisponde quell'espressione facciale.

NEUROANATOMIA DELL'EMPATIA

Il cervello umano è una complessa macchia di controllo delle emozioni e delle cognizioni formato da tre distinte strutture, tronco encefalico, sistema limbico e neocorteccia, che sono evolutivamente distinte. Il tronco encefalico, o cervello rettiliano, è la sezione più antica del cervello umano e controlla i meccanismi deputati alla sopravvivenza come il battito cardiaco o la respirazione. Il sistema limbico, la seconda sezione più antica, ed è deputata alla gestione delle emozioni e dei comportamenti sociali. Tra le sottostrutture del sistema limbico è presente l'amigdala, una struttura a forma di mandorla che è implicata nella produzione delle risposte emotive e nell'espressione delle emozioni. L'amigdala è la via d'accesso attraverso una persona vede l'ambiente sociale. L'empatia intesa come un costrutto emotivo può essere collegata all'amigdala.

La parte più recente del cervello umano, la corteccia cerebrale gestisce i comportamenti cognitivi complessi come il pensiero astratto, il linguaggio o il ragionamento. La parte più evoluta della corteccia cerebrale, la neo-corteccia è l'origine dei comportamenti sociali complessi, come il coinvolgimento in comportamenti sociali volontari basati sulla comprensione cognitiva, come l'empatia.

Appare come evidente come le cognizioni siano un'attività relativa alla corteccia cerebrale mentre le emozioni siano un'attività sottocorticale, si potrebbe quindi asserire che il sistema limbico è più rilevante nella compassione mentre la neocorteccia sia più rilevante nell'empatia.

Differenti parti del cervello sono state associate all'empatia. Il comprendere lo stato mentale altrui, che è alla base del coinvolgimento empatico, sembra essere localizzato nella corteccia frontale in particolare nel lobo frontale destro (Platek, Keenan, Gallup, & Mohamed, 2004). Eslinger (Eslinger, 1998) riporta che la corteccia prefrontale è particolarmente implicata nel coinvolgimento empatico e le sue funzioni possono essere collegate all'abilità della persona di capire l'esperienza dell'altro e che la regione orbitofrontale del cervello può essere collegata alla responsività emozionale e alla sensibilità allo stato emotivo altrui. È stato osservato inoltre che lesioni dorsolaterali del cervello sono associate con deficit nell'empatia così come nella flessibilità cognitiva. L'emisfero destro sembra avere un importante ruolo nelle capacità empatiche. I segnali interpersonali come le espressioni facciali delle emozioni sono analizzate meglio nell'emisfero destro e molti meccanismi associati alla regolazione delle emozioni sono attivati nell'emisfero destro. L'espressione e la

percezione degli stimoli comunicativi non verbali sembra essere mediato dall'emisfero destro mentre la comunicazione verbale è un'attività mediata dell'emisfero sinistro (Siegel, 1999).

Gli aspetti cognitivi dell'empatia, come il perspective-taking o le abilità di role-taking, sono correlate a funzioni del lobo frontale, mentre per gli aspetti emotivi dell'empatia si è ipotizzato che siano associati con le aree orbitofrontali.

IL SISTEMA DEI NEURONI SPECCHIO

il neuroscienziato dell'università di Parma Giacomo Rizzolatti scoprì nei primi anni 90 il sistema dei neuroni specchio nelle scimmie. Si scoprì che uno specifico gruppo di neuroni localizzati nella corteccia premotoria ventrale (conosciuta come F5) si attivavano quando una scimmia osservava un'altra scimmia compiere un'azione come l'afferrare con la mano o manipolare un oggetto, inoltre lo stesso gruppo di neuroni si attivava quando era la scimmia stessa a compiere quell'azione che prima aveva osservato. Vittorio Gallese concludeva che "osservare una azione porta alla stessa attivazione da parte delle stesse aree corticali che sono attive durante la sua esecuzione", questo meccanismo, chiamato "sistema dei neuroni specchio" permette di avere una maggiore comprensione delle azioni altrui ed è considerata la base neurale della cognizione sociale (Gallese, Keysers, & Rizzolatti, 2004; Rizzolatti & Craighero, 2004). Da questi studi si è potuto osservare come la stessa struttura neurale coinvolta nella esecuzione di una azione o della manifestazione di una emozione è attiva anche quando questa azione o emozione è osservata. Questo ragionamento porta alla conclusione che se un osservatore e una persona osservata esperiscono la stessa sensazione questo meccanismo porta alla comprensione reciproca, anche questo fenomeno alla base dell'empatia.

L'EMPATIA NELLA CURA DEL PAZIENTE

La costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come "*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo nell'assenza di malattia o d'infermità*". Questa definizione è l'espressione del modello biopsicosociale che si contrappone al modello biomedico (Engel, 1978; Hojat, Samuel, & Thompson, 1995). Il paradigma biomedico, postulato dal tedesco Robert Koch e dal francese Louis Pasteur, nonostante sia valido per alcune malattie, presenta una visione incompleta della sofferenza esperita da una persona. La definizione di "malattia", l'oggetto cruciale del modello biomedico, si esprime integralmente ed esaurientemente in un'alterazione dalla norma di variabili biologiche, somatiche, misurabili (Engel, 1978). Al medico, come principale attore della pratica medica, è affidato il compito di definire la presenza di una patologia nei malati, tramite una diagnosi corretta, e di intervenire attraverso delle

strategie terapeutiche che sono state dimostrate scientificamente. Il malato contribuisce solo di osservante delle prescrizioni, in un rapporto paternalistico di affidamento fiduciale. Egli non ha, di per sé, nulla da dire in merito all'atto terapeutico, che rimane affidato a quanto il medico stabilisce per il suo bene.

Nel paradigma biopsicosociale invece viene spostato l'obbiettivo del trattamento, dallo specifico organo "malato" alla cura dell'intera persona che è visto come un sistema in cui gli aspetti biologici, psicologici e sociali interagiscono continuamente tra di loro e hanno una uguale importanza nel processo di cura. Questo paradigma asserisce che la cura avviene quando la "scienza della medicina", gli aspetti biomedici e patologici della malattia, e "l'arte della medicina", gli aspetti psicologici, sociali e interpersonali, si uniscono in un approccio olistico della cura del paziente. L'empatia è un elemento chiave di questo approccio olistico (Engel, 1978).

La nozione di relazione empatica con il paziente è stata elegantemente descritta da Sir William Osler: "è tanto importante sapere che tipo di uomo ha quella malattia tanto quanto sapere che tipo di malattia ha quell'uomo". Essere ingaggiati in una relazione empatica rende gli operatori dei curatori più efficienti e le loro carriere più soddisfacenti. L'empatia è uno strumento prezioso sia nel rendere più accurate le diagnosi e sia nel rendere migliori gli esiti dei trattamenti. Sia il paziente che gli operatori beneficiano di questo scambio (Hojat, 2007).

La differenziazione tra cognizione ed emozione, e quindi tra empatia e compassione, come precedentemente accennato, è di vitale importanza nel contesto della cura del paziente, visto che a differire è la buona riuscita del trattamento. Gli operatori dovrebbero provare i sentimenti esperiti dal paziente solo nella misura necessaria per aumentare la loro comprensione del paziente senza che questo pregiudichi il loro giudizio professionale (Starcevic & Piontek, 1997). Non è necessario quindi che gli operatori siano travolti dalle emozioni dei pazienti, questa è una caratteristica della compassione, ma ai fini di una diagnosi il più accurata possibile è essenziale che gli operatori capiscano, per quanto possibile, i sentimenti e le preoccupazioni del paziente. È difficile infatti essere molto coinvolti emotivamente ed essere obbiettivi allo stesso tempo perché le emozioni eccessive possono interferire con il principio di obbiettività quando si prendono delle decisioni diagnostiche o si scelgono i trattamenti migliori.

Capire le emozioni e i comportamenti dell'altro è un ingrediente fondamentale del coinvolgimento empatico. La sensazione dei pazienti di essere capiti è intrinsecamente terapeutica perché aiuta a ristabilire un senso di connessione e di supporto. L'empatia nella cura del paziente è costituita sulle nozioni di connessione e comprensione (Hojat, 2007). Siccome l'essere capiti è alla base dei bisogni

umani le capacità degli operatori di capire i sentimenti del paziente e i suoi bisogni fisici, psicologici e sociali è, di per sé, un primo atto terapeutico. L'accuratezza con cui si capiscono i bisogni dei pazienti dipende dalla forza della relazione empatica e dai meccanismi del feedback. Gli operatori infatti dovrebbero continuamente verificare l'accuratezza della comprensione che hanno del paziente comunicando con il paziente e dandogli feedback.

Una delle caratteristiche curative principali della relazione operatore-paziente è infatti quella di comunicare e dare dei feedback al paziente, in modo che il confronto tra queste due figure sia circolare e continuo. Non basta semplicemente capire, ma serve anche comunicare di aver capito. Solo così si può creare un circolo virtuoso di feedback che è utile non solo nel rafforzare il coinvolgimento nella relazione ma anche nel rendere più accurata la diagnosi e la scelta del trattamento migliore. Questa comunicazione circolare e mutualistica tra operatore e paziente può aiutare a togliere l'imbarazzo all'interno della relazione e secondo la regola d'oro delle relazioni interpersonali, quando l'imbarazzo svanisce le persone iniziano ad aprirsi (Hojat, 2007).

Una relazione empatica tra operatore e paziente è utile a tutti e due i soggetti implicati, studi dimostrano che la soddisfazione degli operatori nei confronti delle relazioni empatiche che mettono in atto nei confronti dei pazienti è un fattore protettivo nei confronti di stress, burnout e abuso di sostanze (Ghetti, Chang, & Gosman, 2009; Riley & Weiss, 2016). Un grande volume di letteratura si è dedicata allo studio degli effetti benefici di una relazione empatica per i pazienti. Si è visto come una migliore relazione empatica migliori l'aderenza al trattamento dei pazienti, incrementi la soddisfazione nei confronti degli operatori e del sistema sanitario, migliora l'abilità di gestire la malattia, migliorando la qualità della vita (Hojat, 2007 per una rassegna).

REGOLAZIONE EMOTIVA

LE TEORIE SULLE EMOZIONI

Fu William James (1884), facendo riferimento ai processi neurofisiologici, a definire per primo l'emozione come "quel sentire i cambiamenti neurovegetativi che hanno luogo a livello viscerale a seguito di uno stimolo scatenante". Secondo la teoria di James, detta anche teoria periferica, i diversi eventi a cui gli individui assistono nella quotidianità determinerebbero una serie di reazioni viscerali e neurovegetative e la percezione, da parte dell'individuo, di queste modificazioni fisiologiche sarebbe alla base dell'esperienza emotiva. In questo modo James attribuisce un ruolo di primo piano all'attivazione fisiologica (*arousal*) in assenza della quale non vi sarebbe emozione (Anolli, Ciceri, 2002).

Esattamente opposta alla teoria somatica di James è la teoria centralista di Walter Bradford Cannon. Per Cannon i centri di attivazione, di controllo e di regolazione delle emozioni non sono localizzati a livello periferico, come sosteneva James, bensì nella regione talamica: i segnali nervosi provenienti da questa regione corticale sarebbero in grado di attivare delle risposte espressive - motorie e viscerali come conseguenza ad un evento. Cannon individua una serie di risposte neurofisiologiche pronte ad attivarsi simultaneamente alla comparsa dell'emozione, fra queste l'aumento della frequenza cardiaca, la dilatazione dei bronchi, l'incremento dell'attività delle ghiandole sudoripare, la vasocostrizione cutanea e gastroenterica, l'incremento dei valori glicemici, la dilatazione della pupilla, ecc.

Si tratta di posizioni del tutto antitetiche: per James le emozioni stanno alla periferia e fanno "emozionare" il cervello, per Cannon l'emozione sta nel cervello e scatena delle reazioni a livello periferico; entrambe, tuttavia, fanno riferimento esclusivamente all'aspetto istintuale delle emozioni concentrandosi solo sugli aspetti neurofisiologici dell'esperienza emotiva.

L'interesse per gli studi condotti da James e Cannon si è affermato, qualche anno più avanti, con il cognitivismo, che ha fornito modelli del processo emotivo in grado di tenere conto di ambedue i contributi.

È negli anni '70 del secolo scorso che in ambito psicologico iniziano ad affermarsi nuovi filoni di ricerca che prende il nome di "teoria cognitivista".

Fondamentale, a tal proposito, il contributo di Schacter e Singer (Grazzani Gavazzi, 2009), autori di un lavoro sperimentale che ha avuto il merito di evidenziare, per la prima volta, la natura multi-componenziale delle emozioni. L'emozione inizia a configurarsi come un processo complesso, che ha una sua durata nel tempo, che si produce a seguito di una valutazione sugli eventi condotta

dall'individuo e che genera modificazioni fisiologiche di intensità variabile. Uno studio, quello di Schacter e Singer, che sfocia in quella teoria oggi nota come teoria cognitivo - attivazionale o teoria dei due fattori: l'emozione sarebbe la risultante dell'interazione tra due componenti, una componente di natura fisiologica (arousal) e una di natura squisitamente psicologica (i processi cognitivi che sono condizione necessaria per l'occorrenza di uno stato emozionale).

Dalla concezione bifattoriale di Schacter e Singer ebbe inizio un dibattito avvincente che vedrà contrapporsi emozione e cognizione e che porterà allo sviluppo di teorie rivoluzionarie sul tema delle emozioni, teorie che considerano la valutazione soggettiva degli eventi un aspetto centrale del processo emotivo e che, proprio per questo, prendono il nome di teorie dell'*appraisal*¹. Tali teorie, affermatesi negli anni '80 del secolo scorso, stabiliscono un legame diretto tra la valutazione di un evento da parte dell'individuo e la sua personale interpretazione degli stimoli dell'ambiente circostante e le emozioni. Secondo tali teorie non è, dunque, la natura dell'evento a suscitare l'emozione bensì il modo in cui l'individuo lo interpreta, e, poiché individui diversi possono interpretare uno stesso stimolo in modo differente, quello stesso stimolo può generare in loro emozioni diverse, anche contrastanti.

Lo stretto legame tra emozione e interessi personali da una parte ed emozione e azione dall'altra è stato, invece, evidenziato da Nico Henri Frijda sempre nell'ambito delle teorie dell'*appraisal* (Grazzani Gavazzi, 2009). L'autore sottolinea come le emozioni cambino di intensità e significato a seconda del significato che l'individuo attribuisce all'evento in relazione ai suoi interessi, ai suoi desideri e scopi personali (eventi che soddisfano i propri desideri o scopi attivano emozioni positive, eventi che minacciano i propri interessi conducono a emozioni negative, eventi inattesi producono stupore e sorpresa), e questa valutazione personale di una situazione, spiega Frijda, predispone l'individuo all'azione inducendolo ad agire in un certo modo.

Contemporaneamente allo sviluppo delle teorie dell'*appraisal* prendevano piede anche le cosiddette teorie psico-evoluzionistiche.

Una parte considerevole della ricerca sulle emozioni è riconducibile a una prospettiva definita "evoluzionistica" che può essere fatta risalire all'opera pubblicata da Charles Darwin nel 1872 dal titolo *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*. Le emozioni e la loro espressione vengono lette da Darwin come frutto della selezione naturale, come risultato dei tentativi della

¹ Il termine "appraisal" venne introdotto per la prima volta da Magda Blondiau Arnold nel suo "*Emotion and personality*" pubblicato a New York nel 1960, ad indicare un atto di conoscenza diretto e immediato che coinvolge i processi percettivi e del quale è possibile avere consapevolezza solo una volta conclusosi l'intero processo. Anolli L., *Le emozioni*, Milano, Unicopli, 2002, p. 39

specie di adattarsi all'ambiente, presupponendo che esista una sostanziale continuità tra aspetti biologici e mentali (Barone, 2007).

Le espressioni delle emozioni sarebbero, quindi, tracce di antiche azioni e comportamenti adattativi la cui funzione originaria è stata sostituita dal loro valore espressivo.

I principali sostenitori di questa prospettiva teorica, Tomkins e Plutchik, ne hanno condiviso gli assunti di base e l'hanno, poi, integrata grazie ai risultati delle loro ricerche empiriche. Rifacendosi direttamente alla teoria di Dawin i due autori hanno insistito nell'associare le emozioni alla realizzazione di scopi universali direttamente connessi alla sopravvivenza dell'individuo come, ad esempio, la fuga associata alla paura, l'accoppiarsi per la riproduzione in relazione all'amore ecc.

Ekman e Izard accolsero e svilupparono ulteriormente le tesi avanzate da Tomkins e Plutchik concentrandosi, infine, sulla natura innata delle espressioni facciali delle emozioni. Già Tomkins aveva più volte enfatizzato il ruolo delle espressioni facciali nell'amplificare e modulare l'esperienza emotiva umana così Ekman, suo allievo, partendo dal presupposto che gli esseri umani producono e riconoscono le espressioni facciali di un set di emozioni fondamentali e di base cercò di individuare i nessi biologici e genetici sottesi a ogni emozione.

La teoria differenziale di cui Ekman fu uno dei principali autori, si inserisce in un ampio dibattito sull'esistenza di un numero definito e limitato di emozioni innate e universali rispetto alle quali si costruisce la competenza emozionale. Le emozioni, definite primarie o di base sarebbero processi neurofisiologici geneticamente predeterminati e ben definiti all'interno di categorie chiuse, separate tra loro, che generano risposte rapide e involontarie che una volta attivate non possono più essere modificate (Anolli, Ciceri, 2002). Si tratta di una prospettiva categoriale sulla quale non tutti gli studiosi concordano ma che, tuttavia, ha permesso di approfondire quello che è lo sviluppo emotivo dell'individuo. La maggior parte degli studiosi, ad ogni modo, è oggi abbastanza d'accordo nel riconoscere quelle che, secondo la concezione categoriale di Ekman, sono le sei principali dimensioni emotive: collera, disgusto, felicità, sorpresa, paura e tristezza, e sul fatto che le espressioni facciali per queste sei dimensioni sono universalmente riconosciute.

Altri autori, come Izard (Battacchi, 2004), invece, parlano di emozioni secondarie, non facilmente identificabili come quelle primarie, e dipendenti maggiormente dalla cultura e dall'apprendimento. Plutchik, invece, definisce le emozioni secondarie come stati complessi derivanti dalla mescolanza delle emozioni primarie, così ad esempio, la delusione sarebbe dovuta alla mescolanza tra sorpresa e tristezza (Battacchi, 2004). Secondo la prospettiva di Plutchik la complessità delle emozioni

secondarie dipenderebbe dalla loro dipendenza da un dato contesto e dalla valutazione che l'individuo fa di quel contesto.

Alla concezione psicoevoluzionistica si rifanno anche Oatley e Johnson-Laird (Grazzani, 2014). La loro teoria delle emozioni, nota come teoria cognitivo-comunicativa, poggia su due assunti fondamentali: le emozioni sono stati mentali che hanno la funzione di coordinare processi relativamente indipendenti e dirigere l'attenzione degli individui, esse sono soluzioni razionali e biologicamente fondate utili ad affrontare le diverse situazioni della vita quotidiana, dove la comunicazione ha un valore adattativo a livello sia individuale sia sociale.

Oatley e Johnson-Laird utilizzano un criterio puramente linguistico per descrivere le emozioni, definendo secondarie quelle che possono essere descritte solo usando termini denotati da altre emozioni, mentre definiscono primarie quelle per cui questo processo linguistico non è possibile (D'Urso, Trentin, 1998). Per descrivere il senso di colpa, ad esempio, è inevitabile ricorrere a termini come "rabbia" o "paura" ma per descrivere la paura non è certo possibile ricorrere all'espressione "senso di colpa".

Rifacendosi, poi, alla tradizione darwiniana, questi autori sostengono la tesi dell'esistenza di quattro sole emozioni primarie (felicità, paura, collera e tristezza) le quali possiederebbero caratteristiche che le renderebbero assolutamente uniche dal punto di vista evolutivo e su cui si baserebbero le prime relazioni socio affettive. Nello specifico: la felicità, quando sperimentata, contribuirebbe alla creazione e alla conservazione di legami di attaccamento positivi; la collera, al contrario, lederebbe questi legami fino a spezzarli; la tristezza, legata alla perdita, sarebbe generata dalle situazioni in cui vi è distacco o separazione dalle figure di attaccamento e, infine, la paura sarebbe attivata dalle situazioni in cui l'individuo sente come imminente il distacco dal *caregiver* (Grazzani, 2014).

LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI

Le prospettive funzionaliste moderne enfatizzano l'importante ruolo che le emozioni hanno in quanto nell'innescare le risposte comportamentali, nel raffinare i processi decisionali, nel migliorare la memoria di eventi importanti e nel facilitare le relazioni interpersonali. D'altro canto però le emozioni possono essere dannose nella stessa misura di quanto possano essere d'aiuto, come quando compaiono nel momento sbagliato o con una intensità non adeguata. Risposte emozionali inappropriate sono coinvolte in molte forme di psicopatologia, di difficoltà relazionali e anche di malattie fisiche (James J. Gross, 2013). Andremo quindi ad analizzare alcune caratteristiche principali delle emozioni che ci permetteranno di comprendere più approfonditamente i processi di regolazione emotiva. In primo luogo le emozioni insorgono quando una persona partecipa ad un

evento che è rilevante per i suoi obiettivi. Questi obiettivi possono essere sia a lungo termine, come il rimanere vivi, o a breve termine, come tifare per la propria squadra del cuore, centrali per il nostro senso di sé, come essere un buon padre, o più periferici, come aprire una scatola di cereali. Possono essere coscienti e complessi, come organizzare un matrimonio, o inconsci e semplici, come scansare un oggetto diretto verso di noi. Qualsiasi sia questo obiettivo è il significato che noi gli diamo a scatenare le emozioni e se questo significato cambia con il tempo anche l'emozione cambierà. Come dice Frijda (Frijda, 1993), le emozioni non solo di fanno sentire qualcosa, ma ci fanno sentire come se stessimo facendo qualcosa e il nostro linguaggio riflette questo modo di considerare le emozioni, infatti per esempio un sinonimo di essere commossi è essere "toccati" oppure un'espressione comune è dire "salto di gioia". L'impulso a comportarsi in determinati modi a seconda dell'emozione provata è diretta conseguenza delle risposte automatiche del sistema neuroendocrino che anticipa e segue le nostre risposte comportamentali. Le emozioni quindi molto spesso non sono distinguibili dalla reazione corporea che queste emozioni comportano. Raramente però l'espressione di determinate emozioni è obbligatoria. Se da un lato alcune situazioni fanno emergere delle emozioni che hanno, secondo Frijda, una "priorità di controllo", cioè che interrompono quello che stiamo facendo e ci costringono a porre la nostra attenzione su di esse, d'altra parte molto spesso le emozioni devono competere con altre risposte, molto spesso di natura sociale, come quando non mostriamo una determinata emozione in un contesto inadeguato per la sua espressione. Questa ultima caratteristica è fondamentale in quando è quella che rende la regolazione delle emozioni possibile.

la regolazione emotiva è un concetto di per sé ambiguo, perché si può intendere sia come le emozioni regolano qualcos'altro, come pensieri o comportamenti, quindi si può parlare di regolazione *attraverso* le emozioni, sia di come le emozioni sono loro stesse regolate, e quindi parleremo di regolazione *delle* emozioni. Se accettiamo la definizione, di cui si è parlato precedentemente, per cui una delle funzioni primarie delle emozioni è quella di organizzare il sistema di risposta umano, allora la prima caratteristica della regolazione emotiva, il regolare *attraverso* le emozioni, è insita nel significato stesso di emozione. Per questo motivo il nostro interesse andrà verso la seconda caratteristica della regolazione emotiva, cioè tutto quel sistema di processi eterogenei attraverso il quale le emozioni vengono regolate.

Ci sono tre caratteristiche principali della regolazione emotiva che devono essere commentate. Innanzitutto, le persone possono regolare sia le emozioni positive che le emozioni negative, diminuendo o incrementando la loro intensità. In genere però un uso molto comune della

regolazione emotiva è quello di diminuire l'intensità delle emozioni negative (J. J. Gross, Richards, & John, 2006). Questo tipo di regolazione ha una natura prevalentemente sociale, e nonostante sia possibile e accettato socialmente la regolazione delle emozioni positive questo accade molto meno frequentemente che con le emozioni negative. Inoltre in letteratura non viene fatta una distinzione tra "buone" e "cattive" strategie di regolazione emotiva. Questa tendenza a distinguere tra "buone" strategie e "cattive" strategie deriva dalla letteratura sulle difese di origine psicanalitica e poi le strategie di coping, dove le prime vengono considerate delle strategie non funzionali mentre le secondo come funzionali. Le strategie di regolazione emotiva possono essere utilizzati sia per migliorare la situazione sia per peggiorarla a seconda del contesto. Per esempio un operatore sanitario può usare una strategia cognitiva per smorzare le emozioni negative in modo da essere più efficiente in circostanze stressanti ma potrebbe anche neutralizzare le emozioni negative legate all'empatia e quindi diminuire le sue capacità di aiutare le persone sintonizzandosi sulla loro sofferenza. Inoltre una strategia di regolazione emotiva può raggiungere uno scopo che per la persona è funzionale ma non lo è per le persone che gli stanno intorno, come quanto un bambino piange disperatamente per ottenere l'attenzione degli adulti.

Gross (2013), utilizzando la sua teoria modale delle emozioni (James J Gross, 1998), in cui specifica una sequenza di processi coinvolti nella generazione delle emozioni (figura 1), suggerisce come ognuno dei punti di questa sequenza possa essere un potenziale target per diverse strategie di regolazione emotiva.

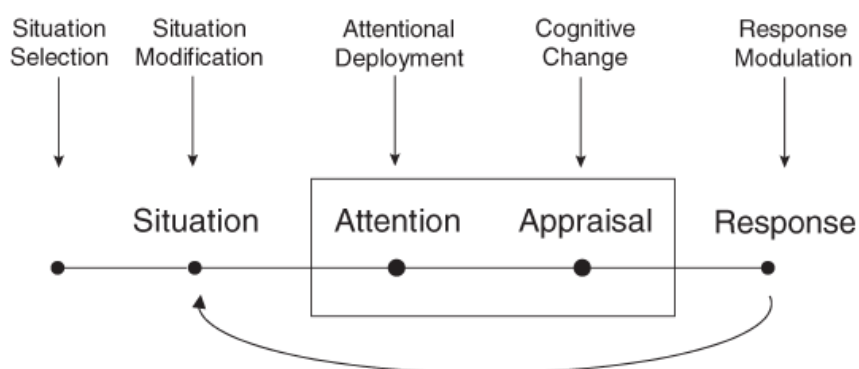


FIGURA 1: MODELLO MODULARE DELLE EMOZIONI CON LE CINQUE CATEGORIE DI STRATEGIE DI REGOLAZIONE EMOTIVA

Secondo Gross esistono cinque categorie di regolazione emotiva: selezione della situazione, modifica della situazione, distribuzione dell'attenzione, cambiamento cognitivo e modulazione della risposta. Queste strategie si differenziano in base al punto di questo processo di generazione delle emozioni in cui hanno una maggiore efficacia. Le prime quattro categorie possono essere

accomunate dal fatto di essere messe in pratica “prima” che il processo di Appraisal dia inizio ad una risposta emozionale vera e propria, mentre l’ultima strategia di regolazione viene utilizzata dopo che la risposta emotiva è stata generata. Andremo ora ad affrontare le diverse caratteristiche delle cinque strategie di regolazione emotiva.

SELEZIONE DELLA SITUAZIONE

Questo tipo di strategia di regolazione emotiva è messa in pratica per rendere più (o meno) probabile finire in una situazione in cui ci aspettiamo la comparsa di una emozione desiderata (o indesiderata). Alcuni esempi di questo tipo di strategie possono essere evitare un collega di lavoro fastidioso oppure vedersi un film rilassante dopo una brutta giornata.

Questa strategia richiede la capacità di capire le peculiarità delle situazioni che potrebbero capitare e gli le risposte emotive collegate a queste caratteristiche. Una difficoltà nel mettere in atto questo tipo di strategia è la differenza nel valutare l’esperienza emotiva mentre la stiamo vivendo e il ricordo di una emozione provata nel passato, in particolare, rispetto agli eventi passati siamo fortemente condizionati dall’intensità dell’emozione provata portandoci a non farci stimare correttamente la sua durata. Anche rispetto alle situazioni future non stimiamo correttamente la nostra risposta emotiva, in specifico tendiamo a sovrastimare la durata dell’attivazione emotiva in determinate situazioni, come per esempio una rottura sentimentale. Queste difficoltà di valutazione degli scenari passati e futuri rende più difficoltoso avere una rappresentazione veritiera della nostra attivazione emotiva in modo da poter utilizzare la conoscenza acquisita ai fini della selezione delle situazioni. Un’altra difficoltà nella situazione delle emozioni è costituita dalla difficoltà nello stimare il peso dei benefici a breve termine confrontati con i costi a lungo termine. Per esempio una persona timida si sente molto bene nel breve termine quando evita una situazione sociale ma questo sollievo immediato ha come costo a lungo termine un possibile isolamento sociale. A causa delle difficoltà fin qui rappresentate appare evidente come le strategie di regolazione delle emozioni molto spesso richiedano la prospettiva di un’altra persona, che possa consigliare, come un familiare, un amico o un terapeuta (James J. Gross, 2013).

MODIFICA DELLE SITUAZIONI

Le strategie di modifica delle situazioni consistono nel metter in atto dei tentativi di modificare la situazione che si sta vivendo in maniera da cambiare il suo impatto emotivo rispetto a quello previsto. Un esempio di questa situazione è quella di inserire delle battute all’interno di un discorso in modo da generare ilarità negli ascoltatori in modo da rendere il discorso meno noioso.

Molto spesso può essere difficile distinguere tra strategie di selezione della situazione rispetto a quelle di modifica della situazione in quanto una modifica di una situazione può esitare in una situazione diversa rispetto all'originaria. La differenza può essere posta sul fatto che la modifica di una situazione è presente quanto una situazione è già in corso di svolgimento e vengono messi in atto dei tentativi per modificare le caratteristiche esterne o fisiche della situazione.

Un'altra questione è quella di considerare le conseguenze sociali dell'espressione delle emozioni. Molto spesso l'espressione di determinate emozioni in determinati contesti può cambiare drammaticamente l'interazione sociale che era in atto fino a quel momento. Se per esempio notiamo che, durante una litigata, il nostro partner appare triste potremmo interrompere la nostra interazione caratterizzata da sentimenti di rabbia per offrire supporto al nostro partner. In questo senso l'espressione delle emozioni può essere considerata una potente forma di regolazione emotiva, in quanto cambia la natura della situazione.

FOCALIZZAZIONE DELL'ATTENZIONE

La selezione delle situazioni e la modifica delle situazioni aiutano a plasmare le caratteristiche esterne di una situazione. È però possibile regolare le emozioni senza cambiare il contesto della situazione che si sta vivendo. Le strategie di focalizzazione dell'attenzione si riferiscono alle modalità in cui gli individui dirigono l'attenzione all'interno di una determinata situazione in modo da influenzare l'emozione provata. Le strategie di distribuzione delle emozioni sono uno dei primi processi di regolazione delle emozioni che appare nello sviluppo ed è utilizzato durante tutto il ciclo di vita in quelle situazioni in cui non è possibile modificare il contesto. Un esempio pratico è quando si volge lo sguardo lontano da un evento spiacevole e si pone l'attenzione su altro. Le strategie di distribuzione dell'attenzione si dividono in due categorie: distrazione e concentrazione.

Le strategie di distrazione focalizzano l'attenzione su differenti aspetti della situazione o spostano l'attenzione lontano dalla situazione stessa. Le strategie di distrazione si mettono in atto anche quando spostiamo il focus attentivo su pensieri o ricordi che hanno un connotato emotivo dissonante con lo stato emozionale non desiderato oppure quando un attore richiama alla memoria un particolare ricordo legato ad una emozione in modo da poterla esprimere in maniera convincente.

Le strategie di concentrazione vengono usate quando portiamo l'attenzione sulle caratteristiche emozionali di una emozione. Quando portiamo la nostra attenzione ripetutamente verso determinate sensazioni e le loro conseguenze si mettono in atto processi di ruminazione. Per

esempio ruminare su eventi tristi porta all'aumento della sensazione di tristezza o a sintomi depressivi.

La focalizzazione dell'attenzione può essere messa in atto attraverso una distrazione fisica dell'attenzione, come coprirsi gli occhi e le orecchie, o attraverso una modifica interna dell'attenzione, con pensieri e sensazioni a diverso contenuto emotivo.

CAMBIAMENTO COGNITIVO

Il cambiamento cognitivo si riferisce al cambiare la valutazione di una situazione che si sta vivendo in modo da alterare il suo significato emotivo, sia cambiando il nostro punto di vista sulla situazione sia cambiando la nostra capacità di gestire il carico emotivo che richiede. Una applicazione comune di queste strategie avviene quando compariamo quello che ci sta accadendo con la situazione di persone meno fortunate di noi in modo da alterare la nostra interpretazione dell'evento e quindi l'emergere di emozioni negative. Un altro utilizzo del cambiamento cognitivo è presente quando cambiamo la nostra interpretazione interna di un evento, se per esempio di fronte all'attivazione fisiologica di un evento stressante la interpretiamo come migliorativa, "mi fa concentrare meglio" o "mi gasa", piuttosto che debilitante, "mi scoraggia" o "mi butta giù" si è più in grado di gestire le emozioni. Se siamo quindi in grado di "rivalutare" il significato di una situazione che stiamo vivendo possiamo anche alterare il suo impatto emotivo.

MODULAZIONE DELLA RISPOSTA

Al contrario delle altre strategie di regolazione emotiva la modulazione della risposta è presente "dopo" che una emozione è esperita. La modulazione della risposta avviene quando influenziamo le risposte fisiologiche o comportamentali nel modo più diretto possibile. Alcuni tentativi di regolare gli aspetti fisiologici delle emozioni sono molto comuni. I farmaci possono essere usati per modificare le risposte fisiologiche come la tensione muscolare, nel caso degli ansiolitici, o l'iperattività, nel caso dei beta-bloccanti. L'esercizio fisico o il rilassamento possono essere usati per diminuire l'attività fisiologica dovuta ad emozioni negative e alcol, sigarette, droghe e cibo sono anche loro molto spesso usati con questo scopo.

Un'altra comune forma di modulazione delle risposte coinvolge la regolazione dell'espressione delle emozioni. Potremmo voler modulare l'espressione delle emozioni in base alle caratteristiche sociali, per cui in determinati contesti è opportuno o no, mostrare determinate emozioni.

Tra i più interessanti modelli di strategie di regolazione emotiva proposti recentemente vi è quello di Parkinson e Totterdell (Parkinson & Totterdell, 1999), autori che si muovono nella scia della

teorizzazione di Gross. Essi tentano una classificazione su base empirica delle numerose strategie deliberatamente messe in atto dai soggetti per far fronte a stati emotivo-affettivi di varia natura. Da un vasto corpus di dati, raccolti tramite questionari, interviste e diari con soggetti prevalentemente adulti, gli studiosi ricavano una mappa delle strategie di regolazione utilizzate dalle persone nella vita quotidiana, proponendo una classificazione basata su due dimensioni: il tipo di strategia (cognitivo vs. comportamentale) e l'intenzione strategica (allontanamento vs. coinvolgimento). Circa il "tipo di strategia", la regolazione emotiva che avviene a livello cognitivo coinvolge processi di pensiero, mentre a livello comportamentale mette in gioco la persona sul piano del fare. Riguardo all'"intenzione strategica", la distinzione concerne il fatto che le strategie vengano utilizzate allo scopo di evitare un problema, allontanandosi da esso, piuttosto che con il fine di affrontarlo direttamente. Tra le strategie di allontanamento, alcune vengono descritte come strategie di semplice evitamento della situazione, mentre altre come strategie che riguardano il pensare o fare altro, per allontanare l'attenzione da una situazione problematica. Per quanto riguarda le strategie di coinvolgimento, alcune vengono classificate come rivolte principalmente alla situazione, altre come dirette agli stati d'animo e alle emozioni (Fedeli, 2013).

Un concetto di regolazione emotiva sicuramente utile può essere quello incentrato sulle modalità adattive di rispondere alla sofferenza emozionale, piuttosto che sul controllo delle emozioni o sull'attenuazione dell'attivazione emozionale. Una tale concettualizzazione (Gratz & Roemer, 2004), evidenzia la funzionalità delle emozioni e definisce la regolazione emozionale come un costrutto multidimensionale che comprende:

- Consapevolezza, comprensione e accettazione delle emozioni
- Capacità di impegnarsi in comportamenti finalizzati, inibendo le risposte impulsive
- Uso flessibile di strategie che, a seconda delle situazioni, siano in grado di modulare l'intensità o la durata delle risposte emotive
- Disponibilità a percepire le emozioni negative, considerandole parte dello svolgimento naturale dell'esistenza.

Si ritiene che deficit in ognuna di queste aree indichino delle difficoltà nella regolazione emotiva.

La concettualizzazione della regolazione emotiva proposta da Gratz e Roemer comprende l'accettazione delle proprie esperienze interiori, e si sovrappone alla mindfulness nella sua attenzione all'osservazione e descrizione delle emozioni. Così i trattamenti che danno importanza alla mindfulness possono anche facilitare i miglioramenti nella regolazione delle emozioni.

LA REGOLAZIONE EMOTIVA NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

La professione infermieristica è sempre stato considerato un lavoro faticoso nell'aspetto emozionale visto che agli infermieri è richiesto un agire professionale emotivamente connotato, in particolare, nella loro relazione lavorativa con pazienti, familiari e anche i loro colleghi (Diefendorff, Erickson, Grandey, & Dahling, 2011). Se queste richieste di tipo emotivo sono spesso considerate come una parte fondamentale del lavoro dell'infermiere e un fattore motivazionale importante nella scelte di questa professione, spesso però sono anche una possibile fonte di stress e di esaurimento emotivo (Van Den Tooren & De Jonge, 2008). La letteratura sta mostrando sempre un maggiore interesse verso il ruolo della competenza emotiva e delle abilità di espressione e controllo degli stati emozionali come fattori critici all'interno della professione infermieristica per promuovere il benessere dei lavoratori e una migliore qualità del servizio offerto. Agli infermieri è richiesto di esprimere le emozioni appropriate al loro contesto lavorativo, l'essere premurosi e compassionevoli e di controllare le emozioni negative come la rabbia la tristezza e la sofferenza che possono risultare discordanti rispetto alle richieste professionali del proprio lavoro (Pisaniello, Winefield, & Delfabbro, 2012). All'interno della letteratura in campo infermieristico è stata data molta importanza allo studio sull'importanza e l'utilità del controllo degli stati emozionali, poco però si sa sulla regolazione emotiva e l'efficacia delle sue strategie in questo contesto. Molti ricerche nell'ambito infermieristico si focalizzano sul controllo emozionale, soprattutto degli stati negativi come l'ansia, la tristezza o la sofferenza, considerate inappropriate in questo contesto (Pisaniello et al., 2012). Molto spesso, infatti, agli infermieri viene chiesto agli infermieri di riconoscere l'importanza di inibire le emozioni e i sentimenti della sfera personale in modo da essere focalizzati sul raggiungimento del benessere del paziente (Morgan & Lynn, 2009). In queste situazioni un'espressione comunemente usata è quella di "mimica professionale", considerata dagli stessi infermieri come uno strumento di "regolazione, contenimento e protezione emotiva". Questo concetto riassume il bisogno degli infermieri di utilizzare una maschera per controllare i propri stati emotivi e mantenere un atteggiamento ed una espressione professionale e neutrale durante la cura dei pazienti, mantenendo il focus dell'interazione tra paziente e infermiere sul raggiungimento del benessere del paziente. Questo però può essere difficoltoso e stancante per gli infermieri che molto spesso vivono delle attivazioni emotive molto forti nelle interazioni quotidiane sul posto di lavoro. Gli infermieri possono desiderare di poter esprimere le loro emozioni ma dovrebbero minimizzare la loro manifestazione con il rischio di non apparire autentici a causa della dissonanza cognitiva che si viene a creare. Nella pratica infermieristica, la *fatica emotiva* si riferisce alla necessità di gestire

l'espressione delle emozioni e dei pensieri in modo da mantenere un comportamento professionale, che tra le altre cose comprende l'essere premurosi e compassionevoli e di venire incontro ai bisogni emotivi dei pazienti e dei loro parenti in maniera efficace. Approfondire quindi gli aspetti caratteristici della fatica emotiva comprende la valutazione delle strategie di regolazione emotiva che sono utilizzate dai professionisti della salute. Riconoscere queste strategie e di analizzare il costrutto di regolazione emotiva ci permette di aiutare gli infermieri nel gestire le richieste emotive, spesso stressanti dell'ambiente sanitario. È quindi di fondamentale importanza che un infermiere sia formato adeguatamente sulle strategie di regolazione emotiva e sia in grado di utilizzarle durante il proprio lavoro. È quindi necessario che l'importanza di un training sulla regolazione emotiva sia riconosciuto come fondamentale sia nel curriculum educativo degli infermieri e nell'attività professionale. Alcune ricerche in campo educativo hanno mostrato come studenti di infermieristica che mostravano buone capacità di regolazione emotiva mostravano migliori competenze professionali, percepivano livelli minori di stress, riuscivano a gestirlo in maniera più efficace ed erano meno propensi ad abbandonare la propria professione (Roso-Bas, Pades Jiménez, & García-Buades, 2016).

MINDFULNESS

Il concetto di Mindfulness deriva dalle antiche filosofie buddiste, hindu e cinesi. La parola mindfulness, infatti è una traduzione inglese della parola in lingua Pali² “*sati*”, che significa *consapevolezza, attenzione e ricordo*. L’obiettivo della mindfulness nel suo antico contesto è quello di eliminare la sofferenza superflua, attraverso un lavoro attivo con gli stati della mente in modo da poter sopportare pacificamente qualunque cosa ci capiti. Attraverso la Mindfulness sviluppiamo una competenza nel gestire la “mente”, ci aiuta a riconoscere le situazioni in cui abbiamo bisogno di coltivare alcune qualità, come l’allerta, la concentrazione o la gentilezza, per alleviare la sofferenza (Bhikkhu & Bhikkhu, 2007). In questi antichi approcci orientali, la mindfulness è indicata come una delle numerose virtù o qualità il cui sviluppo è ritenuto fondamentale nel percorso buddista che porta all’“illuminazione”. È per esempio indicata come una delle cinque abilità fondamentali insieme a: fede, vigore, concentrazione e saggezza (Gethin, Brown, Creswell, & Ryan, 2015). La descrizione di cosa sia la mindfulness è spiegata nella letteratura buddista, in particolare nei discorsi del Buddha conosciuti in Pali come *Satipaṭṭhāna-sutta*. Questi scritti illustrano in dettaglio come un monaco dovrebbe osservare il proprio corpo, le proprie emozioni e il proprio stato mentale, attraverso una serie di esercizi. questi esercizi illustrano non tanto una specifica modalità di porre attenzione quanto l’importanza di “dove” porre l’attenzione. Perciò in una pratica di mindfulness il monaco buddista è istruito nel porre attenzione a cose su cui normalmente non poniamo attenzione o la poniamo inconsciamente: respirare, camminare, stare fermi in piedi, essere seduti, bere, mangiare e così via. Questa attenzione dovrebbe alla fine abbracciare sia l’esperienza interna che quella esterna. In questo modo inizieremo a vedere le nostre sensazioni, emozioni e sentimenti per quelli che sono in realtà: solo qualità fisiche e mentali che compaiono e spariscono in determinate condizioni, questo modo di vedere ci permette di liberarci dalla presa che queste sensazioni hanno su di noi. Il *sutra* illustra come chiunque pratichi questi esercizi per almeno 7 giorni potrà ottenere “l’illuminazione”. In molti testi della letteratura buddista l’applicazione della mindfulness viene utilizzata come uno strumento di protezione e rifugio del monaco: “non cercare altro rifugio da te stesso, che sia un’isola di salvezza e un posto sicuro” (Kuan, 2008).

Nell’antico testo buddista *Milindapanha*, le domande di Malinda, che consiste in un dialogo tra il monaco buddista Nagasena e il re Milinda, ad un certo punto il re chiede al monaco la definizione della mindfulness. Nagasena spiega che la mindfulness è formata da due caratteristiche: il

² La lingua Pali è il linguaggio con cui sono trasmessi gli insegnamenti del Buddha.

“richiamare” e il “trattenere”: il richiamare consiste nel ricordare l’intero spettro delle sensazioni, in questo modo, il praticante, può osservare il valore relativo degli stati mentali e capire quali coltivare e quali non coltivare. Il trattenere quindi è la diretta conseguenza del richiamare, in cui il praticante non fa che tenere le qualità benefiche (Demiéville, 1924).

Il concetto occidentale di Mindfulness emerge intorno agli anni ’70 con il lavoro pionieristico di Ellen Langer, il suo concetto di minfulness si originò indipendentemente dalle tradizioni orientali, infatti le sue prime ricerche si focalizzarono sulla mindlessness (la mancanza di consapevolezza) nella vita quotidiana, e solo successivamente iniziò a studiare l’altra parte della medaglia, la mindfulness appunto, e i suoi potenziali benefici nella salute fisica e mentale, nella regolazione comportamentale e nelle relazioni interpersonali. Negli anni ’80 una nuova concettualizzazione del concetto di mindfulness emerse attraverso l’integrazione delle discipline orientali, integrando aspetti psicologici e elementi di meditazione. Aumentarono quindi i lavori che andarono ad esaminare i benefici per la salute attraverso la pratica meditativa della mindfulness.

Negli ultimi decenni sono state introdotte nella cultura occidentale numerose forme di meditazione buddista (Goldstein, 2002). Occidentali che hanno studiato a lungo con maestri buddhisti hanno fondato nel nord America e in Europa centri di meditazione nei quali è possibile praticare la Mindfulness. Mano a mano che la mindfulness viene adottata dalla psicoterapia occidentale il suo significato tende ad espandersi. La mindfulness inizia ad includere anche altre qualità mentali, oltre a quelle rappresentate nella parola *sati*, (consapevolezza, attenzione e ricordo) qualità come non *giudizio, accettazione e compassione* (Didonna, 2009).

Nella letteratura moderna sulla mindfulness le seguenti sono le due definizioni più frequentemente citate:

1. “Mindfulness significa porre attenzione in un particolare modo: di proposito, nel momento presente e nell’assenza di giudizio” (Kabat-Zinn, 1994).
2. “un tipo di consapevolezza, non macchinoso, senza giudizio, centrato sul presente in cui ciascun pensiero, emozione o sensazione che giunge all’attenzione è riconosciuto e accettato per quello che è” (Bishop, Lau, Shapiro, & Carlson, 2004).

Nel complesso, queste definizioni suggeriscono l’utilità di definire la mindfulness come un concetto con molte sfaccettature, composto dal prestare attenzione alle esperienze del momento presente, identificandole verbalmente, agendo con consapevolezza, evitando il “pilota automatico” e mantenendo un atteggiamento non giudicante, accogliente e incuriosito verso le esperienze rilevate (R. A. Baer, 2006).

Sebbene la concezione di mindfulness di origine orientale od occidentale abbiano dei risultati simili per quanto riguarda la salute e la qualità della vita, il processo attraverso cui questi effetti sono ottenuti sono qualitativamente differenti; mentre la matrice orientale enfatizza la pratica focalizzata sulla meditazione, la matrice occidentale incoraggia un miglioramento della consapevolezza attraverso il mantenimento di una attenzione curiosa alle informazioni che riceviamo momento per momento. Nonostante queste differenze il grado di similarità tra gli approcci orientali e occidentali della mindfulness hanno sicuramente un maggior numero di punti in comune rispetto alle loro differenze (Ie, Ngnoumen, & Langer, 2014). Le concezioni orientali e occidentali della mindfulness sono simili nel ritenere che la relazione tra mente e corpo sia dinamica dove le esperienze corporee e le qualità personali possono essere modificate attraverso una pratica mentale sistematica.

Allen e Fonagy (Allen & Fonagy, 2006) hanno recentemente sottolineato come la mindfulness si sovrapponga alla mentalizzazione – intesa come «processo mentale con cui un individuo implicitamente ed esplicitamente interpreta le proprie azioni personali e quelle degli altri come significative sulla base di stati mentali intenzionali, quali desideri personali, bisogni, emozioni, credenze e ragioni» – nella misura in cui prevede il prestare attenzione in modo particolare agli stati mentali implicando un'attenzione ricettiva centrata sull'esperienza presente per questi e una ricettività non valutante verso i processi psicologici attuali (Brown & Ryan, 2003). La pratica della mindfulness offre, infatti, un mezzo per osservare direttamente la natura dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni fisiche e i modi attraverso cui essi contribuiscano alla felicità e alla sofferenza. L'attenzione è diretta a osservare tutte le esperienze, così come sorgono nel momento presente; non si tratta di un processo passivo, ma dell'impegno intenzionale ad essere vigili. Con la pratica regolare è possibile vedere i molti modi nei quali siamo pilotati dal desiderio che le cose siano diverse da come realmente sono. Proprio l'idea che "noi non siamo i nostri pensieri" è uno degli insegnamenti e dei principi più preziosi su cui si fondano i programmi basati sulla mindfulness. L'effetto della meditazione sembra quindi essere dovuto non al cambiamento dei contenuti della nostra mente, ma piuttosto all'«indebolimento della nostra identificazione con essi, attraverso un "vedere" più accettante, decentrato, intuitivo e immediato, grazie al quale la forza coercitiva di alcuni contenuti cognitivi ed emotivi progressivamente diminuisce fino a scomparire» (Didonna, 2009)

Molti interventi strutturati sviluppati recentemente comprendono un training di mindfulness e un notevole numero di dati sperimentali ne avvalorano l'efficacia (R. Baer, 2010). Le più conosciute di queste, che hanno ottenuto grande seguito per la loro efficacia, sono la Acceptance and

Commitment Therapy (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), la Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Linehan, 1993), la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) e la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003). Quest'ultimo verrà approfondito in quanto rilevante per quest'opera.

L'MBSR è stata ideata da Jon Kabat-Zinn, presso la facoltà di medicina della l'Università del Massachusetts. Lo scopo era quello di rendere utilizzabile e accessibile la meditazione mindfulness in un contesto medico occidentale, salvaguardando l'essenza degli insegnamenti buddhisti. Kabat-Zinn cominciò a offrire un programma di gruppo della durata di dieci settimane destinato a pazienti che presentavano un'ampia gamma di disturbi dovuto a stress e al dolore cronico, dal momento che le terapie a cui erano sottoposti non davano un esito soddisfacente. L'MBSR è descritta come un programma educativo e si basa sulla pratica intensiva di diversi tipi di meditazione mindfulness. L'MBSR nella sua forma standard attuale è composto da un programma di gruppo della durata di otto settimane. I gruppi si incontrano in sessioni di due ore e mezza e la sesta settimana spesso comprende una sessione di una giornata intera (R. A. Baer, 2006). Gli incontri dell'MBSR sono disegnati in modo da insegnare ai partecipanti a diventare più consapevoli e a relazionarsi in maniera diversa a pensieri, emozioni e sensazioni corporee, aiutandoli a coltivare uno sguardo non giudicante di quello che gli capita momento per momento (Bishop et al., 2004)

L'MBSR è stata adoperata su numerose popolazioni. In ambito medico, con notevoli benefici sul senso di benessere in pazienti affetti da cancro, fibromialgia e altre forme di dolore cronico. Sono stati riscontrati giovamenti significativi anche in soggetti sani, fra cui professionisti della salute mentale, medici e studenti e adulti stressati dal lavoro.

Nonostante le apparenti differenze tra questi approcci alla mindfulness, ognuno di questi programmi ha dimostrato di migliorare una o più variabili legate alla qualità della vita della persona.

LA MINDFULNESS COME UNA INCLINAZIONE PERSONALE

Per la psicologia il termine mindfulness ha almeno due significati distinti. La mindfulness può essere quindi intesa come una pratica di meditazione ed esercizio, oppure può essere intesa come una predisposizione personale o atteggiamento mentale, chiamata "dispositional mindfulness". Il framework concettuale della dispositional mindfulness deriva dalla prospettiva scientifica occidentale, in particolare dagli studi di Langer già citati, e si riferisce ad una apertura verso le informazioni che ci arrivano nel momento presente, con un atteggiamento di consapevolezza. Gli studi sulla dispositional mindfulness hanno origine dagli studi di Langer sul concetto opposto di mindfulness, ovvero la mindlessness. Un comportamento mindless, o in assenza di consapevolezza,

tende ad essere automatico, resistente al cambiamento e focalizzato su un unico punti di vista (E. J. Langer, 1989). Molti dei comportamenti umani sono basati sulla mancanza di consapevolezza e sul processamento inconscio delle informazioni. Si provi a pensare al percorso che viene fatto ogni giorno per recarsi al lavoro, e di come a volte capita di arrivare al posto di lavoro senza essere “coscienti” della strada percorsa perché è stato fatto con il “pilota automatico”.

La dispositional mindfulness non è considerata come un unico costrutto ma invece caratterizzato da diverse sfaccettature. Molte discussioni sulla mindfulness includono questi quattro elementi:

- Consapevolezza: ovvero essere a conoscenza della propria esperienza interna ed esterna, come le sensazioni corporee, i pensieri, le emozioni e gli eventi esterni come suoni e immagini.
- Attenzione sostenuta: ovvero la capacità di mantenere l’attenzione su degli stimoli, interni od esterni. Essere in un assetto mindfulness significa portare la propria attenzione, consapevolmente, verso il nostro obiettivo di osservazione e non lasciare che la mente vaghi senza controllo. Questa componente è stata associata a miglioramenti nella qualità della vita, in particolare nella riduzione dei processi ruminativi e ansiosi
- Focalizzazione sul momento presente: ovvero la capacità di dirigere la propria attenzione, con o senza sforzo, e con consapevolezza, a quello che sta accadendo nel momento presente. Al contrario tendiamo ad avere la mente occupata da pensieri e preoccupazioni che riguardano il passato o il futuro, come ricordi, fantasie o progetti.
- Accettazione non giudicante: ovvero la capacità di esperire sensazioni e pensieri senza giudicarli, nel bene o nel male. L’accettazione permette a qualsiasi esperienza, piacevole, neutrale o dolorosa, di emergere senza tentare di cambiarla, controllarla o evitarla.

LA MINDFULNESS NELL’AMBITO SANITARIO

Tutti gli operatori sanitari danno il loro meglio quando hanno la capacità di valutare ogni paziente nella sua unicità, di essere curiosi nella ricerca di quelle che potrebbero essere informazioni importanti per la cura del paziente e di essere consapevoli delle proprie capacità di giudizio in modo da potersi adattare alle situazioni in caso di necessità (E. Langer, Russel, & Eisenkraft, 2009). Anche gli operatori più esperti soffrono di fluttuazioni della loro abilità di riconoscere e rispondere adeguatamente ai bisogni del paziente. Molte di queste fluttuazioni hanno origine nella mancanza nella consapevolezza di sé e nella autoregolazione dell’attenzione verso il processo di cura. La mancanza di autoconsapevolezza delle proprie reazioni emotive verso i pazienti può intaccare l’abilità degli operatori di ascoltare in modo attivo il paziente e di rispondere ai bisogni emotivi e

fisici del paziente in maniera accurata (Novack et al., 1997). Inoltre la mancanza di consapevolezza di sé frequentemente è causa del burnout quando è associata alla sottovalutazione dei propri stati fisici e psicologici (Yang & Kim, 2012). Al contrario essere in un assetto mindful, avere quindi una attenzione, non giudicante, nel momento presente e focalizzata sui propri pensieri, emozioni e esperienze che si stanno vivendo, appare contribuire ad un migliore processo diagnostico, facilita la focalizzazione sulle caratteristiche uniche del paziente in modo da avere un trattamento più personalizzato, e un processo di cura più attento e infine migliora la resilienza e il benessere degli operatori sanitari (T. J. Beckman, Reed, Shanafelt, & West, 2009).

La mindfulness enfatizza un approccio al mondo aperto, flessibile e adattativo (K. W. Brown, Ryan, & Creswell, 2007) e se la letteratura fornisce differenti cornici, rappresentazioni e definizioni del costrutto della mindfulness, sicuramente in ciascuno di questi è fondamentale al autoregolazione dell'attenzione.

La pratica della mindfulness ha alcune qualità costitutive che sono rilevanti per la pratica medica e che possono essere apprese dagli operatori sanitari. (H. B. Beckman et al., 2012; Bishop et al., 2004) mentre differenti modelli enfatizzano l'attenzione verso il proprio mondo esterno o verso la realtà che ci circonda nella pratica clinica tutte e due queste componenti sono importanti.

Tra le molte sfaccettature della mindfulness, quattro sembrano essere particolarmente rilevanti nella pratica, nel linguaggio e nella cultura sanitaria.

Il primo aspetto è una osservazione attenta. Questa qualità si riferisce alla capacità di prestare attenzione contemporaneamente alla nostra esperienza esterna sia a quella interna l'abilità di "osservare l'osservatore mentre osserva l'osservato". Questa consapevolezza permette di notare le sfumature di quello che accade e quindi di poter distinguere come siano differenti situazioni all'apparenza uguali.

La seconda qualità è una curiosità critica che permette di confrontare nuove situazioni. È l'interesse per le nuove conoscenze piuttosto che l'applicazione automatica di formule già conosciute, questa qualità permette all'operatore sanitario di creare nuove soluzioni per gestire un problema complesso.

La terza qualità della mindfulness è la capacità di vedere una situazione familiare da una diversa prospettiva o da diverse prospettive simultaneamente. Questa qualità comporta un miglioramento della qualità della cura, mentre alcuni operatori sono degli "esperti della routine" e hanno un unico modo di affrontare i problemi o le situazioni, invece chi riesce ad affrontare le situazioni da diverse

prospettive riuscirà a percepire le caratteristiche del contesto e delle sue sfumature che permette di avere una comprensione più dinamica e fluida delle situazioni e del loro sviluppo.

La quarta e ultima qualità della mindfulness è la presenza e il coinvolgimento, e rappresenta la capacità di affrontare le situazioni che ci sembrano non familiari, dissonanti o difficili, piuttosto che evitarle, minimizzarle o razionalizzarle. In medicina, gli operatori costantemente incontrano persone che stanno affrontando una grande sofferenza, in situazioni dove non sempre il loro operato può alleviare completamente questa sofferenza. Inoltre, come nel caso delle malattie croniche, gli operatori sviluppano delle relazioni con i pazienti che possono perdurare per anni, e tollerare lo stress dell'affrontare questa sofferenza può essere ancora più difficoltoso. Affrontare queste sofferenze per l'operatore implica lo sviluppare una resilienza nel tollerare questo stress.

La mindfulness ha un enorme impatto sulla qualità degli operatori nel prendersi cura dei propri pazienti. Questo meccanismo ha inizio quando notiamo che una altra persona sta soffrendo. Mentre ci sono alcune forme di dolore che sono ovvie, come quando un paziente si agita dal dolore causato da un calcolo renale, alcune altre forme sono meno spesso riconosciute, come il terrore di ricevere una diagnosi infausta per sé o per un proprio caro. Infatti le espressioni emotive di sofferenza dei pazienti sono molto spesso non riconosciute all'interno del sistema sanitario, forse perché gli operatori sono stati abituati a prediligere i segnali di sofferenza fisica. Inoltre molti pazienti tendono a non riferire le proprie preoccupazioni se non gli viene posta direttamente la domanda e quindi un operatore, preso dalla fretta, potrebbero sfuggire questi segnali (Novack et al., 1997). Molto spesso gli operatori sanitari non sono completamente consapevoli di come i pazienti esperiscano in maniera diversa da loro e dalle loro aspettative, la situazione in cui si trovano. In opposizione a questo invece, una consapevolezza mindful permette di avere un atteggiamento di curiosità nei confronti del paziente piuttosto che rientrare in delle categorie stereotipate (Djikic, Langer, & Stapleton, 2008).

Anche per quegli operatori che riescono ad avere una consapevolezza mindful, ad essere presenti e centrati sul paziente molto volte insorgono delle difficoltà. Gli operatori, come tutti gli esseri umani, hanno bisogni desideri e aspettative che possono scontrarsi con i bisogni del paziente e possono affaticare ulteriormente l'operatore. Se la risonanza emotiva è troppo alta gli operatori stessi possono esperire stress come reazione alla sofferenza del paziente.

Una grande quantità di data infatti ha documentato alti livelli di burnout negli operatori sanitari, e sono già state esposte le conseguenze per gli operatori nel soffrire alti livelli di burnout.

Riconoscere le difficoltà lavorative all'interno del contesto sanitario è particolarmente importante per le istituzioni sanitarie in quanto dovrebbero avere come obiettivo quello di migliorare la resilienza e il benessere degli operatori in modo che questi possano portare a termine le proprie mansioni lavorative, con le caratteristiche sopra citate e possano prendersi cura del proprio benessere. La pratica mindfulness, che promuove la consapevolezza momento per momento, la flessibilità cognitiva e il coinvolgimento verso il paziente ha il grande potenziale di promuovere il benessere e la resilienza degli operatori e di conseguenza una migliore assistenza ai pazienti.

LA RICERCA

Dal 2003 è operativo il Multimedia Health Communication Laboratory (MHCL), ubicato presso la struttura Villa Serena (U38) in Monza, diretto dal Prof. Rezzonico e articolato in due sezioni: la sezione di Psicologia di cui è responsabile la Prof.ssa Strepparava e la sezione di Igiene e Medicina Preventiva di cui è responsabile la Dott.ssa Chiara Bonazzi. Il laboratorio ha attivato una convenzione e collaborazione con la Facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università della Svizzera Italiana, con l'Università di Edimburgo e con il Centro Studi "Carlo Perris" che svolge attività di ricerca e raccolta dei più recenti aggiornamenti scientifici in tema di disturbi della personalità, formazione di operatori sanitari, ricerca sugli esiti del trattamento riabilitativo e terapeutico svolto dalla Comunità Terapeutica "Villa Ratti" per il trattamento residenziale dei disturbi di personalità. Vi è inoltre una regolare attività di collaborazione con il Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa" dell'Ateneo Bicocca e con la fondazione PANDA Onlus, un'associazione no-profit nata nel 2006 per la prevenzione e il trattamento del disagio psicosociale della donna in gravidanza, della puerpera e della mamma con bambini piccoli. Il laboratorio inoltre collabora con l'ASST di Monza, e in particolare con l'U.O Semplice di Psicologia clinica per attività clinica e di formazione ospedaliera. Il laboratorio è aperto come sede di tirocinio agli studenti delle facoltà di Medicina, Psicologia e Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

L'attività di ricerca del gruppo copre le aree della psicologia clinica (Health Psychology) e della Health Communication, sia di base che applicate: psicologia ospedaliera e di comunità, disturbi alimentari psicogeni in adulti, adolescenti ed età evolutiva, formazione degli insegnanti e degli operatori ospedalieri e promozione della salute, formazione alla psicoterapia e valutazione dell'efficacia degli interventi in ambito cognitivista, studi sulle differenze di personalità; al laboratorio fa capo, inoltre, la linea di ricerca che inerisce alla formazione alla relazione e alla comunicazione con il paziente destinata agli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, del Corso di Laurea Triennale di Scienze Infermieristiche, del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e delle professioni sanitarie.

A partire da una approfondita analisi della letteratura internazionale e dai riscontri avuti durante i corsi di formazione agli operatori ospedalieri abbiamo potuto osservare come sia universalmente riconosciuto che il burnout sia una delle maggiori cause di stress e di abbandono lavorativo all'interno delle professioni sanitarie e in particolare in reparti, come il pronto soccorso, dove la mole di lavoro è molto alta e le richieste in termini fisici, cognitivi ed emotivi per gli operatori è

gravosa. La letteratura è altresì ricca di ricerche che hanno valutato l'efficacia di protocolli di intervento basati sulla mindfulness per la riduzione dello stress negli operatori sanitari, così come in altre categorie lavorative. È inoltre riconosciuto come costrutti come l'empatia e la regolazione emotiva siano strumenti importanti per gli operatori sanitari per raggiungere un miglior livello di assistenza verso il paziente e una migliore qualità della vita per gli operatori stessi. La letteratura internazionale nonostante sia ricca di ricerche sugli interventi di riduzione del burnout è però scarsa nell'indicare metodologie e programmi di prevenzione del burnout, sia in ambito ospedaliero, come formazione continua, o durante il processo di formazione degli operatori sanitari, in contesto universitario. Si è andata, quindi, a costituire una batteria di questionari finalizzati a valutare e approfondire la relazione tra il burnout (MBI, Maslach et al, 1996; Sirigatti et al, 1988) i livelli di stress (GHQ-12, Goldberg & Williams, 1988) i livelli di mindfulness disposizionale (FFMQ, Baer, 2006; Giovannini et al., 2014), le strategie di regolazione emotiva (DERS, Gratz & Roemer, 2004; Sighinolfi, Norcini, & Rocco, 2010) e i livelli di empatia degli operatori sanitari (M. H. Davis, 1983).

MINDFULNESS, REGOLAZIONE EMOTIVA ED EMPATIA COME FATTORI PROTETTIVI DEL BURNOUT: UNO STUDIO SUGLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

OBBIETTIVI

La letteratura negli ultimi anni ha approfondito il ruolo della mindfulness nella sua eccezione occidentale come metodologia di intervento in situazioni di stress, da cui sono nati molti protocolli di intervento sia in campo sanitario, come l'MBSR (Kabat-Zinn, 2003) o nella popolazione clinica, come l'MBCT (Segal et al., 2002). Poco però è stato studiato per quanto riguarda l'utilizzo della mindfulness come strumento di prevenzione del burnout e dello stress lavorativo. La branca di studi sulla dispositional mindfulness infatti intende quest'ultima non solo come una capacità appresa attraverso la pratica meditativa formale o non formale, ma anche come una caratteristica individuale presente in differenti livelli in ognuno di noi. Come mostrato dalla letteratura anche la capacità di regolazione delle emozioni e delle capacità empatiche dell'operatore si sono dimostrati fattori fondamentali nella quotidianità lavorativa dell'operatore sanitario.

Questo progetto nasce con l'obiettivo di osservare, all'interno di 3 diversi contesti di reparti di pronto soccorso ospedalieri, l'andamento di variabili come la dispositional mindfulness, la capacità di regolazione emotiva, l'empatia e il burnout degli operatori infermieristici.

Si vuole indagare inoltre se:

- Esiste una causalità tra le variabili in esame e in particolare se la variazione del punteggio di dispositional mindfulness, regolazione emotiva ed empatia predicono in qualche misura il punteggio del burnout
- Esistono differenze delle variabili in esame in base all'ospedale dove si svolge la propria attività lavorativa. I tre contesti ospedalieri sono situati in diverse realtà della Lombardia e hanno caratteristiche organizzative diverse.
- Esistono differenze delle variabili in esame in base a caratteristiche demografiche come genere, età, esperienza lavorativa come infermiere e esperienza in pronto soccorso.

METODOLOGIA

ASPETTI ETICI

La realizzazione dello studio è stata preventivamente autorizzata dal Dirigente del Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA) dell'ASST dei Sette Laghi e dalla Referente della Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale (DITRA) dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

I dati sono stati raccolti in modo anonimo ed elaborati in modo aggregato. I dati sono trattati e conservati in modo da garantire la privacy dei partecipanti.

I PARTECIPANTI

Allo studio hanno preso parte infermieri e coordinatori provenienti da 5 diversi servizi di Pronto soccorso della regione Lombardia, per un totale di 97 protocolli somministrati.

GLI OSPEDALI

L'Ospedale di Varese è stato classificato Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS) con D.D.G. n.8531 del 1 ottobre 2012. Nel CTS sono disponibili tutte le risorse necessarie a identificare e trattare, 24 ore su 24, in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione ed a garantire le cure intensive ai pazienti con problematiche polidistrettuali. Il PS di Varese fa parte del Dipartimento di Emergenza e Accettazione di Alta Specialità (EAS). È presidio Hub di riferimento, per le patologie tempo dipendenti, per gli ospedali di Cittiglio, Luino e Tradate che si configurano quindi come presidi Spoke nella rete del sistema Emergenza Urgenza.

I PS di Cittiglio Luino e Tradate sono classificati come Pronto Soccorso per Traumi (PST) nella rete del trauma, qui sono disponibili le risorse sufficienti a garantire il trattamento immediato anche chirurgico delle lesioni determinanti instabilità cardio-respiratoria, prima di un eventuale trasferimento alla struttura di livello superiore.

L’Ospedale Niguarda riveste un ruolo di eccellenza in alcuni settori di attività sia in ambito regionale che nazionale, è stato classificato, insieme all’Ospedale di Varese, Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS). Il PS fa parte del Dipartimento Emergenza Urgenza – EAS.

Sul totale dei 97 partecipanti, 37 sono maschi e 60 femmine (Grafico 1); l’età è compresa tra 24 ed 62 anni (media 38,19; DS 9,488) (Grafico 2). Il 42,3% è nubile/celibe, il 49,5% è coniugato/convivente ed il 6,2% è separato/divorziato. Il 58,8% del campione non ha figli.

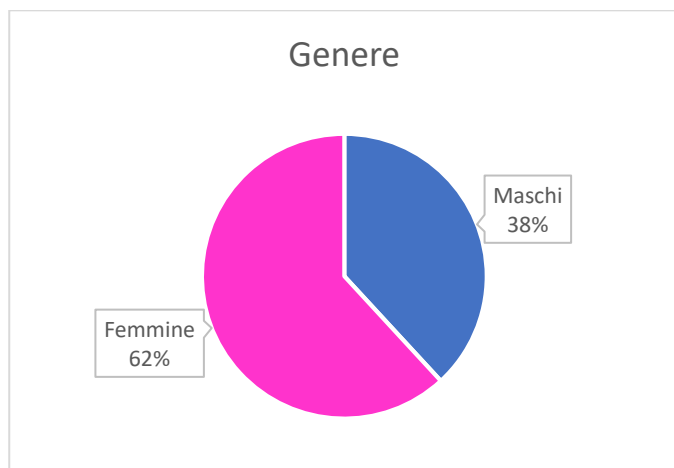


Grafico 1: distribuzione di genere del campione

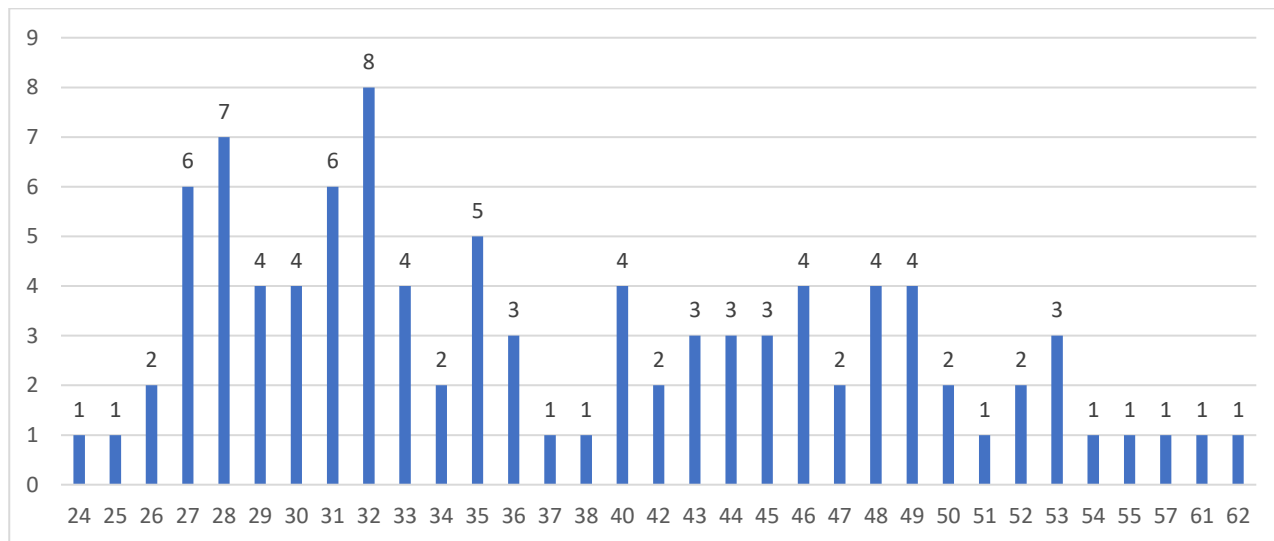


Grafico 2: distribuzione dell’età del campione

Dei 97 infermieri 46 fanno parte dell’ospedale di Varese, 35 degli ospedali di Luino, Cittiglio e Tradate e 16 dell’ospedale Niguarda (Grafico 3).

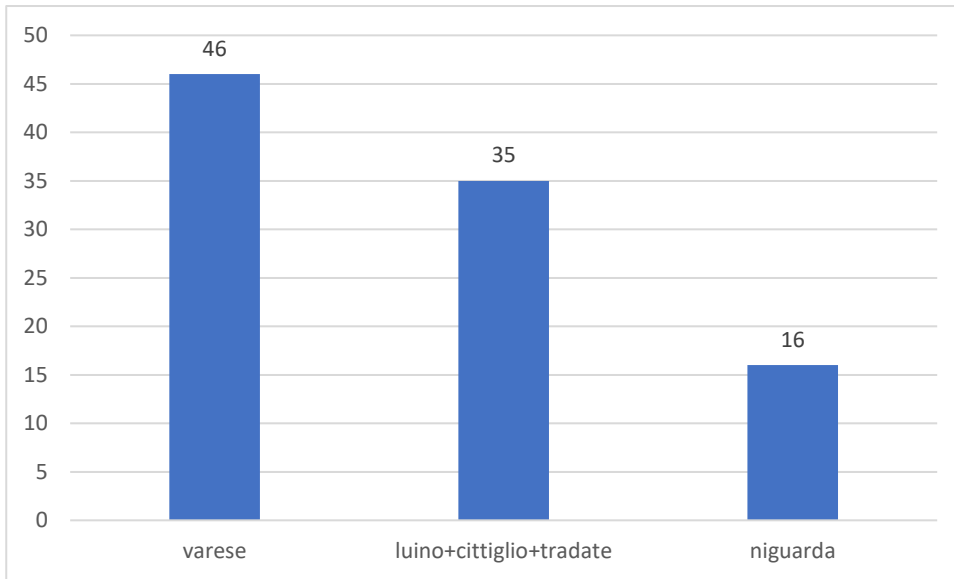


Grafico 3 Distribuzione degli infermieri all'interno degli ospedali

L'esperienza lavorativa dichiarata va da un minimo di 1 anno ad un massimo di 38 anni con valori medi di 14,527 (DS 9,7418) (Grafico 4), invece l'esperienza specifica in PS va da un minimo di qualche mese ad un massimo di 30 anni con valori medi di 9,5825 (DS 7,46465) (Grafico 5).



Grafico 4: Esperienza lavorativa come infermiere

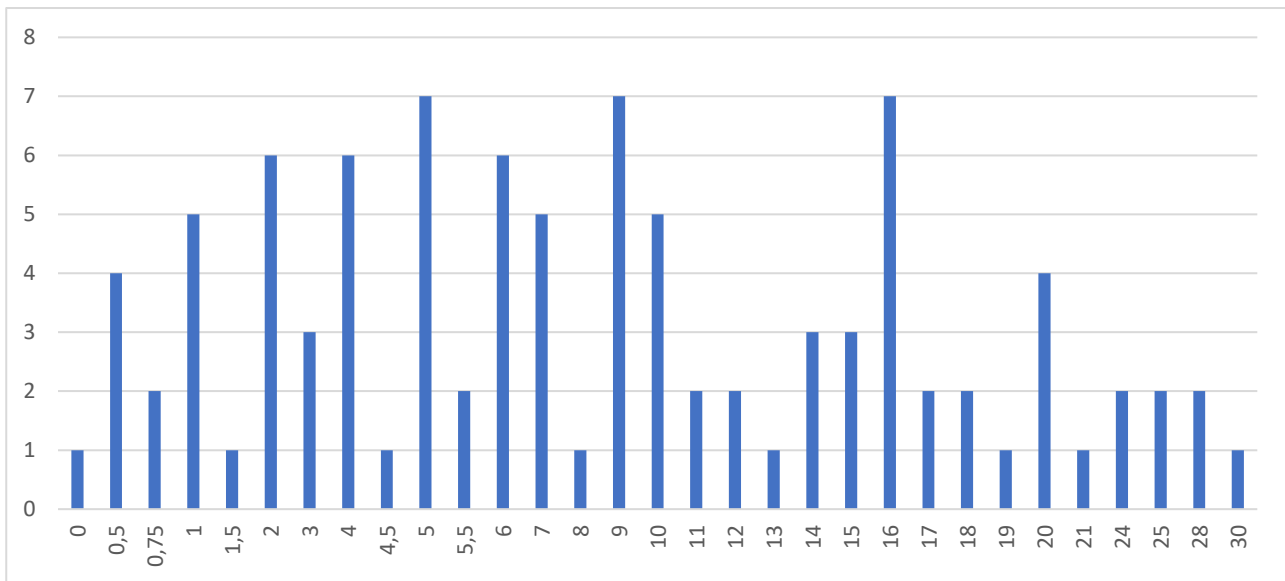


Grafico 5: Esperienza lavorativa in pronto soccorso

STRUMENTI

DISPOSITIONAL MINDFULNESS

A partire da uno studio preliminare di analisi fattoriale dei punteggi ottenuti da un ampio campione di adulti non clinici nei cinque questionari sopra elencati, Baer e collaboratori (R. A. Baer, 2006) hanno sviluppato il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), uno strumento autosomministrato di 39 item misurati in base a una scala Likert a 5 livelli che consente la valutazione di quelle cinque diverse sottocomponenti della mindfulness la cui esistenza è stata rivelata da varie indagini psicometriche indipendenti sui questionari esistenti, appunto, sul costrutto di mindfulness (R. A. Baer, 2006). Per ogni scala, maggiore è il punteggio totale, maggiore appare il livello di mindfulness:

- Osservare/notare/dedicarsi alle sensazioni, alle percezioni, ai pensieri e ai sentimenti, definita come la capacità di prestare attenzione alle esperienze interne ed esterne (es. «Quando cammino, mi rendo deliberatamente conto delle sensazioni del mio corpo in movimento»).
- Descrivere/etichettare con parole, concepita come la capacità di dare un nome alle esperienze interne (es. «Sono bravo/a a trovare le parole per descrivere i miei sentimenti»).
- Agire con consapevolezza/non con il pilota automatico, concentrazione/non distrazione, intesa come la capacità di prestare attenzione alle attività in corso di svolgimento (es. «Quando faccio qualche cosa, la mia mente vaga, e mi distraigo facilmente»).

- Non giudicare le esperienze interne, definibile come la capacità di assumere una posizione non giudicante nei confronti dell'esperienza (es. «Mi critico perché ho emozioni inappropriate e irrazionali»).
- Non reagire alle esperienze interne, definita come la capacità di lasciar andare e venire sensazioni e pensieri, senza perdere il controllo ed esserne catturati (es. «Percepisco i miei sentimenti e le mie emozioni senza dover necessariamente reagire ad esse»)

Nel presente studio, le abilità disposizionali di mindfulness dei partecipanti sono state misurate attraverso la somministrazione della versione italiana (Giovannini et al., 2014) del Five Facet Mindfulness Questionnaire, unica misura validata anche nel contesto italiano che consente di valutare la mindfulness a livello di singole componenti.

EMPATIA

Basandosi su un approccio integrato, Davis (1980) mette a punto uno strumento – l'Interpersonal Reactivity Index (IRI) – che rileva la responsività empatica attraverso la misura delle componenti affettive e cognitive. Due di tali componenti, infatti, si riferiscono alla reazione emotiva del soggetto, che può essere orientata verso la condivisione dell'esperienza altrui (considerazione empatica) oppure diretta verso la comprensione dei propri stati di ansia e di preoccupazione in situazioni relazionali (disagio personale). Gli altri due concernono, rispettivamente, l'abilità ad adottare il punto di vista di un'altra persona (perspective taking) e la tendenza ad immaginarsi in situazioni fittizie (fantasia). Le caratteristiche dell'approccio multidimensionale e le solide proprietà psicometriche hanno reso l'IRI lo strumento più comunemente impiegato per rilevare la responsività empatica fra gli adulti. Inoltre, l'IRI è stato ampiamente utilizzato quale strumento per esplorare i correlati di personalità degli operatori sanitari mostrando come alti punteggi nelle sottoscale Perspective Taking e Considerazione Empatica siano predittivi di una maggiore disponibilità emotiva alla sofferenza dell'altro, mentre alti punteggi nella sottoscala Disagio Personale siano indicatori di un forte livello di burnout (Day & Chambers, 1991; Unger & Thumhuri, 1997; Yarnold et al., 1996). È stato adottato in questo studio la versione validata in italiano dell'Interpersonal Reactivity Index (Albiero et al., 2006), questionario che si compone di 28 item, articolati in quattro sottoscale:

- Fantasia (Fantasy Scale; FS), indaga la propensione ad identificarsi con personaggi fittizi della letteratura, del cinema o del teatro (esempio di item: «Resto veramente coinvolto dagli stati d'animo dei protagonisti di un racconto»);

- Perspective Taking (PT), sonda la capacità di adottare il punto di vista altrui (esempio di item: «Quando sono in contrasto con qualcuno, di solito cerco di mettermi nei suoi panni per un attimo»);
- Considerazione Empatica (Empathic Concern; EC), valuta la tendenza dei soggetti a provare compassione, preoccupazione e calore nei confronti di altre persone che vivono esperienze spiacevoli (esempio di item: «Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, provo sentimenti di protezione nei suoi confronti»);
- Disagio Personale (Personal Distress; PD), fa riferimento ai casi in cui l'essere spettatori di esperienze spiacevoli che accadono ad altri provoca un senso di sconforto e di ansietà nei soggetti stessi (esempio di item: «Tendo a perdere il controllo in casi di emergenza»).

Gli item sono presentati sotto forma di affermazioni rispetto alle quali il soggetto deve dichiarare il proprio grado di accordo su una scala Likert a 5 punti (da 0 = “mai vero” a 4 = “sempre vero”). Alcuni item sono espressi in forma negativa rispetto al senso generale della sottoscala per la quale sono stati disegnati; pertanto, prima di procedere alle analisi, il punteggio di questi item va invertito.

REGOLAZIONE EMOTIVA

La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004) è uno strumento self-report che misura la difficoltà, di rilevanza clinica, nella regolazione emotiva di natura negativa. Tale strumento permette di acquisire delle misurazioni riguardo la presenza di eventuali difficoltà nelle seguenti dimensioni: la consapevolezza e la comprensione delle emozioni, l'accettazione delle emozioni, l'abilità di controllare i comportamenti impulsivi e di comportarsi in conformità con i propri obiettivi quando si stanno sperimentando emozioni negative, la capacità di utilizzare strategie flessibili di regolazione emotiva appropriate al contesto ed alle richieste situazionali (Gratz & Roemer, 2004). Le ultime due dimensioni fanno riferimento ad abilità pratiche e specifiche, il loro coinvolgimento nella regolazione emotiva è intuitivo. Sono invece da chiarire le prime due dimensioni ed il loro apporto nella regolazione delle emozioni.

L'accettazione delle emozioni è un concetto molto importante che mette in evidenza la disfunzionalità della soppressione, cioè del tentativo di negare ed evitare il contatto con alcuni elementi dei vissuti negativi. La capacità di accettare il provare delle emozioni negative come parte integrante della vita è la premessa per lo sviluppo della conseguente capacità di mantenere il controllo sui propri comportamenti, anche in presenza di emozioni negative (Sighinolfi et al., 2010).

La DERS è costituita da 36 elementi classificati secondo una scala likert a cinque punti (da 1 = quasi mai a 5 = quasi sempre). Contiene in tutto sei sottoscale:

1. NON ACCEPTANCE: non accettazione delle risposte emotive. Gli item che la costituiscono riflettono la tendenza a provare emozioni secondarie negative in risposta alle proprie emozioni negative, oppure ad avere reazioni di non accettazione rispetto al proprio disagio;
2. GOALS: difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo. Racchiude gli item che riflettono la difficoltà nel concentrarsi e nell'eseguire un compito quando si provano emozioni negative;
3. IMPULSE: difficoltà nel controllo degli impulsi. Rileva la difficoltà nel mantenere il controllo del proprio comportamento quando si provano emozioni negative;
4. AWARENESS: mancanza di consapevolezza emotiva. Gli item che la rappresentano sottolineano la tendenza a prestare attenzione alle emozioni e la relativa capacità di riconoscerle (le risposte fornite devono essere invertite nella fase di calcolo del punteggio);
5. STRATEGIES: accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva. Riflette la credenza secondo cui risulta particolarmente difficile regolare in maniera efficace le emozioni una volta che si sono manifestate;
6. CLARITY: mancanza di chiarezza emotiva. Sono compresi in questa sottoscala gli item che rispecchiano il grado in cui le persone riescono a comprendere distintamente quale emozione stanno sperimentando.

STRESS

Il General Health Questionnaire (GHQ) è un questionario self-report che indaga la presenza di disturbi psichici di natura non psicotica, valori al di sopra della soglia normale indicano un'alta probabilità di una diagnosi formale di ansia e depressione. Ne esistono diverse versioni (a 60, 30, 36 e 28 elementi), la forma più breve è costituita da 12 item. La variante inglese del *General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)* (Goldberg et al, 1997) è stata ottenuta dalla versione originale a 60 domande selezionando i 6 item "positivi" ed i 6 item "negativi". La versione italiana del GHQ-12 è stata ottenuta grazie ad una prima traduzione dall'inglese in italiano ed alla successiva traduzione del testo italiano nuovamente in inglese (*back-translation*), al fine di assicurarne l'accuratezza e la fedeltà rispetto alla versione originale. Vengono definiti item "positivi" quelli per i quali una risposta positiva è indice di salute (es: "Vi siete sentiti utili?"); al contrario, per gli item "negativi" una risposta positiva è espressione di malattia (es: "Vi siete sentiti infelici e depressi?"). Tale strumento si è rivelato essere in grado di cogliere entrambe le componenti che vengono riconosciute alla salute in

generale ed a quella mentale in particolare: la componente negativa, di cui sono espressione i sintomi e la componente positiva, rappresentata non tanto o non solo dall'assenza di sintomi, ma piuttosto dalla presenza di uno stato di benessere (Piccinelli e Politi, 1993).

Per ciascuna domanda del GHQ-12 è possibile scegliere una singola risposta tra le quattro proposte, in base a quanto il sintomo sia stato presente nell'ultimo mese (0 = mai; 1 = come al solito; 2 = un po' più del solito; 3 = molto più del solito).

In uno studio il GHQ-12 è stato comparato con un'altra forma abbreviata costituita da 28 item ed i risultati dimostrano che il GHQ-12 è notevolmente robusto e che funziona allo stesso modo della versione più lunga. In più si evidenzia che le sue caratteristiche di validità non sono influenzate dal genere, dall'età o dal livello di istruzione (Goldberg et al, 1997).

Molti studi di interesse infermieristico applicano il GHQ-12. In un'analisi svolta su un gruppo di infermieri del Galles i punteggi medi del GHQ-12 sono risultati essere significativamente più alti tra coloro che fumano, che ritengono di non avere sicurezze sul lavoro e che sono divorziati o separati. Viene inoltre riscontrata una correlazione positiva tra i valori del GHQ-12 e le sottoscale dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione del Maslach Burnout Inventory, ed una correlazione negativa tra i punteggi del GHQ-12 e la sottoscala della realizzazione professionale del Maslach Burnout Inventory (Edwards et al, 2000).

BURNOUT

Il Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al, 1981) è uno strumento self-report che è stato sviluppato per misurare il burnout come una specifica tipologia di reazione allo stress per le professioni d'aiuto, sia dei servizi sociosanitari che per le istituzioni educative e di aiuto alla persona (Santinello et al, 2009). All'inizio Maslach e Jackson (1981) proposero un questionario di 47 item a 605 operatori occupati in varie professioni di aiuto. Sulla base dei primi risultati furono scelti 25 item, questi furono poi proposti ad un secondo campione di 420 operatori. L'analisi fattoriale condotta sulle risposte fornite dai due gruppi unificati condusse all'identificazione di quattro fattori, di cui tre saturavano 22 item. Questi ultimi furono scelti per la versione definitiva dello strumento (Sirigatti et al, 1988).

Pertanto la versione definitiva del Maslach Burnout Inventory è formata da 22 item che misurano le tre dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna identificata da una specifica sottoscala:

1. esaurimento emotivo (EE, 9 item): esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;

2. depersonalizzazione (DP, 5 item): misura l'eventuale risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti;
3. realizzazione professionale (RP, 8 item): valuta la sensazione relativa alla propria competenza ed al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

Il MBI concepisce il burnout sia come una variabile dicotomica, che può essere soltanto presente o assente, che come una variabile continua, che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco (Santinello et al, 2009). I suoi risultati possono essere espressi in diversi modi:

- esaminando le singole sottoscale: sia come variabili continue (da valori alti a valori bassi di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione) che come variabili categoriali definite da valori soglia (basso-medio-alto);
- considerando un fattore unico: sia come variabile continua (sommando tutti i valori delle tre sottoscale per ottenere un unico indicatore di burnout) che come variabile dicotomica (presenza-assenza di burnout), ritenendo come positivi i soggetti che superano il valore soglia per alto rischio su tutte e tre le sottoscale.

Il MBI è stato utilizzato in molti studi di carattere infermieristico, ad esempio nella ricerca di Davis (2013) viene adoperato per valutare il burnout in un gruppo di infermieri che lavorano nei reparti di oncologia adulta e pediatrica. Dai risultati si evince che l'esaurimento emotivo è collegato all'età dei professionisti, valori bassi di questa componente si sono riscontrati tra gli infermieri più giovani d'età; la realizzazione personale è maggiore tra gli infermieri che lavorano nel reparto oncologico per adulti rispetto a quelli che lavorano nell'unità operativa pediatrica.

PROCEDURA

Questo studio cross-sectional sugli infermieri di pronto soccorso è stato realizzato tra marzo e maggio 2016. Una volta presentato il lavoro di ricerca all'equipe di ogni ospedale, a tutti gli operatori che hanno deciso di partecipare alla ricerca è stato consegnato un modulo di presentazione dello studio, un modulo per il trattamento dei dati personali e un protocollo di ricerca, contenente una sezione che raccoglie le informazioni anagrafiche e una sezione composta dai sei strumenti appena presentati. Ogni operatore che decideva di partecipare alla ricerca doveva compilare i questionari in busta chiusa ai coordinatori infermieristici che si premuravano poi di consegnare i questionari ai ricercatori.

I dati sono stati elaborati con il programma SPSS 22 per Windows e sono stati gestiti esclusivamente in forma aggregata. Non si registrano violazioni agli assunti di normalità, le varianze sono omogenee, le analisi statistiche quindi sono state effettuate usando test parametrici.

RISULTATI

CONFRONTO CON LA LETTERATURA DI RIFERIMENTO

Per quanto riguarda i questionari che sono stati somministrati ai soggetti partecipanti, sono stati calcolati i valori medi e la deviazione standard e sono stati paragonati a quelli di altri studi di interesse infermieristico (Tabella 1).

		Sands, 2008		Webster, 2010		MHCLAB	
		Media	DS	Media	DS	Media	DS
Interpersonal Reactivity Index (IRI)	Fantasy Scale	14	7.7	13.67	5.76	12.6	5.3
	Empathic Concern	23.1	3.15	21.88	2.82	17.76	4.91
	Perspective Taking	18.2	4.41	19.40	3.76	17.55	4.77
	Personal Distress	9.1	3.78	10.16	4.19	7.3	4.95
		Asuero, 2014		Manotas, 2014		MHCLAB	
		Media	DS	Media	DS	Media	DS
Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	Osservare	24.5	4.3	25.52	6.96	25.11	6.3
	Descrivere	26.4	5.2	24	2.96	31.77	4.67
	Agire con consapevolezza	23.9	6.7	30.96	5.2	31.69	5.8
	Non Giudicare	26.5	6.3	25.44	6.88	27.9	5.92
	Non Reagire	19.8	2.9	21.56	4.83	20.21	4.32
		Davis, 2013		Hayes, 2015		MHCLAB	
		Media	DS	Media	DS	Media	DS
Maslach Burnout Inventory (MBI)	Esaurimento	19.4	9.9	29.59	12.11	21.14	12.81
	Emotivo						
	Depersonalizzazione	4.6	4	11.89	6.51	10.2	7.87
	Gratificazione Professionale	40.1	5	39.93	7.29	35.54	7.28

Tabella 1: confronto con i dati di letteratura

Per quanto riguarda l'IRI, i valori della media e della DS delle quattro sottoscale sono stati messi in relazione con le ricerche di Sands (2008) e di Webster (2010). Rispetto al presente studio (MHCLAB),

si osservano dei valori medi maggiori nello studio di Sands (2008) in rapporto all'empathic concern ($F=20,717$; $p < ,000$) per quanto riguarda invece lo studio di Webster (2010), si osservano valori medi maggiori in quest'ultimo studio per quanto riguarda l'empathic concern ($F=26,352$; $p < ,000$), il perspective taking ($F=5,065$; $p = ,026$) ed il personal distress ($F=10,885$; $p = ,001$).

In relazione al FFMQ, i valori delle medie e delle DS delle cinque sottoscale sono stati paragonati a quelli degli studi di Asuero (2014) ed a quelli di Manotas (2014). Si osservano dei valori medi maggiori nella presente indagine (MHCLAB) rispetto allo studio di Asuero (2014) nelle sottoscale descrivere ($F = 25,079$; $p < ,000$) ed agire con consapevolezza ($F = 33,609$; $p < ,000$) e dei valori medi maggiori nel presente studio rispetto a quello di Manotas (2014) nelle sottoscale descrivere ($F = 98,831$; $p < ,000$) e non giudicare ($F = 4,580$; $p = ,034$).

In rapporto al MBI, i valori delle medie e delle DS delle tre sottoscale sono stati messi in relazione con le ricerche di Davis e collaboratori (2013) e di Hayes e collaboratori (2015). Nella presente indagine (MHCLAB), rispetto a quella di Davis (2013), si rilevano dei valori medi maggiori nella sottoscala depersonalizzazione ($F = 31,272$; $p < ,000$) e dei valori medi inferiori nella sottoscala realizzazione professionale ($F = 21,339$; $p < ,000$); rispetto allo studio di Hayes (2015) i valori medi della presente ricerca (MHCLAB) sono inferiori in tutte le sottoscale, esaurimento emotivo ($F = 37,479$; $p < ,000$), depersonalizzazione ($F = 4,881$; $p = ,028$) e realizzazione professionale ($F = 28,552$; $p < ,000$).

I LIVELLI DI BURNOUT E DI STRESS NEGLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

Sono stati presi in considerazione i livelli medi di burnout negli infermieri di pronto soccorso valutati attraverso il questionario Maslach Burnout Inventory (Tabella 2) Questo questionario presenta un punteggio generale che è dato dalla somma di tutti e 22 gli item che può variare da un minimo di 0 ad un massimo di 132 punti, ad un maggiore punteggio è significativo di un maggiore livello di burnout. Sono inoltre presenti tre sottoscale: Esaurimento emotivo, 9 item con punteggi che possono variare da 0 a 54, Depersonalizzazione, 5 item con punteggi che possono variare tra 0 e 30 e infine Gratificazione professionale, 8 item con un punteggio che può variare tra 0 e 48, in questo caso punteggi elevati equivalgono ad un maggiore livello di gratificazione lavorativa.

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
<i>Maslach totale</i>	97	21	110	66,87	17,926	,443	-,226
<i>esaurimento emotivo</i>	97	0	49	21,14	12,812	,470	-,739
<i>Depersonalizzazione</i>	97	0	29	10,19	7,874	,425	-,956
<i>Gratificazione professionale</i>	97	14	48	35,54	7,282	-,488	-,010

Tabella 2: Statistiche descrittive delle dimensioni del MBI

È stata inoltre calcolata la linearità (attraverso l'indice di correlazione di Pearson) esistente tra le 4 dimensioni al fine di confermare che ogni misura fosse legata alle altre (Tabella 3).

	MBI Tot	Esaurimento Emotivo	Depersonalizzazione	Gratificazione Professionale
MBI Tot	-			
Esaurimento Emotivo	,904**	-		
Depersonalizzazione	,745**	,650**	-	
Gratificazione Professionale		-,237*	-,389**	-

Tabella 3: Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni del MBI

Infine si sono calcolati i punteggi di cut-off clinici per le sottoscale del Maslach Burnout Inventory che sono classificate in "basso burnout", "medio burnout" e "alto burnout". Nei grafici successivi è evidenziata la distribuzione del campione nelle tre categorie (Grafici 6, 7 e 8).

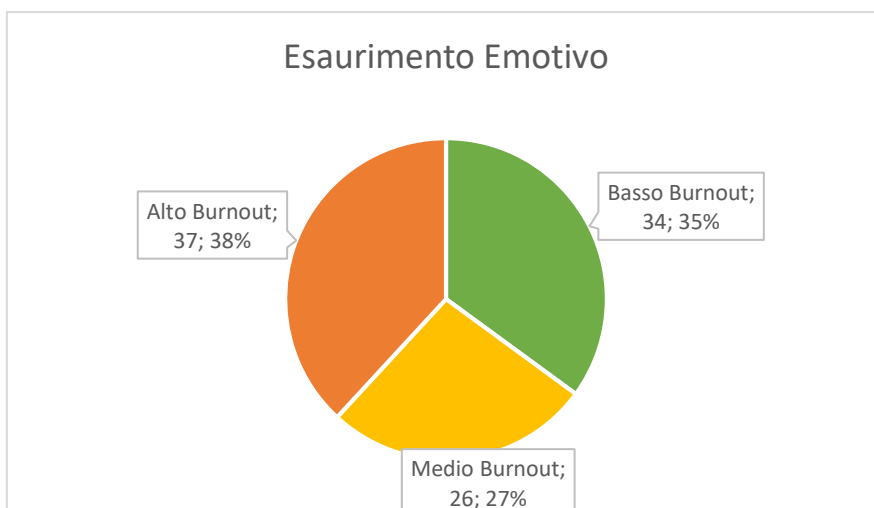


Grafico 6: distribuzione secondo i cut-off dei punteggi di Esaurimento Emotivo

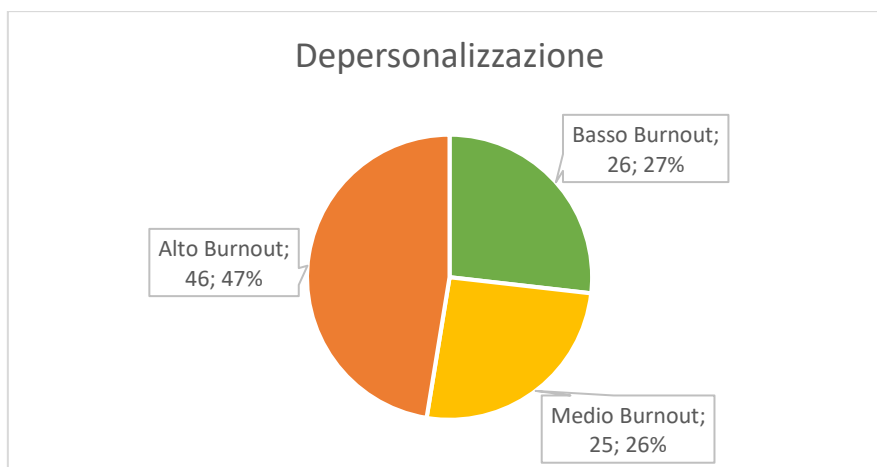


Grafico 7: distribuzione secondo i cut-off dei punteggi di Depersonalizzazione

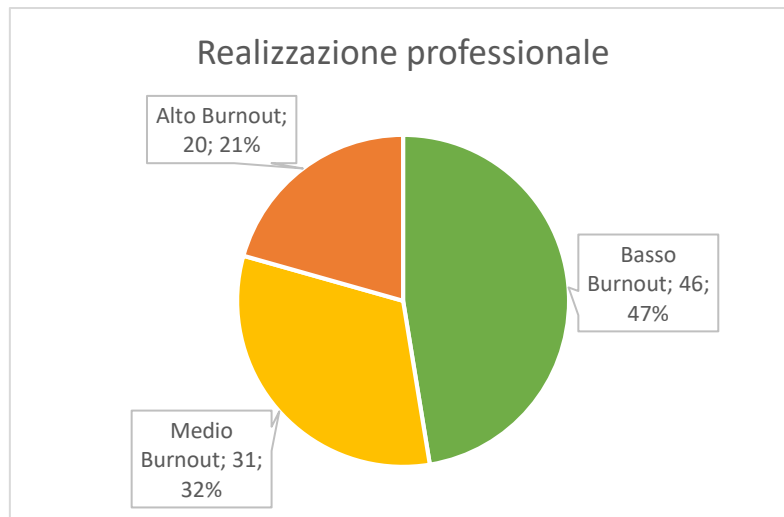


Grafico 8: distribuzione secondo i cut-off dei punteggi di Gratificazione professionale

Per quanto riguarda la misura dello stress è stato utilizzato il General Health Questionnaire a 12 Item. Questo strumento presenta un punteggio totale che è la somma di tutti e 12 gli item e può variare da un minimo di 12 ad un massimo di 48 (Tabella 4). Allo stesso modo del MBI sono stati calcolati i punteggi di cut-off per il GHQ-12. Nel grafico è evidenziata la distribuzione del campione. (Grafico 9).

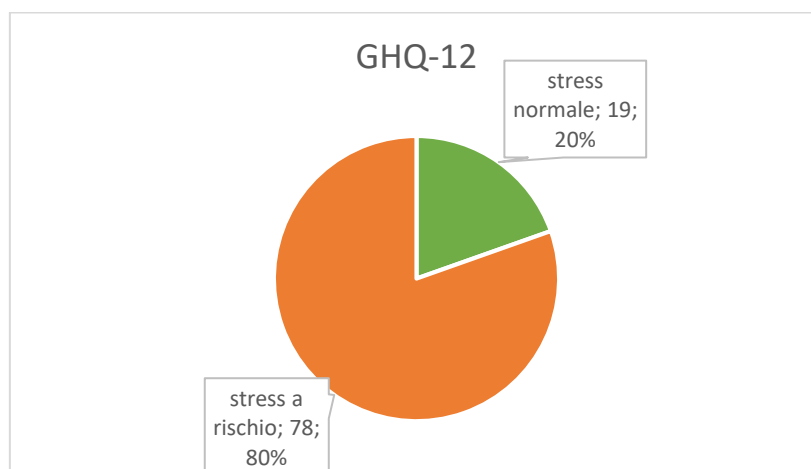


Grafico 9: Distribuzione secondo i cut-off per i punteggi del GHQ-12

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
GHQ Totale	97	0	31	14,89	4,819	,251	1,164

Tabella 4: Statistiche descrittive del GHQ-12

LE SFACCETTATURE DELLA MINDFULNESS NEGLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

Sono state prese in considerazione le misure dei livelli medi delle diverse sfaccettature della Dispositional Mindfulness misurate attraverso il questionario Five Facet Mindfulness Questionnaire, formato da 39 item in cui presenta 5 sottoscale in cui le prime 4, Osservare, Descrivere, Agire con Consapevolezza e Non Giudicare, sono composte da 8 item ognuna in cui i punteggi possono variare

da un minimo di 8 ad un massimo di 40, mentre l'ultima scala, Non Reagire, è composta da 7 item in cui i punteggi possono variare da un minimo di 7 ad un massimo di 35. In tutte e cinque le sottoscale un punteggio maggiore implica una maggior capacità di adottare la sfaccettatura dalle mindfulness indicata (Tabella 5).

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
<i>Osservare</i>	97	8	38	25,11	6,300	-,419	-,426
<i>Descrivere</i>	97	19	43	31,77	4,676	-,271	-,078
<i>Agire con consapevolezza</i>	97	18	44	31,69	5,801	-,234	-,447
<i>Non giudicare</i>	97	15	44	27,90	5,926	,147	-,370
<i>Non reagire</i>	97	7	31	20,21	4,323	-,357	,821

Tabella 5: Statistiche descrittive delle dimensioni dell'FFMQ

È stata inoltre calcolata la linearità (attraverso l'indice di correlazione di Pearson) esistente tra le 5 dimensioni al fine di confermare che ogni misura fosse legata alle altre (Tabella 6).

	Osservare	Descrivere	Agire con consapevolezza	Non giudicare	Non reagire
<i>Osservare</i>	-				
<i>Descrivere</i>	,372**	-			
<i>Agire con consapevolezza</i>		,344**	-		
<i>Non giudicare</i>	-,314**		,480**	-	
<i>Non reagire</i>	,373**	,494**			-

Tabella 6: Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni dell'FFMQ

I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ EMPATICA NEGLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

Sono state prese in considerazione le misure dei livelli medi delle componenti affettive e cognitive della responsabilità empatica misurate attraverso il questionario Interpersonal Reactivity Index, formato da 28 item. Ogni componente è formata da 7 item e può avere un punteggio minimo di 0 ad un punteggio massimo di 28 (Tabella 7).

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
<i>fantasy scale</i>	97	2	28	12,598	5,286	,611	,443
<i>emphatic concern</i>	97	7	28	17,763	4,915	-,207	-,332
<i>perspective taking</i>	97	4	28	17,546	4,770	-,328	,401
<i>personal distress</i>	97	0	23	7,299	4,952	,424	-,045

Tabella 7: Statistiche descrittive delle dimensioni dell'IRI

È stata inoltre calcolata la linearità (attraverso l'indice di correlazione di Pearson) esistente tra le 4 dimensioni al fine di confermare che ogni misura fosse legata alle altre (Tabella 8).

	fantasy scale	emphatic concern	perspective taking	personal distress
fantasy scale	-			
emphatic concern	,373**	-		
perspective taking	,273**	,462**	-	
personal distress			-,285**	-

Tabella 8: Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni dell'IRI

LE DIFFICOLTÀ DI REGOLAZIONE EMOTIVA NEGLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

Sono state prese in considerazione le misure dei livelli medi delle diverse componenti della regolazione emotiva valutata attraverso la Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire. Questo questionario è formato da 36 item e si articola in 6 diverse sottoscale. Questo questionario presenta un punteggio totale formato dalla somma di tutti e 36 gli item e che varia da un minimo di 36 ad un massimo di 180. Sono presenti inoltre sei sottoscale, 3 di queste sottoscale, Non Acceptance, Impulse e Awareness sono formate da 6 items e il punteggio varia da un minimo di 6 ad un massimo di 30, due sottoscale, Goals e Clarity sono formate da 5 items e il punteggio varia da un minimo di 5 ad un massimo di 25 mentre la scala Strategies è formata da 8 items e il punteggio varia da un minimo di 8 ad un massimo di 40. Sia per il punteggio generale che per il punteggio di ogni sottoscala un punteggio maggiore intende una maggiore difficoltà ad utilizzare la suddetta strategia per regolare le emozioni (Tabella 9).

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
<i>Non Acceptance</i>	97	0	25	12,52	5,192	,325	-,562
<i>Goals</i>	97	5	19	10,60	3,499	,491	-,204
<i>Impulse</i>	97	5	23	11,05	3,927	,779	,317
<i>Awareness</i>	97	6	36	16,88	4,848	,553	1,404
<i>Strategies</i>	97	6	32	15,08	5,584	,962	,483
<i>Clarity</i>	97	11	18	13,67	1,532	,646	,218
<i>DERS Tot</i>	97	53	128	79,79	16,316	,630	,079

Tabella 9: Statistiche descrittive delle componenti del DERS

È stata inoltre calcolata la linearità (attraverso l'indice di correlazione di Pearson) esistente tra le 7 dimensioni al fine di confermare che ogni misura fosse legata alle altre (Tabella 10).

	Non Acceptance	Goals	Impulse	Awareness	Strategies	Clarity	DERS totale
Non Acceptance	-						
Goals	,620**	-					
Impulse	,690**	,800**	-				
Awareness	-,311**			-			
Strategies	,733**	,705**	,753**	-,206*	-		
Clarity	,222*	,249*	,282**		,252*	-	
DERS Tot	,797**	,817**	,891**		,870**	,388**	-

Tabella 10: Correlazioni di ordine zero delle componenti del DERS

DIFFERENZE DI GENERE

Successivamente si è andato ad osservare se ci fossero differenze statisticamente significative tra gli infermieri di genere maschile rispetto a quelli di genere femminile per ognuna delle dimensioni coinvolte nello studio. Per quanto riguarda le dimensioni del Burnout e dello Stress, valutate rispettivamente con MBI e GHQ-12, come possiamo osservare dalla tabella 11 e dal grafico 10 non emergono differenze significative.

		N	Media	DS	F	Sign.
Maslach totale	maschio	37	67,49	17,900	,071	,790
	femmina	60	66,48	18,082		
	Totale	97	66,87	17,926		
esaurimento emotivo	maschio	37	20,11	12,409	,389	,534
	femmina	60	21,78	13,116		
	Totale	97	21,14	12,812		
Depersonalizzazione	maschio	37	10,92	8,786	,516	,474
	femmina	60	9,73	7,297		
	Totale	97	10,19	7,874		
Gratificazione personale	maschio	37	36,46	6,927	,961	,329
	femmina	60	34,97	7,492		
	Totale	97	35,54	7,282		
GHQTotale	maschio	37	14,49	4,556	,410	,524
	femmina	60	15,13	4,996		
	Totale	97	14,89	4,819		

Tabella 11: Risultati confronto maschi-femmine per burnout e stress

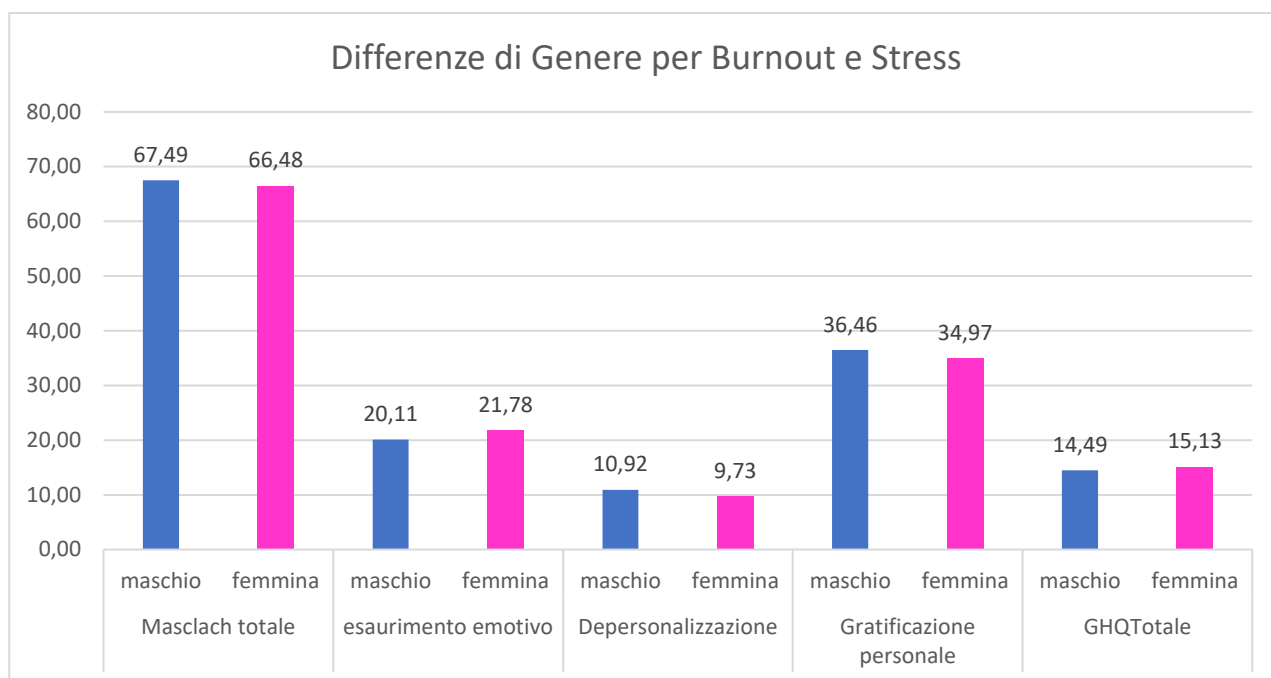


Grafico 10: differenze di genere nei punteggi medi di Burnout e Stress

Allo stesso modo non emergono differenze significative per quanto riguarda le capacità di regolazione emotiva, come si può vedere dalla tabella 12 e grafico 11.

		N	Media	DS	F	Sign.
NONACCEPTANCE	maschio	37	12,11	4,789	,366	,547
	femmina	60	12,77	5,450		
	Totale	97	12,52	5,192		
GOALS	maschio	37	10,49	3,461	,060	,807
	femmina	60	10,67	3,549		
	Totale	97	10,60	3,499		
IMPULSE	maschio	37	10,84	3,708	,176	,676
	femmina	60	11,18	4,082		
	Totale	97	11,05	3,927		
AWARENESS	maschio	37	17,38	4,657	,639	,426
	femmina	60	16,57	4,976		
	Totale	97	16,88	4,848		
STRATEGIES	maschio	37	14,78	5,138	,170	,681
	femmina	60	15,27	5,877		
	Totale	97	15,08	5,584		
CLARITY	maschio	37	13,86	1,686	,966	,328
	femmina	60	13,55	1,431		
	Totale	97	13,67	1,532		

Tabella 12: Differenze di genere nei punteggi medi di Regolazione emotiva

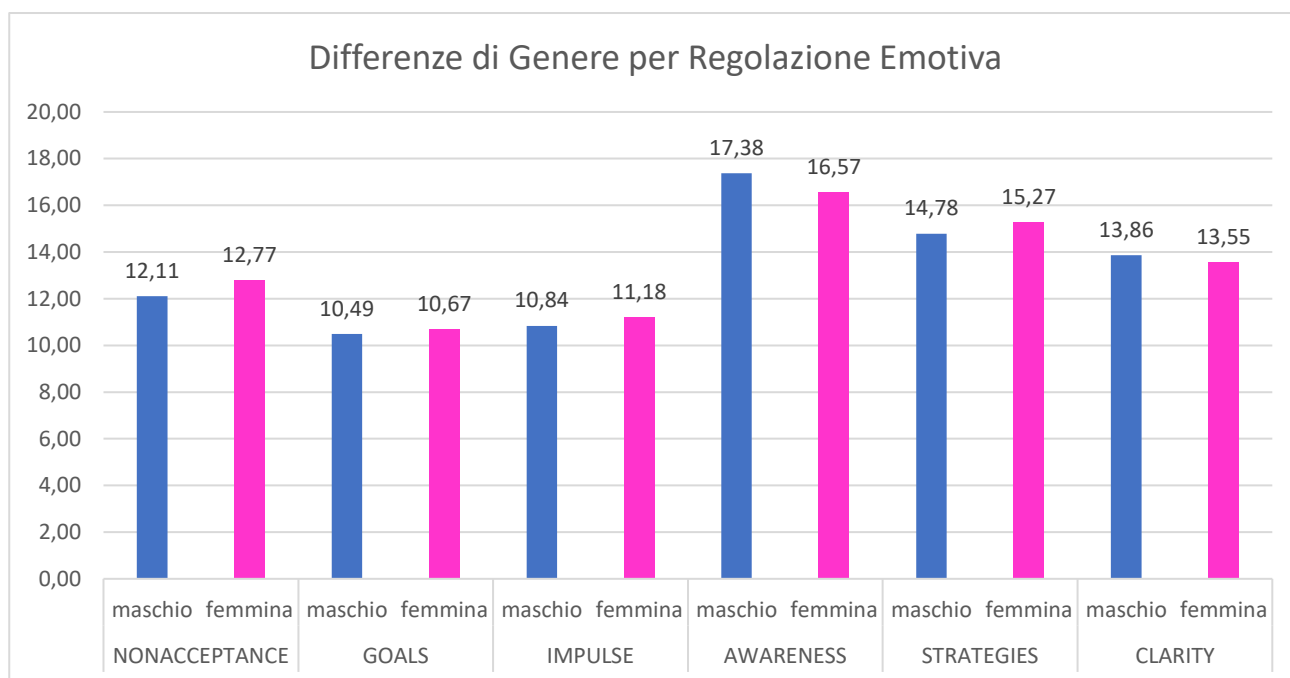


Grafico 11: Differenze di genere nei punteggi medi di Regolazione emotiva

Per quanto riguarda invece le dimensioni di responsività empatica misurate attraverso l'IRI si possono riscontrare punteggi significativamente più alti per le infermiere di genere femminile per quanto riguarda la fantasy scale ($F_{(1,96)} = 4,945$; $p = ,029$) e l'empathic concern ($F_{(1,96)} = 5,146$; $p = ,026$) (Tabella 13 e Grafico 12).

		N	Media	DS	F	Sign.
fantasy scale	maschio	37	11,108	4,2412	4,945	,029*
	femmina	60	13,517	5,6793		
	Totale	97	12,598	5,2869		
emphatic concern	maschio	37	16,35	4,191	5,146	,026*
	femmina	60	18,63	5,155		
	Totale	97	17,76	4,915		
perspective taking	maschio	37	17,51	3,461	,003	,958
	femmina	60	17,57	5,450		
	Totale	97	17,55	4,770		
personal distress	maschio	37	6,62	4,418	1,120	,293
	femmina	60	7,72	5,247		
	Totale	97	7,30	4,952		

Tabella 13: Differenze di genere nei punteggi medi di Responsività empatica

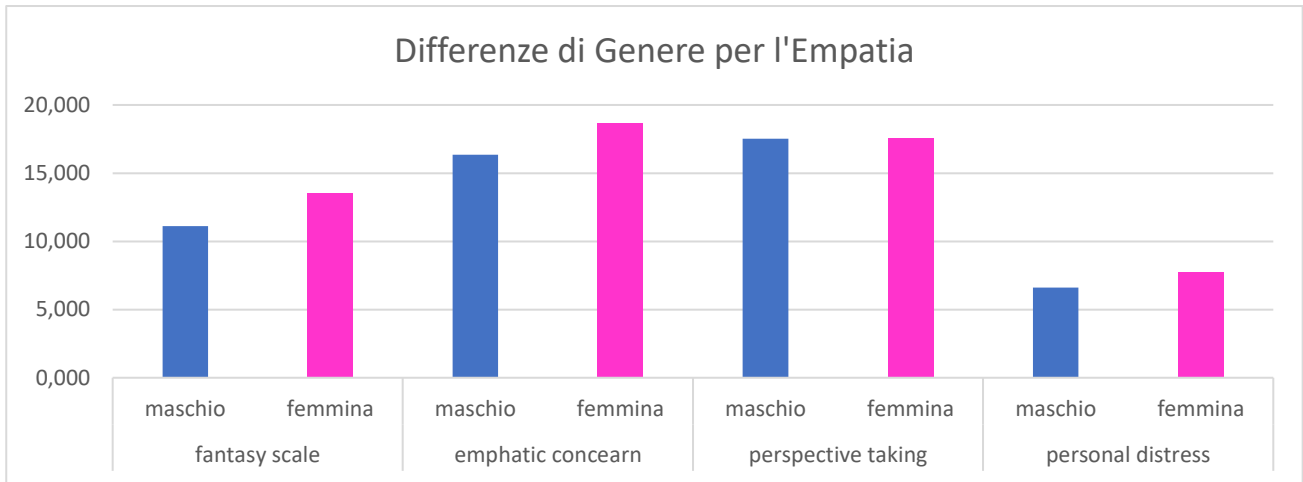


Grafico 12: Differenze di Genere nei punteggi medi di Empatia

Infine per quanto riguarda i valori medi di Dispositional Mindfulness, misurati attraverso l'FFMQ, si può osservare come i soggetti maschi invece hanno valori medi significativamente maggiori nella sottoscala non reagire ($F_{(1,96)} = 7,667$; $p = ,007$) (Tabella 14 e Grafico 13).

		N	Media	DS	F	Sign.
Osservare	maschio	37	24,14	6,188	1,449	,232
	femmina	60	25,72	6,344		
	Totale	97	25,11	6,300		
Descrivere	maschio	37	31,95	3,922	,081	,777
	femmina	60	31,67	5,115		
	Totale	97	31,77	4,676		
Agire con consapevolezza	maschio	37	31,49	5,881	,073	,787
	femmina	60	31,82	5,797		
	Totale	97	31,69	5,801		
Non giudicare	maschio	37	28,00	5,217	,018	,894
	femmina	60	27,83	6,365		
	Totale	97	27,90	5,926		
Non reagire	maschio	37	21,70	3,643	7,667	,007**
	femmina	60	19,28	4,476		
	Totale	97	20,21	4,323		

Tabella 14: Differenze di genere nei punteggi medi di Dispositional Mindfulness

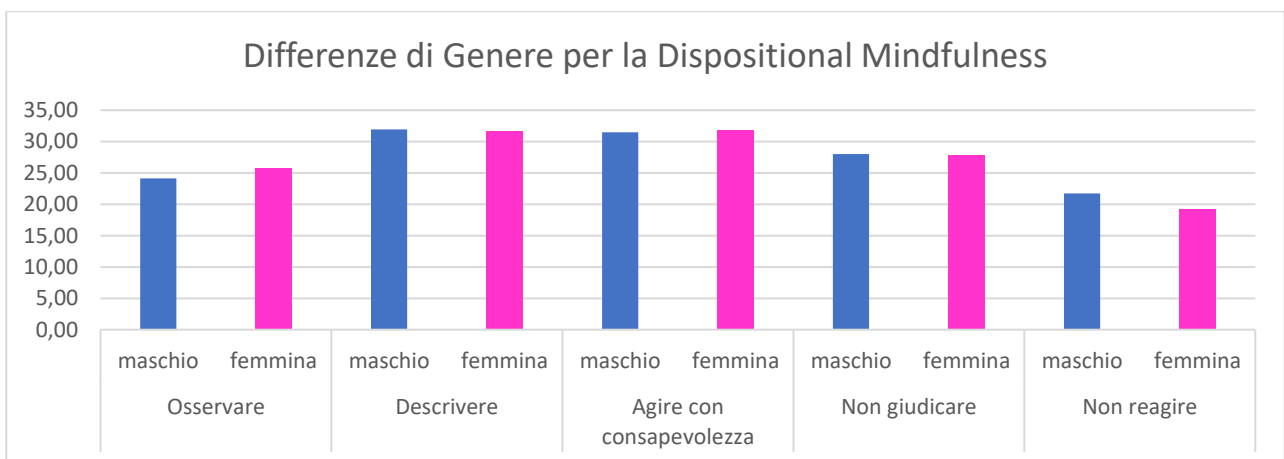


Grafico 13: Differenze di Genere nei punteggi medi di Dispositional Mindfulness

FATTORI ANAGRAFICI, ESPERIENZA LAVORATIVA ED ANNI DI ESPERIENZA IN PRONTO SOCCORSO

Si è andati a verificare la relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) tra le variabili statistiche utilizzate in questo studio e fattori anagrafici come l'età degli infermieri, l'esperienza lavorativa come infermiere, misurata in anni passati a svolgere la mansione di infermiere, e l'esperienza lavorativa specifica, misurata in anni passati a svolgere il proprio servizio di infermiere in contesti di Pronto Soccorso. Dai risultati non emerge nessuna relazione significativa tra le variabili prese in oggetto.

CONFRONTO DELLE DIVERSE REALTÀ OSPEDALIERE LOMBARDE

Si è voluto indagare se gli operatori dei diversi ospedali presi in considerazione in questo lavoro hanno caratteristiche diverse nelle variabili prese in considerazione in questo studio. Si è eseguita quindi una analisi della varianza (ANOVA) le analisi *post-hoc* sono state effettuate con il test di confronto multiplo *Honest Significant Difference* (HSD) di Tukey, per tale valutazione, i PS di Cittiglio, Luino e Tradate (PS CLT) sono stati aggregati data la similitudine delle caratteristiche generali e dell'organizzazione del lavoro.

Per quanto riguarda il Maslach Burnout Inventory gli operatori dell'ospedale di Varese hanno mostrato punteggi significativamente più alti nella sottoscala depersonalizzazione rispetto agli operatori del pronto soccorso degli ospedali di Luino, Cittiglio e Tradate ($F = 6,134$; $p = ,003$) (Grafico 14).

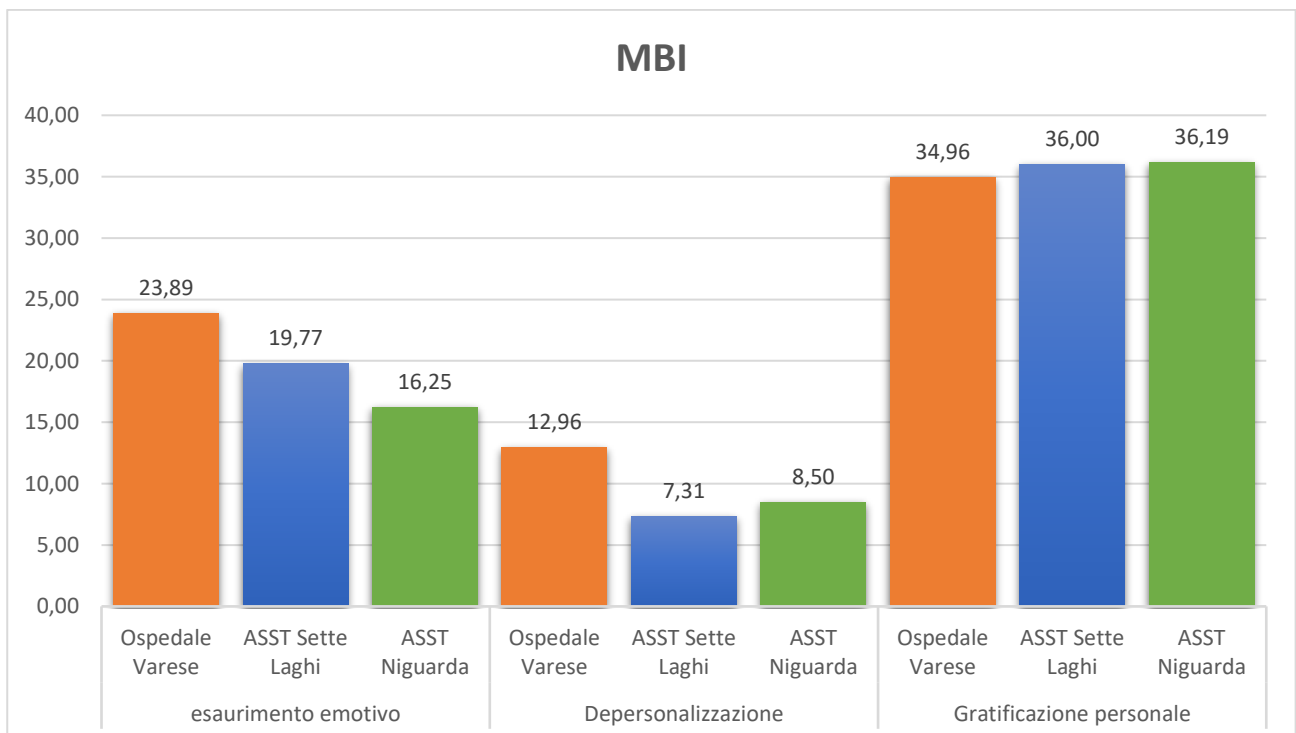


Grafico 14: Differenze tra le diverse realtà ospedaliere nei punteggi medi delle dimensioni dell'MBI

Per quanto riguarda invece l'Interpersonal Reactivity Index gli operatori dell'ospedale Niguarda hanno mostrato livelli medi minori nella sottoscala Empathic Concern rispetto agli ospedali di Varese e Luino, Cittiglio, Tradate ($F = 3,659$; $p = ,029$) (Grafico 15).

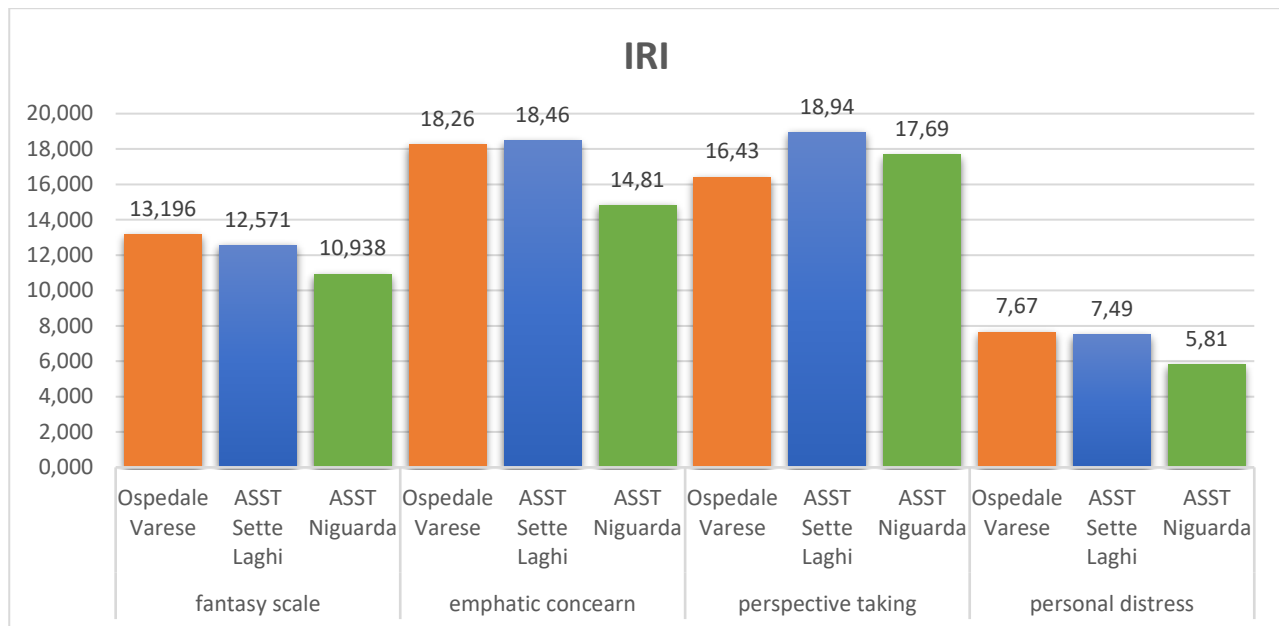


Grafico 15: Differenze tra le diverse realtà ospedaliere nei punteggi medi delle dimensioni dell'IRI

Per quanto riguarda invece il questionario Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire gli operatori dell'Ospedale Niguarda hanno mostrato dei livelli medi inferiori nelle variabili Impulse ($F=4,143$; $p = ,019$) e Strategies ($F=3,750$; $p = ,027$) rispetto sia agli operatori dell'ospedale di Varese sia rispetto a quello degli ospedali di Luino, Cittiglio e Tradate (Grafico 16).

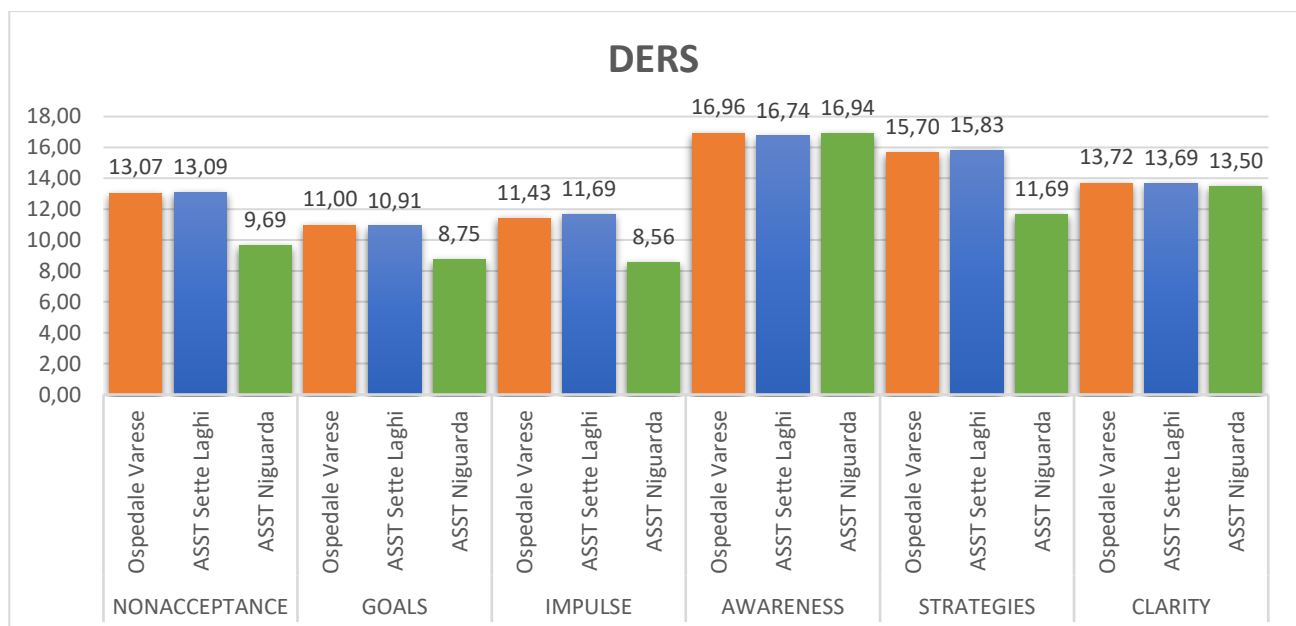


Grafico 16: Differenze tra le diverse realtà ospedaliere nei punteggi medi delle dimensioni del DERS

Infine rispetto al Five Facet of Mindfulness Questionnaire i diversi ospedali non hanno mostrato differenze significative (Grafico 17).

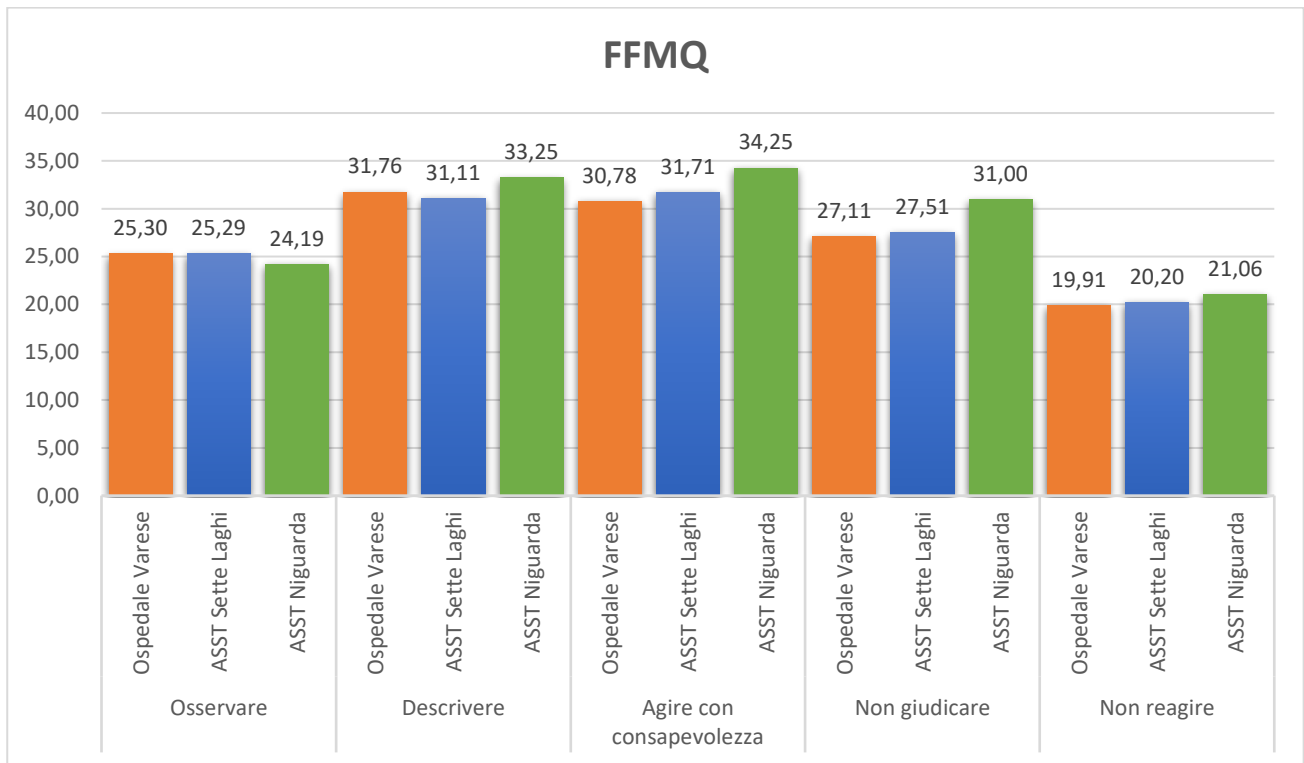


Grafico 17: Differenze tra le diverse realtà ospedaliere nei punteggi medi delle dimensioni dell'FFMQ

ANALISI DI REGRESSIONE MULTIPLA

Infine si è scelto di andare ad osservare se ci fossero delle significatività nella regressione lineare tra il punteggio totale del questionario GHQ-12 e le sottoscale dei MBI con le variabili oggetto di questo studio, le sottoscale dell'FFMQ, della DERS e dell'IRI. In ogni regressione lineare multipla che si è andata ad effettuare sono stati inseriti due blocchi. Nel primo blocco sono state inserite due variabili di controllo come l'età e il genere, mentre nel secondo blocco sono state inserite, di volta in volta, le sottoscale di ogni questionario.

Per quanto riguarda i risultati dell'analisi di regressione dell'GHQ-12 con il Five Facet Mindfulness Questionnaire possiamo vedere come nel blocco due ci sia una variazione statisticamente significativa di R^2 dell'25,4% [$F_{(7,89)} = 4.546$; $p < .001$; $R^2 = .263$]. Andando ad osservare i coefficienti di regressione si può osservare in particolare come un incremento delle sottoscale "Non Giudicare", "Non Reagire" e "Descrivere" corrispondono ad una diminuzione del punteggio del GHQ-12, seppur in maniera modesta per quanto riguarda la sottoscala "Descrivere" (Tabella 15).

Modello		modello 1	modello 2
		R ² =0,010	R ² =0,263*** ΔR ² =.254
		B	B
1	età	0,036	
	Genere	0,561	
2	Osservare		-0,069
	Descrivere		0,248*
	Agire con consapevolezza		-0,153
	Non giudicare		-0,271**
	Non reagire		-0,370**

Tabella 15: Modello di regressione multipla gerarchica per il GHQ-12 con l'FFMQ

Per quanto riguarda invece i risultati dell'analisi di regressione con il Difficulties in Emotion Regulation Scale possiamo vedere come nel blocco 2 ci sia una variazione statisticamente significativa di R² dell'37,1% [F_(8,88) = 6,743; p < .001; R² = .380]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "strategie" corrisponde un aumento nei punteggi del GHQ-12 mentre ad una diminuzione unitaria della variabile "Chiarezza" corrisponde un aumento dei punteggi del GHQ-12 (Tabella 16).

Modello		modello 1	modello 2
		R ² =0,010	R ² =0,380*** ΔR ² =.371
		B	B
1	età	,030	
	Genere	,099	
2	Non Accettare		,222
	Obiettivi		-,217
	Impulsi		,196
	Consapevolezza		,111
	Strategie		0,375**
	Chiarezza		-0,677*

Tabella 16: Modello di regressione multipla gerarchica per il GHQ-12 con la DERS

Infine per quanto riguarda il GHQ-12 si è condotta una analisi di regressione con le scale dell'Interpersonal Reactivity Scale, questo modello però non ha mostrato una significatività statistica significativa (Tabella 17).

Modello		modello 1	modello 2
		R ² =0,010	R ² =0,119 ΔR ² =.109
		B	B
1	età	0,036	
	Genere	0,561	
2	Fantasy Scale		0,022
	Emphatic Concern		0,173
	Perspective Taking		-0,27
	Personal Distress		0,158

Tabella 17: Modello di regressione multipla gerarchica per il GHQ-12 con l'IRI

In seguito si è andata ad eseguire una Regressione multipla gerarchica in cui le variabili dipendenti sono rispettivamente le tre sottoscale del Maslach Burnout Inventory.

Per quanto riguarda i risultati dell'analisi di regressione con la sottoscala "esaurimento emotivo" possiamo osservare che nel blocco 2 ci sia una variazione statisticamente significativa dell'R² dell'23,6% [$F_{(7,89)} = 4,031$; $p < .001$; $R^2 = .241$]. con riferimento ai coefficienti di regressioni delle sottoscale dell'FFMQ possiamo osservare come ad un aumento unitario del punteggio delle sottoscale "agire con consapevolezza", "Non Giudicare" e "Non Reagire" diminuisce il punteggio della sottoscala Esaurimento emotivo dell'MBI (Tavola 18).

Modello		modello 1	modello 2
		R ² =0,005	R ² =0,241*** ΔR ² =.236
		B	B
1	età	0,046	
	Genere	1,57	
2	Osservare		-0,012
	Descrivere		0,465
	Agire con consapevolezza		-0,535*
	Non giudicare		-0,585*
	Non reagire		-0,926*

Tabella 18: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Esaurimento Emotivo con l'FFMQ

Per quanto riguarda invece i risultati dell'analisi della regressione con le sottoscale della DERS possiamo vedere come nel blocco 2 ci sia una variazione statisticamente significativa di R² dell'28,5% [$F_{(8,88)} = 4,502$; $p < .001$; $R^2 = .290$]. Con riferimento ai coefficienti di correlazione nessuna sottoscala contribuisce in maniera significativa al modello totale (Tabella 19).

Modello		modello 1	modello 2
		R ² =0,005	R ² =0,290*** ΔR ² =.285
		B	B
1	età	,046	
	Genere	1,570	
2	Non Accettare		,561
	Obiettivi		,134
	Impulsi		,535
	Consapevolezza		-,033
	Strategie		,433

Tabella 19: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Esaurimento Emotivo con la DERS

Infine per quanto riguarda i risultati dell'analisi di regressione con le sottoscale dell'IRI possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa, seppur modesta, di R^2 dell'12,5% [$F_{(6,90)} = 2,244$; $p < .05$; $R^2 = .130$]. In riferimento ai coefficienti di correlazione possiamo osservare come ad un aumento unitario dei punteggi delle sottoscale "Emphatic Concearn" e "Personal Distress" corrisponda un aumento dei punteggi della sottoscala "Esaurimento Emotivo" mentre ad un aumento dei punteggi della sottoscala "Perspective Taking" corrisponda una diminuzione dei punteggi della sottoscala "Esaurimento Emotivo" (Tabella 20).

Modello		modello 1	modello 2
		$R^2=0,005$	$R^2=0,130^*$ $\Delta R^2=,125$
		B	B
1	età	0,046	
	Genere	1,57	
2	Fantasy Scale		0,207
	Emphatic Concearn		0,656*
	Perspective Taking		-0,807*
	Personal Distress		0,316

Tabella 20: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Esaurimento Emotivo con l'IRI

Per quanto riguarda invece i risultati dell'analisi di regressione della sottoscala dell'MBI "depersonalizzazione" per quanto riguarda le sottoscale del FFMQ possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa di R^2 del 26,0% [$F_{(7,89)} = 4,919$; $p < .001$; $R^2 = .279$]. per quanto riguarda i punteggi di correlazione delle sottoscale possiamo osservare come ad un aumento unitario del punteggio delle sottoscale "Agire con consapevolezza" e "Non Reagire" corrisponda una diminuzione dei punteggi della sottoscala "Depersonalizzazione" (Tabella 21).

Modello		modello 1	modello 2
		$R^2=0,019$	$R^2=0,279^{***}$ $\Delta R^2=,260$
		B	B
1	età	-0,096	
	Genere	-0,963	
2	Osservare		0,129
	Descrivere		0,223
	Agire con consapevolezza		-,617***
	Non giudicare		-,089

Non reagire	-,530*
-------------	--------

Tabella 21: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Depersonalizzazione con il FFMQ

In riferimento invece ai risultati delle analisi di regressione delle sottoscale del DERS possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa di R^2 del 21,5% [$F_{(8,88)} = 3,348$; $p < .001$; $R^2 = .290$]. in riferimento alle sottoscale nessuna di queste contribuisce in maniera significativa al modello (Tabella 22).

Modello		modello 1	modello 2
		$R^2=0,019$	$R^2=0,233^{***}$ $\Delta R^2=,215$
		B	B
1	età	,046	
	Genere	1,570	
2	Non Accettare		,561
	Obiettivi		,134
	Impulsi		,535
	Consapevolezza		-,033
	Strategie		,433
	Chiarezza		-,989

Tabella 22: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Depersonalizzazione con il DERS

Infine per quanto riguarda invece i risultati dell'analisi di regressione con le sottoscale dell'IRI possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa di R^2 del 11,4% [$F_{(6,90)} = 3,348$; $p < .05$; $R^2 = .290$]. In riferimento ai punteggi di correlazione delle sottoscale possiamo osservare come ad un aumento unitario della sottoscala "Perspective Taking" possiamo osservare una diminuzione del punteggio della scala "Depersonalizzazione" (Tabella 23).

Modello		modello 1	modello 2
		$R^2=0,019$	$R^2=0,133^*$ $\Delta R^2=,114$
		B	B
1	età	-0,096	
	Genere	-0,963	
2	Fantasy Scale		0,002
	Emphatic Concern		-0,065
	Perspective Taking		-,492*
	Personal Distress		0,089

Tabella 23: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Depersonalizzazione con l'IRI

Per concludere si sono svolte delle analisi di regressione multipla in cui la sottoscala "gratificazione professionale" dell'MBI è la variabile dipendente e le sottoscale oggetto di questo studio le variabili indipendenti.

Per quanto riguarda i risultati dell'analisi di regressione con le sottoscale del FFMQ possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa, seppur modesta, di R^2 del 13,9% [$F_{(7,89)} = 2,349$; $p < .05$; $R^2 = .156$]. per quanto riguarda i punteggi di correlazione delle sottoscale possiamo osservare come ad un aumento unitario della sottoscala "Agire di Consapevolezza" corrisponde un aumento della sottoscala "Gratificazione Professionale" (Tabella 24).

Modello		modello 1	modello 2
		$R^2=0,017$	$R^2=0,156^*$ $\Delta R^2=,139$
		B	B
1	età	0,066	
	Genere	-1,646	
2	Osservare		0,043
	Descrivere		0,037
	Agire con consapevolezza		,410*
	Non giudicare		-,047
	Non reagire		,274

Tabella 24: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Soddisfazione Professionale con l'FFMQ

Per quanto riguarda i risultati dell'analisi di regressione con le sottoscale del DERS possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa, seppur modesta, di R^2 del 13,8%. In riferimento ai punteggi di correlazione delle sottoscale possiamo osservare come nessuna di queste abbia mostrato una correlazione significativa (Tabella 25).

Modello		modello 1	modello 2
		$R^2=0,017$	$R^2=0,155^{**}$ $\Delta R^2=,138$
		B	B
1	età	,066	
	Genere	-1,646	
2	Non Accettare		,344
	Obiettivi		-,106
	Impulsi		-,686
	Consapevolezza		-,096
	Strategie		-,137
	Chiarezza		-,131

Tabella 25: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Soddisfazione Professionale con il DERS

Infine si è condotta una analisi di regressione con le scale dell'Interpersonal Reactivity Scale, questo modello però non ha mostrato una significatività statistica significativa (Tabella 26).

Modello		modello 1	modello 2
		$R^2=0,017$	$R^2=0,110$ $\Delta R^2=,114$
		B	B
1	età	0,066	
	Genere	-1,646	

2	Fantasy Scale	0,084
	Emphatic Concearn	-0,082
	Perspective Taking	,444
	Personal Distress	-0,071

Tabella 26: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala Soddisfazione Professionale con l'IRI

MINDFULNESS, EMPATIA E REGOLAZIONE EMOTIVA NEGLI STUDENTI DI INFERMIERISTICA

OBIETTIVI

Le finalità del presente studio sono state quelle di esplorare la relazione statistica tra alcune variabili attitudinali e i livelli delle diverse sfaccettature della mindfulness, i livelli di empatia e la capacità di regolazione emotiva di studenti di Scienze Infermieristiche. Si tratta di uno studio prevalentemente teorico con ricadute applicative, quali, l'ipotesi di implementare l'offerta formativa con corsi che vadano a promuovere un atteggiamento più "mindful" e migliorare la capacità di regolare le emozioni.

METODOLOGIA

PARTECIPANTI

Sono state monitorati, per il presente studio, i tre anni del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli studi Milano-Bicocca, con sede a Monza (Tabella 27).

	Anno di corso				Totale
	1	2	3	Fuori corso	
maschio	18	15	10	2	45
femmina	42	79	46	4	171
Totale	60	94	56	6	216

Tabella 27: Numerosità e composizione di genere del campione

Il 72,2% dei rispondenti è di genere femminile mentre l'età media è di 21.30 anni (Tabella 28).

	1	2	3	Fuoricorso	Totale
età media	20,00	21,89	21,66	21,50	21.30
DS	2,356	3,542	2,065	,548	2,952
Min	18	19	20	21	18
Max	34	43	32	22	43

Tabella 28: Età media dei partecipanti

STRUMENTI

Nel presente studio è stato utilizzato il questionario Five Facet Mindfulness Questionnaire, per indagare le abilità disposizionali della Mindfulness, L'Interpersonal Reactivity Index per valutare la capacità empatica, il Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire per valutare le capacità di regolazione emotiva e infine il General Health Questionnaire 12 per valutare i livelli di stress percepiti. Tutte queste misure sono state descritte nella sezione strumenti del precedente studio.

PROCEDURA

La compilazione dei questionari cartacei autosomministrati è avvenuta nelle aule della Facoltà di Scienze Infermieristiche di Monza, in appuntamenti concordati con i diversi coordinatori dei corsi. A tutti gli studenti che hanno deciso di partecipare alla ricerca è stato consegnato un modulo di presentazione dello studio, un modulo per il trattamento dei dati personali e un protocollo di ricerca, contenente una sezione che raccoglie le informazioni anagrafiche e una sezione composta dai sei strumenti appena presentati. Lo studente è stato libero di accettare o rifiutare di compilare o meno i questionari e ha potuto, inoltre, interrompere la compilazione e ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento in modo totalmente libero e senza alcuna conseguenza sul piano accademico. I dati sono stati elaborati con il programma SPSS 22 per Windows e sono stati gestiti esclusivamente in forma aggregata. Non si registrano violazioni agli assunti di normalità, le varianze sono omogenee, le analisi statistiche quindi sono state effettuate usando test parametrici.

RISULTATI

Come prima operazione sono state calcolate le statistiche descrittive delle scale prese in considerazione in questo studio. Nelle tabelle seguenti sono riportati il numero dei rispondenti (N), i punteggi medi complessivi (μ), le deviazioni standard, i punteggi minimi, massimi e le statistiche descrittive di asimmetria e curtosi delle variabili (Tabelle 29 -32).

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
<i>totale ghq</i>	213	1	35	14,61	5,847	,470	,396

Tabella 29: Statistiche descrittive del GHQ-12

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
<i>osservare</i>	213	12	40	26,12	6,006	-,074	-,489
<i>descrivere</i>	213	16	42	32,46	5,069	-,219	-,018
<i>Agire con consapevolezza</i>	213	8	40	29,69	5,797	-,596	,378
<i>Non giudicare</i>	213	10	39	27,24	5,713	-,339	-,109
<i>Non reagire</i>	213	8	31	18,87	4,264	,249	,423

Tabella 30: Statistiche descrittive del FFMQ

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curtosi
<i>fantasy scale</i>	216	1,0	28,0	16,431	5,3895	-,323	-,078
<i>emphatic concern</i>	216	7	28	19,77	4,162	-,532	,172
<i>perspective taking</i>	216	7	28	18,81	4,302	-,209	-,259

<i>personal distress</i>	216	0	22	9,79	4,406	,198	-,187
--------------------------	-----	---	----	------	-------	------	-------

Tabella 31: Statistiche descrittive dell'IRI

	N	Min	Max	μ	DS	Asimmetria	Curiosi
<i>non accettazione</i>	212	4	30	13,50	5,619	,727	-,208
<i>obiettivi</i>	212	5	25	13,02	4,481	,463	-,284
<i>impulsi</i>	212	6	30	12,43	4,796	1,029	1,005
<i>consapevolezza</i>	212	6	26	16,34	4,083	-,318	-,303
<i>strategie</i>	212	8	40	17,27	6,760	,970	,542
<i>chiarezza</i>	212	8	19	13,69	1,708	,086	1,106
<i>ders totale</i>	212	55	146	86,25	19,181	,825	,414

Tabella 32: Statistiche descrittive del DERS

DIFFERENZE DI GENERE

Successivamente si è andato ad osservare se ci fossero differenze statisticamente significative tra gli studenti di genere maschile rispetto a quelli di genere femminile per ognuna delle dimensioni coinvolte nello studio.

Per quanto riguarda i valori di dispositional mindfulness, misurati attraverso il FFMQ possiamo osservare come gli studenti di genere femminile abbiano punteggi medi significativamente più alti per quanto riguarda la sottoscala “agire con consapevolezza” ($F_{(1,96)} = 5,318$; $p = ,022$), mentre gli studenti di genere maschile abbiano punteggi medi significativamente più alti nella variabile “non reagire” ($F_{(1,96)} = 9,537$; $p = ,002$) (Tabella 33 e grafico 18).

		N	Media	DS	F	Sign.
Osservare	maschio	45	25,24	6,031	1,220	,271
	femmina	168	26,36	5,995		
	Totale	213	26,12	6,006		
Descrivere	maschio	45	32,53	5,119	,012	,913
	femmina	168	32,44	5,07		
	Totale	213	32,46	5,069		
Agire con consapevolezza	maschio	45	27,93	6,817	5,318	,022
	femmina	168	30,15	5,419		
	Totale	213	29,69	5,797		
Non giudicare	maschio	45	26,33	5,406	1,453	,229
	femmina	168	27,49	5,784		
	Totale	213	27,24	5,713		
Non reagire	maschio	45	20,58	4,755	9,537	,002
	femmina	168	18,41	4,015		
	Totale	213	18,87	4,264		

Tabella 33: differenze di genere nei punteggi delle sottoscale del FFMQ

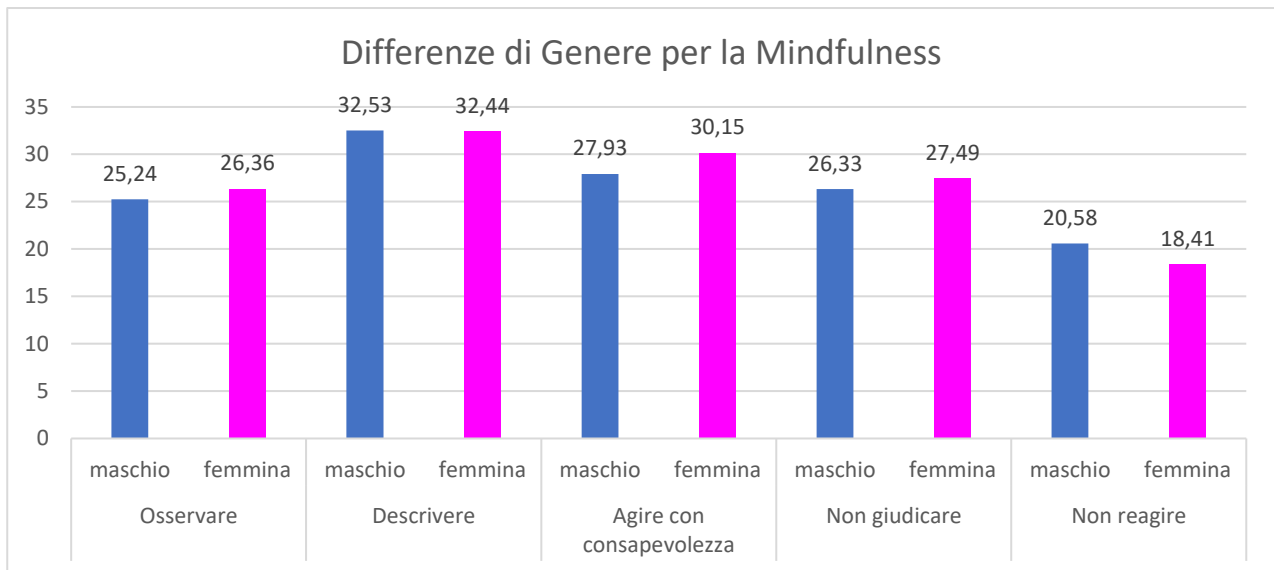


Grafico 18: Differenze di genere nei punteggi delle sottoscale del FFMQ

Per quanto riguarda invece le dimensioni di responsività empatica misurate attraverso l'IRI si possono riscontrare gli studenti di genere femminile abbiano punteggi medi statisticamente più alti nelle sottoscale "Fantasy Scale" ($F_{(1,212)} = 27,582$; $p = ,000$), "Emphatic Concern" ($F_{(1,212)} = 23,147$; $p = ,000$) e "Personal Distress" ($F_{(1,212)} = 11,041$; $p = ,001$) (Tabella 34 e Grafico 19).

		N	Media	DS	F	Sign.
fantasy scale	maschio	45	12,889	5,6818	27,582	,000
	femmina	171	17,363	4,9179		
	Totale	216	16,431	5,3895		
emphatic concern	maschio	45	17,24	4,73	23,147	.000
	femmina	171	20,44	3,739		
	Totale	216	19,77	4,162		
perspective taking	maschio	45	18,42	4,213	0,472	,493
	femmina	171	18,92	4,331		
	Totale	216	18,81	4,302		
personal distress	maschio	45	7,89	4,086	11,041	,001
	femmina	171	10,29	4,362		
	Totale	216	9,79	4,406		

Tabella 34: Differenze di genere nei punteggi delle sottoscale dell'IRI

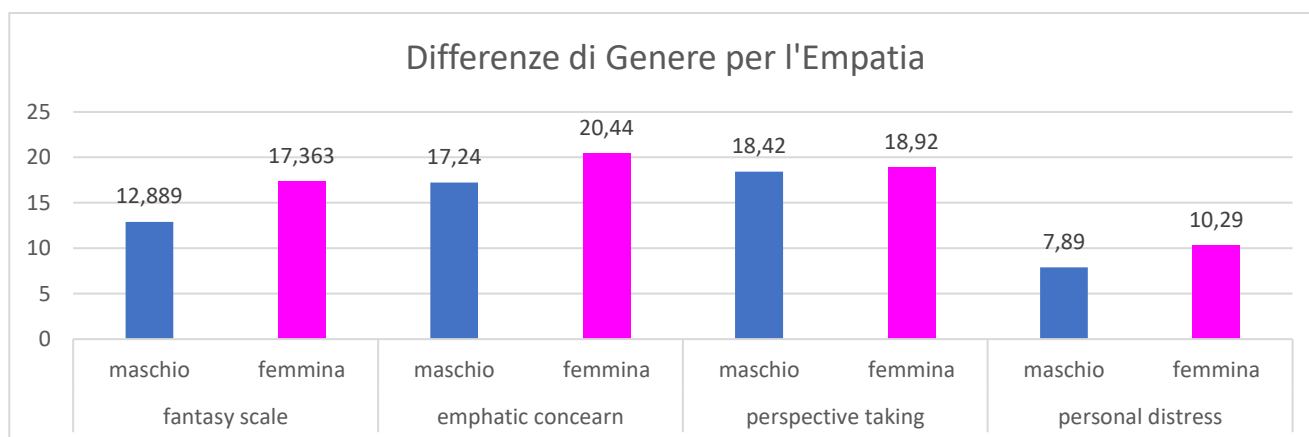


Grafico 19: Differenze di genere nei punteggi delle sottoscale dell'IRI

Infine per quanto riguarda le capacità di regolazione emotiva, valutate con il questionario DERS, non emergono differenze significative tra gli studenti di genere maschile e gli studenti di genere femminile (Tabella 35 e Grafico 20).

		N	Media	DS	F	Sign.
NONACCEPTANCE	maschio	45	13,4	5,618	,016	,898
	femmina	167	13,52	5,635		
	Totale	212	13,5	5,619		
GOALS	maschio	45	13,44	4,555	,503	,479
	femmina	167	12,91	4,468		
	Totale	212	13,02	4,481		
IMPULSE	maschio	45	12,31	4,41	,034	,853
	femmina	167	12,46	4,907		
	Totale	212	12,43	4,796		
AWARENESS	maschio	45	17,38	4,308	3,741	,054
	femmina	167	16,06	3,987		
	Totale	212	16,34	4,083		
STRATEGIES	maschio	45	17,93	6,774	,543	,462
	femmina	167	17,1	6,766		
	Totale	212	17,27	6,76		
CLARITY	maschio	45	13,71	1,632	,010	,921
	femmina	167	13,68	1,732		
	Totale	212	13,69	1,708		

Tabella 35: Differenze di genere nei punteggi delle sottoscale del DERS

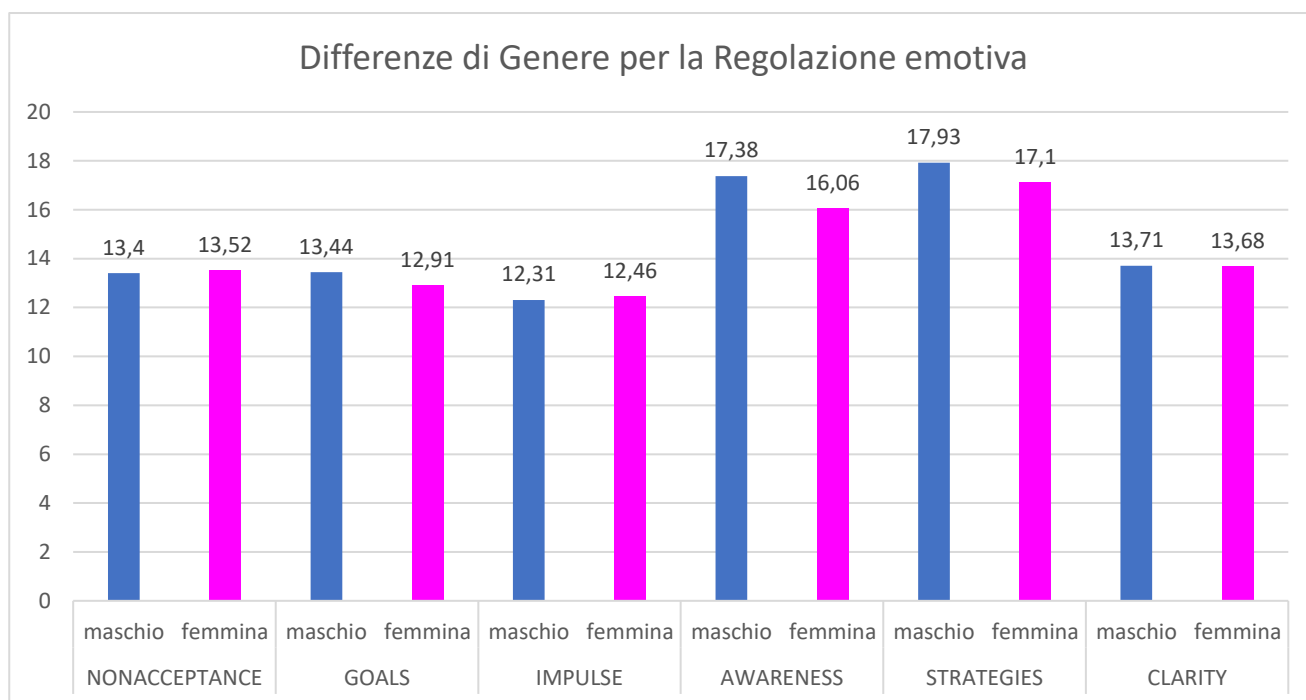


Grafico 20: Differenze di genere nei punteggi delle sottoscale del DERS

DIFFERENZE IN BASE ALL'ANNO ACCADEMICO

Si è andati a osservare se ci fossero delle differenze significative nei punteggi medi nelle variabili oggetto dello studio in base al diverso anno accademico frequentato dagli studenti del corso di Scienze Infermieristiche. Per procedere con questa analisi si sono esclusi i 6 protocolli appartenenti agli studenti "fuori corso" in quanto non raggiungevano una numerosità adeguata per essere paragonati agli altri gruppi.

Per quanto riguarda i valori di "dispositional mindfulness" e la "responsività empatica", valutati rispettivamente con il FFMQ e con l'IRI, non emergono differenze significative tra gli studenti dei tre anni di corso (Tabelle 36 e 37, Grafici 21 e 22).

		N	Media	DS	F	Sign.
osservare	1° anno	59	25,56	6,101	1,801	,168
	2° anno	94	25,6	6,367		
	3° anno	54	27,39	5,243		
	Totale	207	26,05	6,04		
descrivere	1° anno	59	32,92	5,039	1,302	,274
	2° anno	94	31,79	5,195		
	3° anno	54	32,94	4,881		
	Totale	207	32,41	5,078		
Agire con consapevolezza	1° anno	59	29,02	7,133	,674	,511
	2° anno	94	29,69	5,348		
	3° anno	54	30,3	5,142		
	Totale	207	29,66	5,854		
Non giudicare	1° anno	59	26,92	6,193	1,217	,298
	2° anno	94	26,64	5,769		
	3° anno	54	28,13	4,998		

<i>Non reagire</i>	Totale	207	27,11	5,713		
	1° anno	59	18,51	4,281	,457	,634
	2° anno	94	18,84	3,963		
	3° anno	54	19,28	4,788		
	Totale	207	18,86	4,269		

Tabella 36: differenze in base all'anno di corso rispetto alle sottoscale del FFMQ

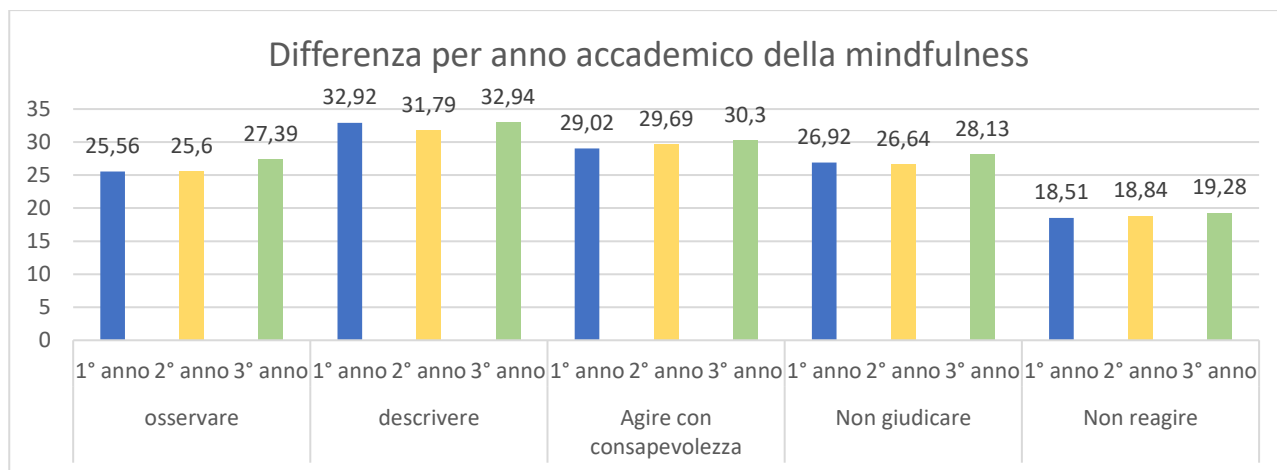


Grafico 21: differenze in base all'anno di corso rispetto alle sottoscale del FFMQ

		N	Media	DS	F	Sign.
<i>fantasy scale</i>	1° anno	60	16,433	5,4815	2,480	,086
	2° anno	94	15,617	5,31		
	3° anno	56	17,643	5,432		
	Totale	210	16,39	5,4298		
<i>emphatic concearn</i>	1° anno	60	19,3	4,001	1,287	,278
	2° anno	94	19,71	4,411		
	3° anno	56	20,52	3,88		
	Totale	210	19,81	4,165		
<i>perspective taking</i>	1° anno	60	18,78	4,702	,036	,965
	2° anno	94	18,76	4,457		
	3° anno	56	18,95	3,753		
	Totale	210	18,81	4,335		
<i>personal distress</i>	1° anno	60	9,15	5,115	1,299	,275
	2° anno	94	10,03	4,19		
	3° anno	56	10,41	3,818		
	Totale	210	9,88	4,39		

Tabella 37: differenze in base all'anno di corso rispetto alle sottoscale dell'IRI

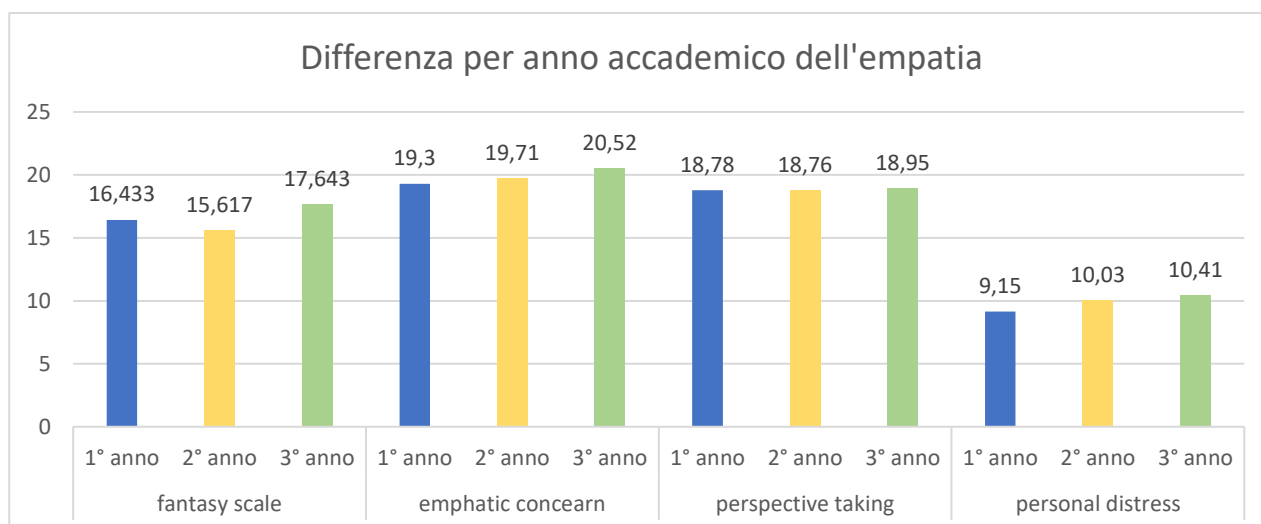


Grafico 22: differenze in base all'anno di corso rispetto alle sottoscale dell'IRI

Per quanto riguarda invece i punteggi medi di stress percepito, valutato attraverso il GHQ-12 mostrano una differenza significativa ($F_{(3,212)} = 4,600$; $p = ,011$), in particolare i confronti post-hoc ci suggeriscono come i punteggi degli studenti del terzo anno siano significativamente minori rispetto agli studenti del secondo anno (Tabella 38).

		N	Media	DS	F	Sign.
totale ghq	1° anno	59	14,8	6,119	4,600	,011
	2° anno	93	15,78	5,767		
	3° anno	55	12,8	5,462		
	Totale	207	14,71	5,892		

Tabella 38: differenze in base all'anno di corso rispetto al GHQ-12

Infine per quanto riguarda i valori di capacità di regolazione emotiva emerge come ci sia una differenza statisticamente significativa, seppur moderata nei punteggi della sottoscala "Chiarezza" ($F_{(1,96)} = 3,038$; $p = ,05$), in particolare i confronti post-hoc ci mostrano come gli studenti del terzo anno abbiano punteggi statisticamente inferiori rispetto agli studenti del secondo anno (Tabella 39 e Grafico 23).

		N	Media	DS	F	Sign.
non accettazione	1° anno	57	14,04	5,985	,474	,623
	2° anno	93	13,13	5,509		
	3° anno	56	13,63	5,416		
	Totale	206	13,51	5,606		
obiettivi	1° anno	57	13,37	4,857	,480	,619
	2° anno	93	13,16	4,6		
	3° anno	56	12,57	4,058		
	Totale	206	13,06	4,523		
impulsi	1° anno	57	13,07	4,69	,846	,431
	2° anno	93	12,28	5,294		
	3° anno	56	11,93	4,08		

consapevolezza	Totale	206	12,4	4,821		
	1° anno	57	16,25	4,737	2,556	,080
	2° anno	93	17,06	3,243		
	3° anno	56	15,54	4,508		
strategie	Totale	206	16,42	4,088		
	1° anno	57	18,72	7,153	2,003	,138
	2° anno	93	17,17	7,205		
	3° anno	56	16,2	5,554		
chiarezza	Totale	206	17,33	6,815		
	1° anno	57	13,74	1,808	3,038	,050
	2° anno	93	13,91	1,586		
	3° anno	56	13,21	1,745		
Totale	206	13,67	1,71			

Tabella 39: differenze in base all'anno di corso rispetto alle sottoscale del DERS

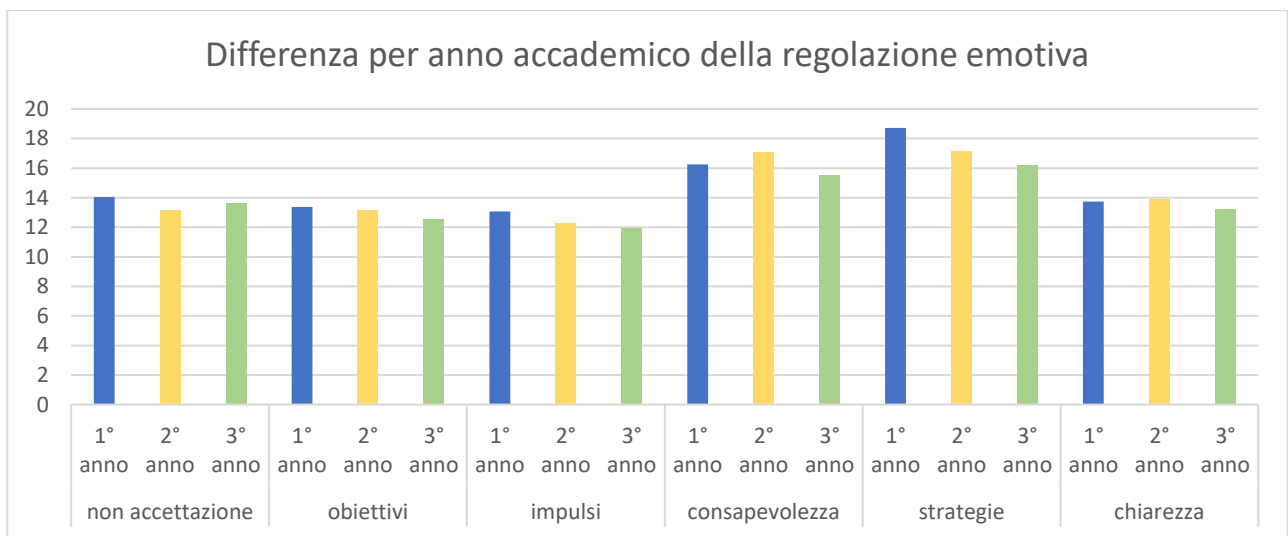


Grafico 23: differenze in base all'anno di corso rispetto alle sottoscale del DERS

ANALISI DELLA REGRESSIONE MULTIPLA

si è andati ad osservare se ci fossero delle significatività nella regressione lineare tra il punteggio totale del questionario GHQ-12 e le variabili oggetto di questo studio, le sottoscale dell'FFMQ, della DERS e dell'IRI. In ogni regressione lineare multipla che si è andata ad effettuare sono stati inseriti due blocchi. Nel primo blocco sono state inserite due variabili di controllo come l'età e il genere, mentre nel secondo blocco sono state inserite, di volta in volta, le sottoscale di ogni questionario. Per quanto riguarda le sottoscale del FFMQ possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa dell' R^2 del 23,2% [$F_{(7,202)} = 9,824$; $p < .001$; $R^2 = .254$]. in riferimento ai punteggi di correlazione delle sottoscale possiamo osservare come ad un aumento unitario delle sottoscale "Descrivere", "Non Giudicare" e "Non Reagire" corrisponde una diminuzione del punteggio totale del GHQ-12 (Tabella 40).

	modello 1	modello 2
	$R^2=0,022$	$R^2=0,254^{***}$

Modello		B	$\Delta R^2 = ,232$ B
1	età	1,634	
	Genere	-0,179	
2	Osservare		-0,048
	Descrivere		-0,166*
	Agire con consapevolezza		-0,095
	Non giudicare		-0,328**
	Non reagire		-0,220*

Tabella 40: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala totale del GHQ-12 con l'FFMQ

Per quanto riguarda invece le sottoscale del DERS possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa dell' R^2 del 29,3% [$F_{(8,201)} = 11.606$; $p < .001$; $R^2 = .316$]. in riferimento ai punteggi delle diverse sottoscale possiamo osservare che ad un aumento unitario delle sottoscale "Obiettivi", "Consapevolezza" e "Strategie" corrisponde un aumento del punteggio totale del GHQ-12 (Tabella 41).

Infine per quanto riguarda i punteggi delle sottoscale dell'IRI possiamo osservare come nel blocco 2 ci sia una variazione significativa dell' R^2 del 6,9% [$F_{(6,205)} = 3,414$; $p < .01$; $R^2 = .091$]. in riferimento ai punteggi delle sottoscale possiamo osservare come ad un aumento unitario della sottoscala "Emphatic Concern" corrisponde una diminuzione del punteggio del GHQ-12, mentre ad un aumento unitario della sottoscala "Personal Distress" corrisponde un aumento del punteggio del GHQ-12 (Tabella 42).

Modello		modello 1 $R^2=0,023$ B	modello 2 $R^2=0,316^{**}$ $\Delta R^2 = ,293$ B
1	età	1,647	
	Genere	-0,184	
2	Non Accettare		0,103
	Obiettivi		0,235*
	Impulsi		0,007
	Consapevolezza		0,34***
	Strategie		0,234*
	Chiarezza		0,243

Tabella 41: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala totale del GHQ-12 con il DERS

		modello 1	modello 2
--	--	-----------	-----------

Modello		R ² =0,022	R ² = 0,091**
		B	B
1	età	1,667	
	Genere	-0,17	
2	Fantasy Scale		-0,008
	Emphatic Concern		-0,226*
	Perspective Taking		-0,044
	Personal Distress		0,282**

Tabella 42: Modello di regressione multipla gerarchica per la scala totale del GHQ-12 con l'IRI

CONFRONTO TRA LA POPOLAZIONE DI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO E GLI STUDENTI DI SCIENZE INFERMIERISTICHE

In conclusione si è voluto confrontare le popolazioni dei due studi nelle variabili oggetto della ricerca, la Dispositional Mindfulness, l'Empatia e la capacità di Regolazione Emotiva per osservare se ci sono delle differenze nelle medie dei punteggi delle diverse sottoscale.

Per quanto riguarda i punteggi di dispositional mindfulness, valutati attraverso il questionario FFMQ, possiamo osservare come gli infermieri di pronto soccorso abbiano dei punteggi mediamente superiori rispetto agli studenti nelle variabili "Agire con consapevolezza" (F=7,930; $p = ,005$) e "Non Reagire" (F=6,525; $p = ,011$) (Tabella 43 e Grafico 24).

		N	Media	DS	F	Sign.
Osservare	Infermieri	97	25.11	6.3	1.828	.177
	Studenti	213	26.12	6.006		
Descrivere	Infermieri	97	31.77	4.676	1.295	.256
	Studenti	213	32.46	5.069		
Agire con consapevolezza	Infermieri	97	31.69	5.801	7.930	.005
	Studenti	213	29.69	5.797		
Non giudicare	Infermieri	97	27.9	5.926	.869	.352
	Studenti	213	27.24	5.713		
Non reagire	Infermieri	97	20.21	4.323	6.525	.011
	Studenti	213	18.87	4.264		

Tabella 43: Differenze tra la popolazione degli Infermieri e quella degli studenti per le variabili del FFMQ

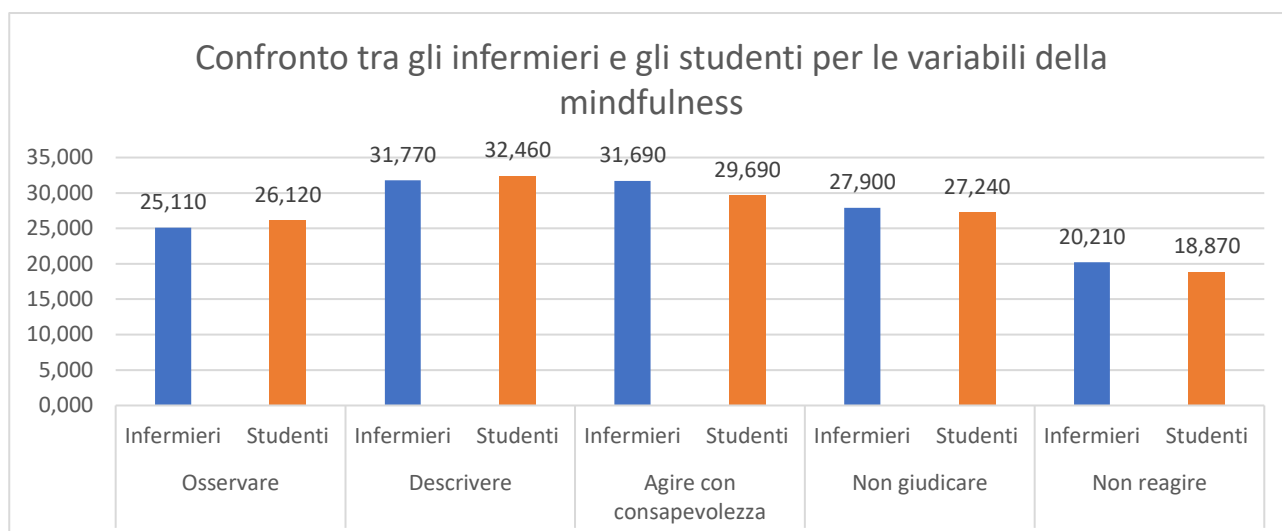


Grafico 24: Differenze tra la popolazione degli Infermieri e quella degli studenti per le variabili del FFMQ

Per quanto riguarda invece le capacità di Regolazione Emotiva, valutate attraverso il DERS, possiamo osservare come la popolazione degli infermieri abbia punteggi mediamente più bassi rispetto agli studenti nelle variabili “Obiettivi” ($F=22,108$; $p = ,000$), “Impulsi” ($F=6,143$; $p = ,014$) e “Strategie” ($F=7,755$; $p = ,006$) (Tabella 44 e Grafico 25).

		N	Media	DS	F	Sign.
NONACCEPTANCE	Infermieri	97	12.52	5.192	2.121	.146
	Studenti	212	13.5	5.619		
GOALS	Infermieri	97	10.6	3.499	22.108	.000
	Studenti	212	13.02	4.481		
IMPULSE	Infermieri	97	11.05	3.927	6.143	.014
	Studenti	212	12.43	4.796		
AWARENESS	Infermieri	97	16.88	4.848	1.032	.311
	Studenti	212	16.34	4.083		
STRATEGIES	Infermieri	97	15.08	5.584	7.755	.006
	Studenti	212	17.27	6.76		
CLARITY	Infermieri	97	13.67	1.532	.010	.922
	Studenti	212	13.69	1.708		

Tabella 44: Differenze tra la popolazione degli Infermieri e quella degli studenti per le variabili del DERS

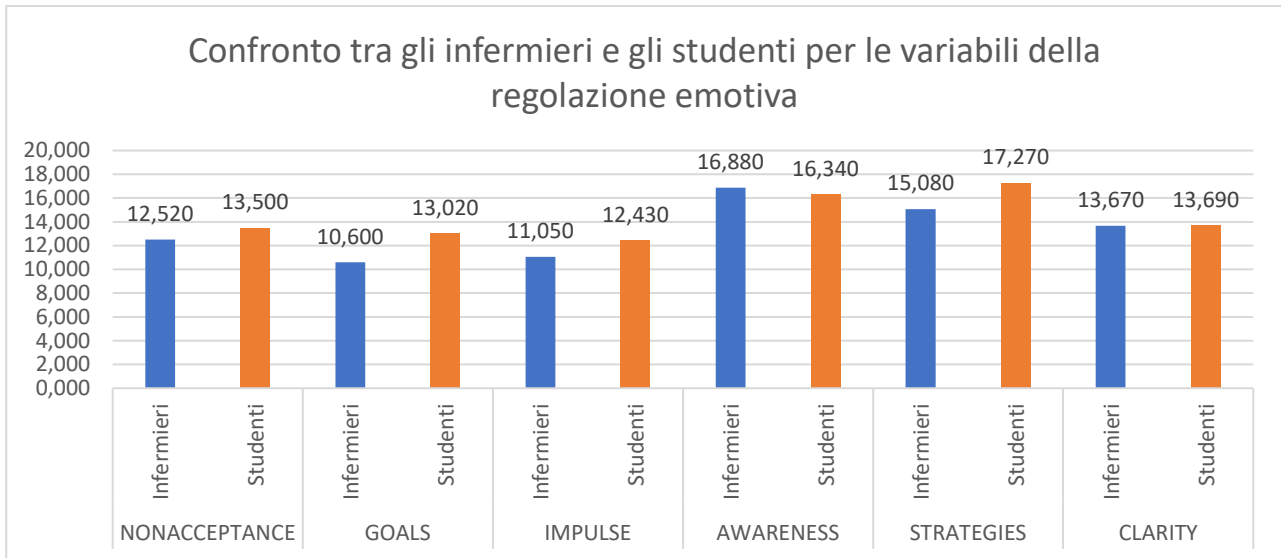


Grafico 25: Differenze tra la popolazione degli Infermieri e quella degli studenti per le variabili del DERS

Infine per quanto riguarda l'empatia, valutata attraverso l'IRI, possiamo osservare come la popolazione degli Infermieri abbia punteggi inferiori in tutte e quattro le sottoscale, "Fantasy Scale" ($F=34,265$; $p = ,000$), "Emphatic Concern" ($F=13,876$; $p = ,000$), "Perspective Taking" ($F=5,397$; $p = ,021$) e "Personal Distress" ($F=19,789$; $p = ,000$) (Tabella 45 e Grafico 26).

		N	Media	DS	F	Sign.
fantasy scale	Infermieri	97	12.598	5.286	34.265	.000
	Studenti	216	16.431	5.389		
emphatic concern	Infermieri	97	17.763	4.915	13.876	.000
	Studenti	216	19.77	4.162		
perspective taking	Infermieri	97	17.546	4.77	5.397	.021
	Studenti	216	18.81	4.302		
personal distress	Infermieri	97	7.299	4.952	19.789	.000
	Studenti	216	9.79	4.406		

Tabella 45: Differenze tra la popolazione degli Infermieri e quella degli studenti per le variabili dell'IRI

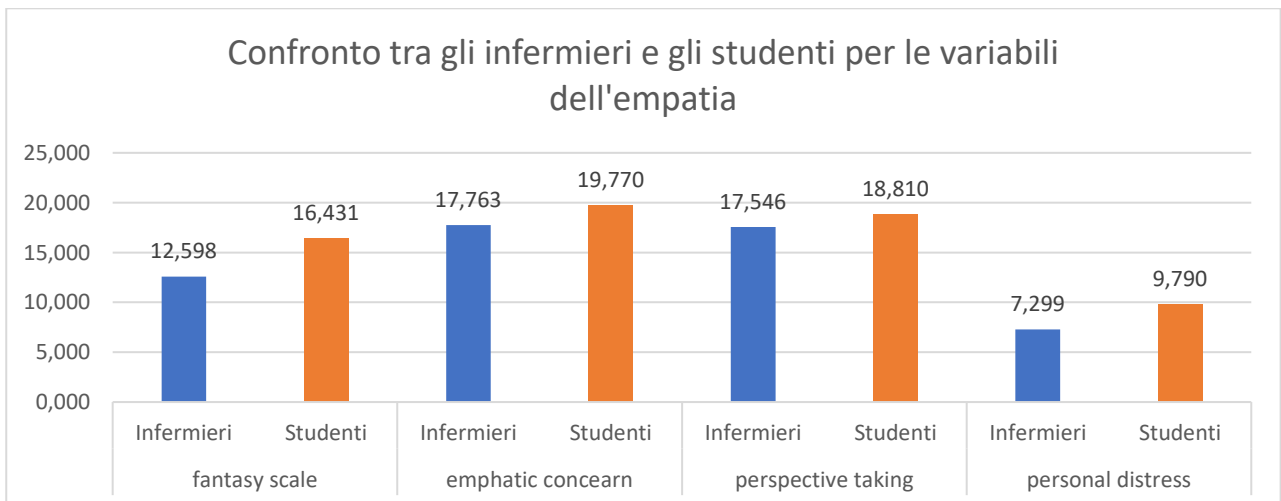


Grafico 26: Differenze tra la popolazione degli Infermieri e quella degli studenti per le variabili dell'IRI

DISCUSSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Il primo studio di questo lavoro si pone come obiettivo quello di studiare la relazione tra il burnout e lo stress di un campione di infermieri che operano all'interno di reparti di Pronto Soccorso di diversi ospedali Lombardi con dimensioni come la Dispositional Mindfulness, le capacità di Regolazione emotiva e l'empatia. Il fine ultimo è quello di capire se queste ultime dimensioni possano essere predittori dei livelli di burnout e di stress e non semplicemente strategie di intervento come sono state utilizzate fino ad ora in letteratura.

GLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

IL PROFILO DEGLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO

Per quanto riguarda i livelli di burnout possiamo osservare come il campione di infermieri mostri livelli di burnout medio-alti in tutte e tre le sottocategorie del MBI. Per quanto riguarda la sottoscala "esaurimento emotivo" possiamo osservare come il 65% del campione risulti avere livelli medio o alti in questa scale mentre solo il 35% mostra livelli nella norma, i due terzi di questi campione ritiene quindi di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro. Questo dato è degno di attenzione in quanto in letteratura è dimostrato come alti livelli di esaurimento emotivo nella popolazione degli infermieri possano portare ad un maggiore allontanamento sia cognitivo che emotivo dal posto di lavoro, che può esitare in un maggior livello di assenteismo e turnover. Per quanto riguarda la sottoscala "depersonalizzazione" mostra una situazione che desta ancora più attenzione in quanto il 73% del campione riferisce valori di burnout medio o alto. In particolare il 47% del campione mostra avere livelli di burnout alto. Questa sottoscala rappresenta il fattore interpersonale del burnout. Il campione di infermieri mostra quindi di avere un atteggiamento di verso il paziente che rischia di essere eccessivamente freddo e distaccato. Questo atteggiamento può essere una conseguenza dell'alto coinvolgimento ed esaurimento emotivo che è stata evidenziata nella sottoscala esaurimento emotivo.

Infine per quanto riguarda la sottoscala "realizzazione professionale" la situazione sembra essere migliore con il 47% del campione che mostra avere un basso livello di burnout e solo il 21% riferisce un livello di burnout alto. Gli infermieri di pronto soccorso mostrano quindi di mantenere intatto il proprio senso di autostima e di realizzazione verso il proprio lavoro, nonostante le difficoltà riportate nelle due precedenti scale.

In riferimento ai punteggi di stress riportati rispetto al General Health Questionnaire si evidenzia come l'80% del campione riporta di avere punteggi superiori al cut-off e che esperiscono un livello di stress oltre la norma. Questo dato può essere interpretato dato il difficile contesto lavorativo in

cui si trovano a lavorare questo campione di infermieri. Il pronto soccorso infatti è riconosciuto come un ambiente molto frenetico, ad alto impatto emotivo e che richiede un alto livello di impegno al personale coinvolto, dovendo lavorare spesso con patologie tempo-dipendenti. È comprensibile quindi che gli infermieri di questi reparti riferiscano alti livelli di stress.

Per quanto riguarda le caratteristiche di empatia e dispositional mindfulness le medie ottenute dal campione del presente studio sono state confrontate con articoli della letteratura recente che utilizzino gli stessi questionari usati in questo studio in una popolazione comparabile di infermieri di pronto soccorso. I risultati mostrano come a livello empatico gli infermieri del presente studio mostrano livelli medi inferiori rispetto alla sottoscale "Empathic Concern" in relazione a tutti e due gli altri studi e valori medi minori rispetto alle sottoscale "Perspective Taking" e "Personal Distress" rispetto allo studio di Agüero. Questo stato potrebbe confermare la teoria presente in letteratura per cui alti livelli di burnout, come quelli mostrati nel nostro campione, possano determinare un abbassamento delle capacità empatiche degli operatori sanitari. Purtroppo gli studi presi a riferimento non includevano una valutazione del burnout e quindi non è possibile confrontare questa variabile per confermare l'ipotesi.

DIFFERENZE DI GENERE

Si è andati successivamente ad osservare se esistessero differenze di genere tra le variabili di questo studio. Per quanto riguarda le sottoscale del burnout e dello stress non emergono differenze significative. Nella letteratura sul burnout la differenza di genere è sempre stato un argomento controverso. Mentre i primi studi in letteratura sembrassero mostrare come il genere femminile fosse più sensibile all'insorgere del burnout. La letteratura più recente invece sembra mostrare che questa differenza in realtà non sia presente, anche perché non sarebbe di facile interpretazione una differenza di questo tipo. Il nostro studio sembra essere in linea con i più recenti risultati di letteratura. Gli ultimi studi stanno mettendo in risalto come la differenza di genere non dovrebbe essere considerata come una caratteristica a sé stante ma deve essere integrata con il ruolo nel contesto familiare e le caratteristiche del contesto lavorativo.

Andando ad osservare le differenze di genere per quanto riguarda le capacità di regolazione emotiva non emergono differenze significative questo dato è in linea con la letteratura internazionale.

Per quanto riguarda invece le differenze di genere dell'empatia emerge come gli infermieri femmina mostrino avere punteggi medi più alti nelle variabili "Fantasy Scale" ed "Empathic Concern", le infermiere di genere femminile riferiscono quindi di identificarsi con la narrazione delle storie altrui, e di provare compassione, preoccupazione e calore nei confronti di altre persone che vivono

esperienze spiacevoli. Questa capacità permettono all'operatore sanitario di assumere un atteggiamento più "patient-centred" in quanto riesce a farsi coinvolgere in maniera più emotiva nella narrazione del paziente ed essere quindi un ulteriore strumento a disposizione per migliorare il processo di cura. D'altro canto queste caratteristiche rischiano di avere come conseguenza un maggiore livello di stress e di burnout se l'operatore non riesce a mantenere la giusta distanza emotiva rispetto ai vissuti del paziente, come mostrato dalla letteratura internazionale. I dati sul burnout in questa ricerca però evidenziano come questa differenza di genere, osservata per le variabili dell'empatia non è presente nelle scale del burnout. Questo dato farebbe supporre come le infermiere di genere femminile riescano ad utilizzare la propria capacità empatica come strumento per migliorare il proprio intervento sul paziente senza pregiudicare i propri livelli di stress e burnout rispetto ai colleghi maschi.

Infine per quanto riguarda le dimensioni di dispositional mindfulness si evidenzia come gli infermieri di genere maschile riportino avere punteggi mediamente più alti nella scala "non reagire". Gli infermieri maschi, quindi riuscirebbero a non reagire alle proprie esperienze interne e quindi a provare sensazioni e pensieri senza perdere il controllo di essi e dover necessariamente agire per regolarli o estinguerli. Questa può essere una ottima capacità all'interno del contesto infermieristico in quanto permette di rimanere focalizzato sul paziente e sui suoi vissuti senza essere "distratto" dai propri stati interni, che invece vengono percepiti e lasciati andare.

FATTORI ANAGRAFICI, ESPERIENZA LAVORATIVA GENERALE E SPECIFICA

In questo studio è stata calcolata la relazione tra le variabili di questo studio e caratteristiche anagrafiche come l'età degli infermieri, gli anni di esperienza come infermiere e gli anni di esperienza in pronto soccorso. Nessune di queste analisi ha mostrato una relazione significativa. Questo dato, per quanto riguarda le caratteristiche di Dispositional Mindfulness, Empatia e Regolazione Emotiva potrebbero confermare l'idea che queste caratteristiche siano stabili nel tempo e quindi caratteristiche di "tratto" e non di "stato" o che le differenze personali in queste variabili non siano dipendenti da fattori come l'età o gli anni di lavoro come infermiere. Probabilmente queste caratteristiche, se non sviluppate durante il percorso di formazione universitaria o lavorativa, tendono a rimanere stabili nel tempo. Un'altra ipotesi, che approfondiremo più avanti quando confronteremo la popolazione di infermieri con quella degli studenti è che il cambiamento durante il percorso lavorativo di queste variabili non sia dovuto a fattori spuri come l'età ma ad altre caratteristiche.

Per quanto riguarda il burnout, il dato trovato in questa ricerca sembra confermare le ricerche che sostengano che non sia l'età o l'esperienza lavorativa ad essere un fattore determinante nel burnout visto che a diverse età ci può essere una diversa motivazione alla base dell'insorgenza di questo fenomeno. Se da un lato gli operatori "più anziani" possono sentire maggiormente il peso del carico di lavoro, che può andare in risonanza con cambiamenti a livello familiare come la nascita di un figlio, una separazione o la malattia di un parente stretto, che sono a loro volta eventi stressanti e più frequenti con l'aumentare dell'età, d'altro canto gli operatori "più giovani" molto spesso vedono, all'inizio della loro carriera, ad uno scontro tra le aspettative, molto spesso idealizzate durante gli anni di formazione universitaria, e la realtà lavorativa che può portare ad una disillusione ed una diminuzione dell'investimento, emotivo e personale, sul lavoro svolto.

Potrebbe essere quindi interessante andare ad osservare, con metodologie più qualitative, quali siano le ragioni che portano un operatore sanitario ad essere vittima del fenomeno del burnout durante l'arco della carriera lavorativa.

CONFRONTO TRA LE DIVERSE REALTÀ OSPEDALIERE

Successivamente abbiamo emesso a confronto gli infermieri appartenenti a diverse realtà ospedaliere presenti nel nostro lavoro.

Le tre realtà ospedaliere che abbiamo confrontato hanno delle caratteristiche particolari e diverse l'una dell'altra. Mentre i reparti di pronto soccorso degli Ospedali di Niguarda e di Varese sono due dei sei centri lombardi classificati come "Centro Trauma ad Alta Specializzazione", e sono quindi attrezzati per gestire ed affrontare in maniera definitiva qualsiasi tipologia di lesione e di problematica polistrutturale. La differenza tra i due ospedali sta nella collocazione geografica degli stessi, mentre l'ospedale di Varese è situato nella cittadina capoluogo di provincia Lombarda e gestisce annualmente 60,000 accessi, l'ospedale Niguarda è un Grande Ospedale Metropolitano di Milano e gestisce annualmente più di 90,000 accessi. Gli ospedali di Luino, Cittiglio e Tradate fanno tutti e tre parte della ASST Sette Laghi, e all'interno della struttura HUB & SPOKE di questa ASST per le patologie tempo dipendenti fanno riferimento all'Ospedale di Varese, questi 3 piccoli pronti soccorsi quindi si trovano a gestire un minor numero di patologie gravi e urgenti. Complessivamente questi 3 ospedali si trovano a gestire 90,000 accessi all'anno, anche se ovviamente di tipologia diversa.

Per quanto riguarda le dimensioni del burnout si evidenzia come gli operatori dell'Ospedale di Varese mostrino avere punteggi mediamente più elevati rispetto ai colleghi di Luino, Cittiglio e Tradate, mentre gli infermieri di Niguarda si pongono in linea con questi ultimi 3 ospedali.

Questo dato può avere senso alla luce delle differenze tra queste due realtà, l'Ospedale di Varese si trova a gestire il 40% di tutti gli accessi in carico annualmente all'intera ASST con un numero elevato di casi con una patologia tempo dipendente provenienti da tutta la provincia. È comprensibile quindi che gli infermieri di questo ospedale si trovino a dover affrontare un più alto carico di stress e di pressioni lavorative e quindi ad avere una maggiore vulnerabilità a fenomeni come la depersonalizzazione. Come detto invece gli infermieri dell'ospedale Niguarda mostrano punteggi in questa scala più bassi rispetto l'ospedale di Varese nonostante la tipologia di pronto soccorso e di casistica affrontata sia paragonabile. Questo dato può essere probabilmente interpretato grazie alle differenze trovate nelle altre dimensioni dello studio. Possiamo osservare infatti come gli infermieri dell'ospedale Niguarda mostri avere punteggi medi più bassi nelle sottoscale "Empathic Concern" dell'IRI e "Impulse" e "Strategies" del DERS. Sotto l'aspetto della regolazione emotiva questo dato evidenzia come gli infermieri dell'Ospedale Niguarda hanno minori difficoltà nel controllare il proprio comportamento quando si trovano ad affrontare le proprie emozioni negative e che riescono ad avere un maggiore accesso alle strategie di regolazione emotiva. Questo dato sembra evidenziare come gli infermieri di questo ospedale posseggano mediamente una migliore capacità di affrontare strategicamente e meno di impulso le emozioni negative che provano durante il proprio lavoro. Questo potrebbe sostenere il dato evidenziato precedentemente sul burnout. Se questi infermieri davvero riescono a gestire in maniera più efficace le proprie emozioni negative è comprensibile come siano meno esauriti dalle stesse e provino una minore tendenza a doversi staccare fisicamente ed emotivamente dal proprio posto di lavoro. Per quanto riguarda i minori punteggi medi nella sottoscala "Empathic concern", che rappresenta la tendenza a provare compassione ed empatia di fronte alle emozioni negative altrui, possono essere interpretati come una narrativa presente in questi infermieri come più "freddi" a livello relazionale e più improntati su un aspetto strategico della gestione dell'evento avverso.

Infine per quanto riguarda le differenze tra i diversi ospedali per le diverse sottoscale di Dispositional Mindfulness non emergono differenze significative. questo dato può essere letto come una conferma per cui la dispositional mindfulness sono caratteristiche di "tratto" abbastanza stabili e, visto che nessuno degli ospedali ha messo in pratica azioni di intervento utilizzando protocolli di mindfulness, è comprensibile che i diversi ospedali non mostrino differenze significative e che le eventuali differenze minime trovate siano da attribuirsi alle differenze personali presenti per queste variabili.

ANALISI DI REGRESSIONE

Successivamente siamo andati ad eseguire delle analisi di regressione in cui inserivamo il punteggio del GHQ-12, rappresentante il livello di stress, e le sottoscale del Maslach Burnout Inventory, come variabile dipendente e di volta in volta come variabili indipendenti inserivamo le sottoscale delle diverse dimensioni di questo studio. L'idea di fondo è quella di cercare una causalità tra queste variabili e quindi poter verificare se le differenze individuali a livello di Dispositional Mindfulness, di Empatia e di Regolazione emotiva potessero predire i punteggi di Stress e Burnout.

Per quanto riguarda la Dispositional Mindfulness la letteratura ha studiato ampiamente l'effetto di protocolli che in diversi modi utilizzano la mindfulness come strategia di intervento sullo stress e sul burnout come l'MBSR, MBCT e la DBT, precedentemente presentati in questo lavoro. Questi protocolli si sono dimostrati efficaci sia sulla popolazione clinica che sugli operatori sanitari. L'analisi di regressione servirebbe per contribuire a confermare l'idea che le differenze personali di dispositional mindfulness siano dei fattori protettivi nei confronti di stress e burnout. Più sarò un infermiere consapevole delle proprie emozioni e dei propri pensieri nel momento presente e che li accoglie con un assetto non giudicante, minore sarà il rischio di sviluppare burnout.

Iniziando a commentare i punteggi risultati dal questionario GHQ-12 possiamo osservare come nel complesso la dispositional mindfulness spiega il 26% di varianza del GHQ-12 mentre la capacità di regolazione emotiva, presa nel suo complesso spiega il 38% di varianza. Per quanto riguarda invece l'analisi dell'influenza dell'empatia, questa non ha dimostrato una varianza significativa. Andando ad osservare le sottoscale possiamo osservare come un contributo significativo viene fornito dalle sottoscale "Descrivere", "Non Giudicare" e "Non Reagire" del FFMQ e dalle sottoscale "Strategie" e "Chiarezza" del DERS. Gli infermieri che sono maggiormente capaci di riconoscere le proprie emozioni, di accoglierle benevolmente, senza dover reagire a livello comportamentale all'esperienza interna e che riescono a mettere in atto maggiori strategie di regolazione delle emozioni tendono ad esperire un livello di stress inferiore rispetto ai propri colleghi. Questo dato mostra l'importanza che riveste la consapevolezza della propria esperienza interna e la capacità di reagire a questa in maniera strategica. L'ambiente del Pronto Soccorso è sicuramente un ambiente molto soggetto a stress visto l'alta richiesta a livello emotivo richiesta ai operatori nell'affrontare la sofferenza dei pazienti e dei loro parenti oltre che la propria e l'alto carico di lavoro che rende il turno di lavoro molto frenetico. Emerge come la capacità di prendersi un attimo per riflettere sul proprio stato emotivo in modo da esserne più consapevole e quindi di poter reagire allo stesso in maniera più strategica è un ottimo strumento contro lo stress.

Andando invece ad analizzare le analisi di regressione in cui la variabile dipendente è il punteggio di “esaurimento emotivo” emerge come i livelli di “dispositional mindfulness” contribuiscono in maniera significativa alla variazione del punteggio di esaurimento emotivo per il 24% mentre le capacità di regolazione emotiva per un 29% infine la capacità empatica mostra avere una variazione significativa, seppur modesta, del 13%. Andando a osservare il contributo delle singole sottoscale si evidenzia come le sottoscale “Agire con Consapevolezza”, “Non Giudicare” e “Non Reagire” del FFMQ e le sottoscale “Empathic Concern” dell’IRI mostrano avere un contributo significativo. Questi dati sembrano fornire una ottima cornice di interpretazione, da una parte è presente l’esperienza interna dell’infermiere per cui più è capace di non giudicare le proprie emozioni e di reagire a queste in maniera strategica e consapevole meno l’infermiere esperirà sensazioni di esaurimento emotivo. Dall’altro lato i risultati dei punteggi di empatia mostrano l’importanza della gestione della sofferenza del paziente. Più l’infermiere sarà in grado di prendere il punto di vista del paziente e meno, invece, ad avere un atteggiamento compassionevole nei suoi confronti meno esperirà sensazioni di esaurimento emotivo. Questo dato evidenzia come l’utilizzo dell’empatia di tipo cognitivo porti a un esito migliore nella gestione del paziente in termini di carico emotivo. In sintesi quindi la capacità di essere consapevole e di gestire le proprie emozioni e di avere un approccio cognitivo “centrato sul paziente” permette agli infermieri di pronto soccorso di non farsi travolgere dal carico emotivo caratteristico del proprio lavoro.

Andando ad osservare i risultati dell’analisi della regressione della scala “Depersonalizzazione” osserviamo come i livelli di “Dispositional Mindfulness” e di “Regolazione Emotiva” forniscono un contributo significativo alla varianza della scala “Depersonalizzazione” rispettivamente del 27,9% e del 23,3% per quanto riguarda invece la valutazione dell’empatia fornisce un contributo significativo, seppur modesto del 13,3%. Andando invece ad osservare i contributi delle varie sottoscale possiamo osservare come la sottoscala “Agire con Consapevolezza” del FFMQ e la sottoscala “Perspective Taking” dell’IRI forniscono un contributo significativo. Questo dato ci mostra ancora una volta come non utilizzare il pilota automatico nell’esecuzione del proprio lavoro e riuscire ad avere un assetto “centrato sul paziente”, riuscendo a regolare le proprie emozioni, permetta all’infermiere di esperire meno sentimenti di depersonalizzazione. Collegandoci ai risultati precedenti sembra ancora più evidente come assumere un atteggiamento di “centratura” sul paziente, riuscendo ad essere consapevole delle proprie emozioni, essere capace di gestirle ed approcciarsi al paziente usando gli aspetti più “cognitivi” dell’empatia sia una strategia ottimale nell’arginare il fenomeno del burnout.

Infine per quanto riguarda l'analisi della regressione della sottoscala "Soddisfazione professionale" possiamo vedere come i tratti di "dispositional mindfulness" e la capacità di "regolazione emotiva" forniscono un contributo significativo alla varianza rispettivamente del 15,6% e del 15,5%, mentre per quanto riguarda la valutazione dell'empatia questa non fornisce un contributo significativo.

Andando ad osservare i contributi delle sottoscale, possiamo osservare come l'unico contributo significativo è dato, seppur in modesta misura, dalla sottoscala "Agire con Consapevolezza". Possiamo osservare quindi come per quanto riguarda la "soddisfazione professionale" il contributo alla varianza delle variabili in oggetto è in misura inferiore, di quasi 10 punti percentuali. Inoltre, riprendendo i dati descrittivi osserviamo come i punteggi di questa sottoscala siano mediamente più bassi, rispetto alle altre due scale del burnout. Questo dato potrebbe presupporre che la categoria lavorativa degli infermieri riesca a rimanere maggiormente soddisfatta dal proprio lavoro, nonostante l'alto tasso di burnout presente nei lavoratori, e che questa "resilienza" non sia tanto dovuta ad delle caratteristiche personali ma piuttosto alle caratteristiche proprie della professione infermieristica. Sicuramente un approfondimento in questo senso sarebbe un ottimo oggetto di studio futuro.

Sia la letteratura che il buon senso ci fa osservare come costrutti come la mindfulness e la regolazione emotiva non sono completamente estranei uno dall'altro ma hanno un forte tasso di sovrapposizione. La letteratura sulla mindfulness ci suggerisce come sia quest'ultima antecedente alle capacità di regolazione emotiva piuttosto che il contrario. In questo studio però si è deciso di affrontare i due costrutti come separati in quanto non era oggetto di interesse capire quale dei due costrutti avesse una predominanza a livello causale ma piuttosto far emergere come tutti e due questi costrutti fossero fondamentali nella prevenzione del burnout.

Concludendo con l'analisi dei risultati delle regressioni possiamo osservare come venga confermata l'ipotesi di questo studio per cui una migliore regolazione emotiva e un atteggiamento più "mindful" da parte degli infermieri, possano essere dei fattori protettivi per il burnout all'interno della professione infermieristica. Questo dato potrebbe supportare l'idea che, in termini di prevenzione, potrebbe avere degli ottimi risultati inserire, all'interno della formazione universitaria o professionale degli operatori sanitari, dei corsi che abbiamo come obiettivo la trasmissione delle nozioni di mindfulness e delle capacità di metterla in pratica. Così come l'insegnamento nell'utilizzare un approccio empatico è entrato nelle core-skill delle professioni sanitarie potrebbe essere utile portare una maggiore attenzione al formare un operatore più "consapevole". Questo potrebbe portare delle ricadute positive sia in termini di qualità della vita degli operatori, ma anche ad un

migliore processo di cura dei pazienti, che a sua volta porterebbe a migliori outcome terapeutici, ma anche ad una riduzione della spesa sanitaria in quanto la diminuzione del livello di burnout all'interno della popolazione infermieristica porterebbe ad un minore assenteismo, un minor turnover e ad un minor abbandono lavorativo.

Infine per quanto riguarda il ruolo dell'empatia si evidenzia come sia importante avere un approccio più "cognitivo" che permetta all'operatore sanitario di essere più centrato sul paziente e meno sopraffatto dalle emozioni negative. Emerge però anche come un approccio empatico abbia un ruolo più secondario nella genesi del burnout rispetto a costrutti come la "dispositional mindfulness" o la "regolazione emotiva". Visto l'alto tasso di burnout presente nel nostro campione possiamo pensare che sia supportata l'ipotesi di letteratura per cui alti livelli di burnout diminuiscano la capacità empatica degli infermieri, e che quindi in questo caso il legame causale tra le due variabili sia inverso rispetto a quello ipotizzato.

GLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

Gli obiettivi di questo secondo studio sono quelli di studiare le variabili oggetto del primo studio nella popolazione degli studenti universitari di scienze infermieristiche. In seguito ai risultati del primo studio, che suggeriscono l'importanza dello sviluppo della "dispositional mindfulness" e della regolazione emotiva, oltre che delle capacità empatiche. L'obiettivo di questo studio è quello di, verificare che la relazione trovata nel campione di infermieri di pronto soccorso sia valida anche nel campione di studenti, osservare se questi tre costrutti si modificano nel corso dei tre anni universitari e di confrontarli con i risultati ottenuti dal campione dello studio precedente.

DIFFERENZE DI GENERE

Per prima cosa si è andati ad osservare se ci fossero delle differenze di genere nelle variabili oggetto dello studio per quanto riguarda gli studenti di scienze infermieristiche.

Per quanto riguarda le variabili di "dispositional mindfulness" possiamo osservare come ci siano due differenze significative rilevanti. La prima riguarda la sottoscala "Agire con consapevolezza" in cui le studentesse femmine ottengono risultati medi più alti rispetto ai loro colleghi maschi. Questo dato è inedito in questa ricerca in quanto questa differenza non era presente nella popolazione degli infermieri di pronto soccorso. Questo dato ci suggerisce come le studentesse di genere femminile agiscano più consapevolmente e meno con il "pilota automatico" rispetto ai colleghi maschi. L'altra differenza significativa emersa in questa analisi è invece presente nella sottoscala "Non Reagire" in cui gli studenti maschi ottengono punteggi mediamente più alti rispetto alle colleghe femmine.

Questo dato è emerso anche nelle analisi di differenze di genere nel campione di infermieri di pronto soccorso e quindi sembra esserci una conferma di questa differenza, in cui sembrerebbe che il genere maschile abbia una migliore capacità di non dover reagire agli stati emotivi interni ma di avere un approccio più strategico ai propri vissuti.

Per quanto riguarda le dimensioni di responsività empatica emergono delle differenze in tre sottoscale su quattro. In particolare possiamo osservare che le studentesse ottengono punteggi mediamente più alti nelle sottoscale “Fantasy Scale”, “Empathic Concern” e “Personal Distress”. Questo dato viene anche confermato dall’analisi delle differenze di genere degli infermieri in cui emergevano differenze significative nelle prime due di queste sottoscale. Sembra confermato il dato per cui le infermiere, o le studentesse di infermieristica, riescano ad immergersi in maniera migliore nel racconto e nella narrazione del paziente e a provare un maggior empatia e compassione di fronte alla sofferenza del paziente, ma anche ad accusare più dolore e sconforto di fronte alla sofferenza altrui. Questi dati sembrano confermare l’idea che le infermiere di genere femminile tendano ad usare una maggiore empatia di tipo “emotivo” che permette loro di immergersi maggiormente nella narrazione del paziente ma anche a esperire maggiori sentimenti di sconforto e stress. Bisogna osservare però che questa tendenza ad una empatia di tipo “emotivo” non avviene a danno di una componente più “cognitiva” infatti la sottoscala “perspective taking” che misura la capacità di prendere la prospettiva del paziente secondo un approccio più “cognitivo” non presenta differenze di genere.

Infine per quanto riguarda la capacità di regolazione emotiva non risultano differenze significative. Anche in questo caso quindi, come nel campione degli infermieri di pronto soccorso, le capacità di regolazione emotiva sono paragonabili per i due sessi, come viene affermato in precedenza questo dato è in linea con i dati della letteratura internazionale.

DIFFERENZE IN BASE ALL’ANNO ACCADEMICO

Si è andato poi ad osservare se ci fossero delle differenze nelle variabili di questo studio durante i tre anni del corso di scienze infermieristiche. Questo dato ci permette di osservare se ci fosse una evoluzione nel tempo di queste capacità oppure se rimanessero stabili.

I risultati ci mostrano che sia la dispositional mindfulness, che la capacità di regolazione emotiva che alla responsività empatica rimangono stabili rispetto ai tre anni e non mostrano, quindi differenze significative.

Per quanto riguarda la dispositional mindfulness e la capacità di regolazione emotiva questo dato è paragonabile a quello trovato nel primo studio dove non emergeva una differenza in queste variabili

per quanto riguarda età o esperienza lavorativa. Questo dato è quindi una ulteriore conferma che la dispositional mindfulness sono caratteristiche di “tratto” che non si dimostrano sensibili a fattori specifici come l’età, l’anno accademico di studi o l’esperienza lavorativa. La letteratura è piena di studi che mostrano come protocolli, corsi di formazione o interventi basati sulla mindfulness e sulla regolazione emotiva siano evidence-based e mostrino come ci possano essere dei miglioramenti in queste capacità anche nel giro di poche settimane e che queste rimangano poi stabili nel tempo. Questa contrapposizione suggerisce come il miglior modo per “allenare” queste capacità sia attraverso percorsi specifici.

Se andiamo invece ad analizzare il fatto che non ci sia differenza tra gli anni accademici per le variabili dell’empatia questo dato sembra andare in controtendenza rispetto alla letteratura internazionale. Sono molti gli studi, in particolare sugli studenti di medicina, che mostrano come i livelli medi di disponibilità empatica aumentino durante il corso degli anni di studi, in particolare in coincidenza dei momenti in cui gli studenti entrano in contatto con i pazienti durante le esperienze di tirocinio. I questionari di questo studio sono stati somministrati all’inizio dell’anno accademico, ci si poteva aspettare quindi una differenza significativa tra gli studenti del primo anno, che ancora non hanno iniziato i loro percorsi di tirocinio, rispetto ai loro colleghi del secondo e del terzo anno. Una ipotesi che potrebbe spiegare questo dato potrebbe essere data dall’organizzazione del tirocinio dei corsi di laurea in scienze infermieristiche. All’interno dei 3 anni gli studenti devono completare 5 moduli di tirocinio, ogni modulo ha la durata di un mese e prevede all’incirca 100 ore di lavoro in reparto. I moduli vengono svolti uno al primo anno e due moduli rispettivamente al secondo e terzo anno.

Da un lato quindi nessuno studente del campione ha svolto tutti e cinque i moduli di tirocinio e in secondo luogo il monte ore totale del tirocinio è minore a quello degli studenti di Medicina e si può quindi supporre che non sia sufficiente a sviluppare efficacemente una disponibilità empatica negli studenti. Sarebbe quindi interessante somministrare questi questionari al termine del percorso triennale di scienze infermieristiche per vedere se al termine del tirocinio i punteggi medi del questionario IRI mostrassero dei cambiamenti.

ANALISI DELLA REGRESSIONE

Si è andati successivamente ad osservare se ci fosse una relazione causale tra le variabili oggetto dello studio e il livello percepito di stress per gli studenti di Scienze Infermieristiche.

Per quanto riguarda la dispositional mindfulness possiamo osservare come nel complesso questa caratteristica spiega il 25,4% della varianza dello stress percepito. Andando a osservare i contributi

delle singole sottoscale possiamo vedere come ci sia un contributo significativo per le sottoscale “Descrivere”, “Non Giudicare” e “Non Reagire”. Questi dati sono assolutamente in linea con quelli trovati sul campione di infermieri di Pronto Soccorso, in cui la percentuale di varianza spiegata è molto simile e sono le stesse sottoscale a fornire dei contributi significativi. La capacità di saper riconoscere e nominare i propri stati interni, la capacità di non giudicarli e di accettarli benevolmente e di non dover reagire alla loro comparsa permette agli studenti di esperire livelli di stress minori. Possiamo presumere che la tipologia di stress percepito dagli studenti sia dovuto ad una motivazione diversa rispetto agli infermieri, da una parte ci possono essere gli esami universitari e il carico di studio dall'altra parte la fatica di un lavoro frenetico ed esigente dal punto di vista emotivo, emerge però come in tutti e due i casi siano le stesse attitudini della mindfulness a predirne l'esito. Questo dato conferma l'ampia letteratura sui protocolli comprendenti la mindfulness e la loro efficacia nel trattare la sintomatologia dello stress in toto.

Per quanto riguarda le capacità di regolazione emotiva possiamo osservare come nel complesso ci sia un contributo significativo del 31,6% di varianza spiegata. Andando ad osservare il contributo delle diverse sottoscale possiamo osservare come ci sia un contributo importante della sottoscala “consapevolezza” e dei contributi più modesti per quanto riguarda le sottoscale “Obiettivi” e “Strategie”. Anche questo dato conferma i risultati precedentemente trovati secondo i quali una migliore capacità di regolazione emotiva, in particolare nella capacità di essere consapevole dell'emergere delle emozioni e di prestare loro attenzione e ad utilizzare un approccio strategico alla loro regolazione permette di esperire minori quantità di stress. Questo dato conferma l'importanza della regolazione e gestione delle emozioni nel benessere della persona e di come una mancata regolazione possa avere come conseguenza un aumento dello stress percepito.

Infine per quanto riguarda la disponibilità empatica possiamo osservare come nel complesso ci sia un contributo significativo alla varianza del 9,1%, mentre se osserviamo il contributo delle diverse sottoscale risulta significativo il contributo delle sottoscale “Empathic Concern” e “Personal Distress”. Questo dato va in controtendenza con quello trovato nel campione di infermieri in cui non si registrava un contributo significativo alla varianza del livello di stress percepito da parte delle scale dell'empatia. Nel campione degli studenti emerge come si esperiscano livelli minori di stress se si riesce ad avere un atteggiamento più empatico e compassionevole e si provino meno sensazioni di sconforto e dolore nell'affrontare la sofferenza altrui. Emerge da questo dato come gli studenti riescano, ancora, ad utilizzare la propria capacità empatica come strumento per prevenire le situazioni stressanti e ad alto impatto emotivo e quindi ad esperire un minore grado di stress.

CONFRONTO TRA LA POPOLAZIONE DI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO E GLI STUDENTI DI SCIENZE INFERMIERISTICHE

in ultima analisi si è andati a confrontare il campione di studenti di scienze infermieristiche e di infermieri di pronto soccorso per le variabili oggetto dello studio, questo confronto, seppur cross-sectional e non longitudinale, ci può permettere di osservare il cambiamento delle nostre variabili.

Per quanto riguarda le capacità di regolazione emotiva possiamo osservare come gli infermieri risultino avere punteggi medi inferiori rispetto agli studenti di infermieristica rispetto alle sottoscale “Obiettivi”, “Impulsi” e “Strategie”. Il campione di infermieri dimostra quindi di avere una maggiore capacità di regolare le emozioni attraverso l’uso di strategie di regolazione, rimanendo focalizzati sui propri obiettivi e senza perdere il controllo degli impulsi. Molto probabilmente questi dati possono essere letti alla luce dell’esperienza continua con un ambiente ad alto impatto emotivo che ha permesso agli infermieri di sviluppare strategie di regolazione emotiva in maniera più efficace.

Per quanto riguarda le diverse sfaccettature della “dispositional mindfulness” possiamo osservare come il campione di infermieri di pronto soccorso riporti livelli medi maggiori nelle sottoscale “Agire con consapevolezza” e “Non Reagire”. L’interpretazione di questo dato può essere fatta alla luce dei dati precedentemente analizzati. Se da un lato osserviamo come non ci sia un cambiamento nelle sfaccettature della mindfulness per quanto riguarda fattori specifici come l’età, l’anno di corso di studi o l’esperienza lavorativa d’altro canto osserviamo una differenza significativa tra le due popolazioni. Una prima ipotesi potrebbe essere quella secondo la quale la popolazione degli infermieri, all’interno della loro carriera lavorativa o esperienza personale, abbia ricevuto formazioni o partecipato a corsi in cui era integrata una componente di mindfulness, ma purtroppo questo dato non è rilevabile. Una seconda ipotesi invece potrebbe essere suggerita proprio da quelle sottoscale che risultano significative, le stesse sottoscale che si sono dimostrate avere un contributo significativo nella relazione tra “dispositional mindfulness” e “burnout”. Questo dato potrebbe indicare quindi che gli infermieri, avendo a che fare con un ambiente lavorativo che è molto sensibile al fenomeno del burnout, abbiano sviluppato in maniera informale queste abilità come reazione all’ambiente stressante. Si potrebbe ipotizzare quindi che la capacità di essere focalizzati sulla esperienza presente, senza l’utilizzo del pilota automatico e la capacità di non reagire all’esperienza emotiva interna siano delle skill che sono entrate nell’“Hidden Curriculum” della professione infermieristica. Questa ipotesi rafforzerebbe ulteriormente la proposta di questa tesi di formalizzare all’interno del percorso di formazione universitaria una pratica di mindfulness.

Infine per quanto riguarda la disponibilità empatica possiamo osservare come il campione di studenti di scienze infermieristiche mostri avere dei punteggi medi più alti in tutte e quattro le sottoscale dell'IRI. Questo dato prende significato alla luce dell'ipotesi di letteratura, già esposta secondo la quale un alto livello di burnout, come quello presente nella popolazione degli infermieri, abbassi la capacità empatica degli operatori sanitari, mentre gli studenti, ancora non immersi nel mondo del lavoro, dimostrino avere una migliore capacità empatica. Questo ipotesi è ancora più plausibile alla luce dei risultati delle regressioni che ci mostrano come la disponibilità empatica fornisca non fornisca un contributo significativo alla varianza del burnout, potrebbe quindi essere vero il contrario, alti livelli di burnout tendono ad abbassare la capacità empatica degli operatori che lo esperiscono.

CONCLUSIONI

L'obiettivo che si poneva questo lavoro era quello di osservare la relazione tra mindfulness e burnout del personale infermieristico in un approccio parzialmente inedito. La letteratura scientifica è ricca di lavori che hanno studiato il fenomeno del burnout in tutte le sue sfaccettature e definizioni negli operatori delle professioni d'aiuto, e mostra come sia una questione di primaria importanza per le organizzazioni sanitarie che vogliono migliorare la qualità di vita dei propri professionisti così come la qualità della cura offerta, non di minore importanza inoltre il fenomeno del burnout comporta una maggiore spesa sanitaria a causa di un maggior numero di assenze, un aumento del fenomeno del turnover e un abbassamento della qualità lavorativa fornita dai professionisti.

Negli ultimi trent'anni si può osservare un aumento esponenziale dei lavori in letteratura che affrontano il tema della mindfulness e di come protocolli e terapie basate su questo costrutto si siano dimostrati efficaci di alleviare sintomatologie come lo stress, il dolore cronico, la depressione e appunto il burnout. Molte realtà ospedaliere, in tutto il mondo occidentale, stanno iniziando a inserire corsi, protocolli o interventi basati sulla mindfulness, come il Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) o la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), sia per il proprio bacino di utenza affetto da diverse sintomatologie, sia per il proprio personale sanitario, qualora fosse ritenuto opportuno data l'aggravarsi dello stress-percepito e dall'accentuarsi del livello di burnout riferito. Le nuove tecnologie, inoltre stanno rendendo disponibili alle grandi masse percorsi di mindfulness attraverso app accessibili da qualsiasi smartphone e tablet.

Solo recentemente però si sta portando sempre più all'attenzione della ricerca il tema delle differenze individuali delle capacità di mindfulness, come ognuno di noi, senza aver partecipato a corsi appositi o senza meditare regolarmente, abbia più o meno sviluppata la capacità di osservare i propri pensieri ed emozioni, di vivere nel momento presente e di adottare un atteggiamento benevolente e non giudicante rispetto alla propria esperienza esterna od interna. Queste differenze sicuramente sono presenti e molti studi hanno mostrato come sia possibile "allenare" questa capacità.

L'obiettivo di questa tesi era quindi quello di provare a suggerire un approccio al tema del burnout che non si focalizzasse soltanto sull'intervento ma anche su un aspetto di prevenzione.

Il nostro studio sugli infermieri di pronto soccorso ci mostra come le differenze individuali nelle diverse sfaccettature della mindfulness e nella capacità di regolazione emotiva siano dei potenti predittori del livello di burnout percepito. La domanda che viene da porsi quindi è abbastanza spontanea. Ma se un infermiere con un alto livello di "consapevolezza" e una buona capacità di

regolazione emotiva esperisce minori livelli di burnout non è possibile sviluppare queste capacità all'interno della formazione universitaria o di formazione continua lavorativa?

Se davvero la mindfulness dimostra efficacie non solo come strategia di intervento ma anche come fattore protettivo verso burnout e stress non avrebbe senso fornire alle future generazioni di operatori sanitari delle competenze appropriate in questo campo in modo da aumentare il livello di resilienza al burnout di questa categoria lavorativa?

Questi interrogativi ci portano alla seconda parte di questo studio in cui si è voluto osservare la relazione di questi costrutti negli studenti universitari iscritti al corso di Scienze Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. I risultati ci hanno mostrato come anche in questo caso la relazione tra lo stress percepito e i costrutti di mindfulness e regolazione emotiva risultasse significativa e come abbiamo potuto ipotizzare, attraverso il confronto con il campione di infermieri di pronto soccorso, che questi costrutti abbiano un ruolo importante nei confronti di stress e burnout. I dati emersi da questo studio contribuiscono ancora di più all'ipotesi di inserire all'interno del corso di studi universitario un programma di mindfulness. Una delle prime, e più studiate, università che hanno introdotto programmi di mindfulness nel contesto universitario è l'università di Rochester, che propone un percorso annuale per un totale di 52 ore, di cui 8 incontri settimanali di 2,5 ore, un giorno di ritiro e 10 incontri mensili, agli studenti delle facoltà sanitarie (H. B. Beckman et al., 2012). Ogni sessione utilizza una combinazione di esercizi di contemplazione formali, pratiche informali e scrittura narrativa. I risultati di questo training mostrano come gli studenti abbiano un aumento significativo del livello di mindfulness (>1 DS) e riportino una significativa riduzione del burnout. Dagli incontri di follow-up gli studenti riportavano di continuare ad utilizzare le tecniche imparate durante il corso per gestire meglio lo stress e le situazioni ad alto impatto emotivo, oltre che a continuare a praticare la contemplazione formale e informale.

Questo studio ci dimostra come l'inserimento di corsi e formazioni dedicate alla mindfulness può avere delle ricadute a lungo termine per quanto riguarda la salute degli operatori sanitari.

Un discorso a parte lo merita il tema dell'empatia, la letteratura suggerisce come questo costrutto è legato a doppio filo con l'insorgere del burnout. Alcuni studi ci mostrano come un assetto empatico e centrato sul paziente tenda a diminuire le possibilità di sviluppare burnout, mentre altri lavori evidenziano come l'insorgere del burnout negli operatori ha come conseguenza la diminuzione della capacità empatica dello stesso.

I risultati trovati nel presente lavoro mostrano come la capacità empatica degli infermieri o degli studenti non sia rilevante in maniera significativa, se non in maniera molto modesta, sui livelli di

burnout e di stress. Emerge però una sostanziale differenza tra quelle che vengono definite le capacità empatiche “cognitive” ed “emotive” con le prime che dimostrano essere importanti per avere un assetto centrato sul paziente mentre le seconde rischiano di far scivolare l’atteggiamento dell’operatore verso la compassione e una attivazione emotiva molto forte. I lavori in letteratura sull’empatia mostrano come un approccio empatico che tenda alla compassione possa comportare un aumento dei livelli di stress e burnout percepiti, mentre un approccio empatico più “cognitivo” permetta di mantenere la giusta distanza e la giusta oggettività nei confronti del paziente e come questo possa aumentare gli outcome terapeutici.

Sicuramente questo lavoro è solamente un piccolo contributo al tema che non è esente di criticità. Essendo uno studio cross-sectional la capacità predittiva dei tracciati evolutivi di queste caratteristiche è limitata. Uno studio longitudinale che studia un gruppo di infermieri partendo dalla loro formazione universitaria attraverso la loro carriera lavorativa potrebbe fornire dei dati sicuramente più accurati sotto questo punto di vista. Inoltre un ulteriore sviluppo potrebbe essere quello di studiare l’efficacia di un programma universitario fondato sulla mindfulness come quello dell’Università di Rochester. Sotto il punto di vista metodologico inoltre potrebbe essere interessante l’ampliamento del campione infermieristico a realtà lavorative diverse da quelle dei Reparti di Pronto Soccorso, in quanto ci potrebbero essere delle differenze disposizionali tra gli infermieri di questi reparti. Questo lavoro può però sicuramente contribuire a portare l’attenzione sul tema della prevenzione del burnout e all’importanza dell’inserimento di protocolli e programmi di mindfulness all’interno delle professioni sanitarie, fin dalla formazione universitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Adriaenssens, J., & Gucht, V. De. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12138/full>
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- Baer, R. (2010). Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. Retrieved from <https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=uYMwPgJ1qYMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=baer+ruth+assessing&ots=4nipH-ZOFH&sig=mQ6TUUztC6S7G46YggNOQQ49bgM>
- Baer, R. A. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental*. Retrieved from <http://www.springerlink.com/index/r2k31831780w417w.pdf>
- Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The Impact of a Program in Mindful Communication on Primary Care Physicians. *Academic Medicine*, 87(6), 815–819. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318253d3b2>
- Beckman, T. J., Reed, D. A., Shanafelt, T. D., & West, C. P. (2009). Impact of resident well-being and empathy on assessments of faculty physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 25(1), 52–56. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1152-0>
- Bhikkhu, T., & Bhikkhu, T. (2007). Mindfulness defined. Retrieved November. Retrieved from <http://www.dhammadata.org/Archive/Writings/CrossIndexed/Uncollected/MiscEssays/Mindfulness Defined.pdf>
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., & Carlson, L. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Science and Practice*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bph077/full>
- Borritz, M., Rugulies, R., & Christensen, K. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and*. Retrieved from <http://oem.bmj.com/content/63/2/98.short>

- Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Grégoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., & Johnston, C. C. (2015). Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing: JEN : Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 41(4), 323–8. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001>
- Brothers, L. (1989). A biological perspective on empathy. *American Journal of Psychiatry*. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.146.1.10>
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/psp/84/4/822/>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Browning, L., Ryan, C., & Thomas, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health &*. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500600568290>
- Buck, R., & Ginsburg, B. (1997). Communicative genes and the evolution of empathy. *Annals of the New York Academy of*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.1997.tb51944.x/full>
- Calamandrei, C. (1994). L'infermiere professionale abilitato a funzioni direttive. *NIS, Roma*.
- Carr, Iacoboni, Dubeau, Lenzi, M. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the*. Retrieved from <http://www.pnas.org/content/100/9/5497.short>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. Retrieved from http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx
- Colman, A. (2015). A dictionary of psychology. Retrieved from <https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=UDnvBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=colman+2001+a+dictionary+of+psychology&ots=R3lLu5BtOY&sig=-pkIReiyNUUs72Po26REUCLyU6Q>
- Davis, M. (1994). Empathy: A social psychological approach. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-98880-000>
- Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A

multidimensional approach. *Journal of Personality*, 51(2), 167–184.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1983.tb00860.x>

Dawkins, R. (2016). *The selfish gene*. Retrieved from

<https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=ekonDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=dawkins+selfish+gene&ots=KB8XVYk6xy&sig=e707uhlgUxKz6AF9g7yY1Q40nIE>

Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive*. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534582304267187>

Demiéville, P. (1924). Les versions chinoises du Milindapañha. *Bulletin de l'École Française d'Extrême-Orient*. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/43730696>

Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. Springer.

Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., & Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: A multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 170–186. <https://doi.org/10.1037/a0021725>

Djikic, M., Langer, E. J., & Stapleton, S. F. (2008). Reducing Stereotyping Through Mindfulness: Effects on Automatic Stereotype-Activated Behaviors. *Journal of Adult Development*, 15(2), 106–111. <https://doi.org/10.1007/s10804-008-9040-0>

Donahue, M. (1991). *Nursing: storia illustrata della assistenza infermieristica*.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699939208411068>

Engel, G. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*. Retrieved from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x/full>

Enns, C., & Sawatzky, J. (2016). Emergency nurses' perspectives: Factors affecting caring. *Journal of Emergency Nursing*. Retrieved from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176715005747>

Eslinger, P. (1998). Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*.

Retrieved from <http://www.karger.com/Article/Abstract/7933>

Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. Retrieved from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x/full>

Frijda, N. H. (1993). The place of appraisal in emotion. *Cognition & Emotion*, 7(3–4), 357–387.

<https://doi.org/10.1080/02699939308409193>

- Gallese, V. (2001). The 'shared manifold' hypothesis. From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/imp/jcs/2001/00000008/f0030005/1208>
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*. Retrieved from <http://www.karger.com/Article/Abstract/72786>
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364661304001846>
- García-Izquierdo, M., & Ríos-Rísquez, M. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. *Nursing Outlook*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655412000395>
- Gethin, R., Brown, K., Creswell, J., & Ryan, R. (2015). Buddhist conceptualizations of mindfulness. *Of Mindfulness: Theory, Research, and ...*
- Ghetti, C., Chang, J., & Gosman, G. (2009). Burnout, psychological skills, and empathy: balint training in obstetrics and gynecology residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 231–5. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00049.1>
- Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (2014). The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A Contribution to its Validity and Reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 415–423. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9403-0>
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *General Health Questionnaire*.
- Goldstein, J. (2002). One dharma: The emerging western Buddhism. Retrieved from http://buddhism.lib.ntu.edu.tw/BDLM/toModule.do?prefix=/search&page=/search_detail.jsp?seq=299986
- Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence. *Che Cos' È Perché Può Renderci Felici*.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenglass, E. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*. Retrieved from

<http://search.proquest.com/openview/690b4553ef64629991f1bb9fd21a1888/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818493>

- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology, 2*(5), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation*.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. *Emotion Regulation in Families: Pathways to Dysfunction and Health, 13–35*.
<https://doi.org/10.1177/1469540507081630>
- Gruen, R., & Mendelsohn, G. (1986). Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/psp/51/3/609/>
- Halbesleben, J., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500340728>
- Halifax, J. (2012). A heuristic model of enactive compassion. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 6*(2), 228–235. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283530fbe>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-04037-000>
- Hogan, K., Fothergill-Bourbonnais, F., & Brajtman, S. (2016). When someone dies in the emergency department: Perspectives of emergency nurses. *Journal of Emergency*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176715004481>
- Hojat, M. (2007). Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes. Retrieved from https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Kj3NxGwZ9zkC&oi=fnd&pg=PR15&dq=hojat+empathy+in+patient+care&ots=wmiIBKGbAr&sig=Azt_S-jM0-v8KarJXdeNL7yV6_M
- Hojat, M., Samuel, S., & Thompson, T. (1995). Searching for the lost key under the light of biomedicine: A triangular biopsychosocial paradigm may cast additional light on medical education, research. *Medicine & Health Care into the 21st Century*. Retrieved from https://scholar.google.it/scholar?q=hojat+samuel+thompson+1995&btnG=&hl=it&as_sdt=0%2C5

- Hunter, L. (2016). Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7–8), 1–12. <https://doi.org/10.1111/jocn.13164>
- Le, A., Ngnoumen, C. T., & Langer, E. J. (2014). *The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness. The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness* (Vol. 1–2). <https://doi.org/10.1002/9781118294895>
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go. *There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday*.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bpg016/full>
- Karanikola, M., & Papathanassoglou, E. (2007). Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic Hospital nurses. *Journal of Nursing*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2934.2006.00673.x/full>
- Kogien, M., & Cedaro, J. (2014). Public emergency department: the psychosocial impact on the physical domain of quality of life of nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000100051&script=sci_arttext&tlng=es
- Kuan, T. (2008). Mindfulness in early Buddhism. Retrieved from http://www.academia.edu/download/11567694/Mindfulness-in-Early-Buddhism_Kuan.pdf
- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness. Mindfulness*. Reading, MA, US: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- Langer, E., Russel, T., & Eisenkraft, N. (2009). Orchestral performance and the footprint of mindfulness. *Psychology of Music*, 37(2), 125–136. <https://doi.org/10.1177/0305735607086053>
- Lavoie, S., Talbot, L. R., & Mathieu, L. (2011). Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: Their perspective and a “tailor-made” solution. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1514–1522. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, coping and appraisal.
- Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Retrieved from <https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=UZim3OAPwe8C&oi=fnd&pg=PA3&dq=dbt+lineh>

an+1993&ots=qCPs6sXtzb&sig=j0CIHdJYgePRy9O-0BEvDU1QwK0

- Lingard, H., & Francis, V. (2006). Does a supportive work environment moderate the relationship between work-family conflict and burnout among construction professionals? *Construction Management and Economics*. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14697010500226913>
- Lu, D.-M., Sun, N., Hong, S., Fan, Y.-Y., Kong, F.-Y., & Li, Q.-J. (2015). Occupational Stress and Coping Strategies Among Emergency Department Nurses of China. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(4), 208–12. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.11.006>
- Manzoni, E. (1996). Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. *Infermieristica generale e teorie del nursing*.
- Maslach, C., & Florian, V. (1982). Burnout, job setting, and self-evaluation among rehabilitation counselors. *Maslach & JacksonBelcastro & Gold REHABILITATION PSYCHOLOGY, 33*(2), 85–93. <https://doi.org/10.1037//0090-5550.33.2.85>
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). The truth about burnout. Retrieved from https://scholar.google.it/scholar?q=maslach+leiter+1997&btnG=&hl=it&as_sdt=0%2C5&oq=maslach+leiter+
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., & Schaufeli, W. (2001). Job burnout. *Annual Review of*. Retrieved from <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mead, G. (1934). Mind, self and society. Retrieved from https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=mDb6fvkblEC&oi=fnd&pg=PA223&dq=mead+1934&ots=Uot8DcC1zu&sig=KMYQfIR_WulZvbVGhVvJS6ST8Zw
- Morgan, J. C., & Lynn, M. R. (2009). Satisfaction in nursing in the context of shortage. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 401–410. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00842.x>
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., & Innes, K. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health*. Retrieved from <http://www.publish.csiro.au/AH/ah13189>
- Nightingale, S., Yarnold, P., & Greenberg, M. (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of General Internal*. Retrieved from <http://www.springerlink.com/index/0u3q1316r2548731.pdf>

- Novack, D., AL, S., Clark, W., RM, E., Najberg, E., & Kaplan, C. (1997). Calibrating the physician: Personal awareness and effective patient care. *JAMA*, 278(6), 502–509. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1997.03550060078040>
- Pascucci, I., & Tavormina, C. (2012). La professione infermieristica in Italia: un viaggio fra storia e società dal 1800 a oggi.
- Pigman, G. (1995). Freud and the history of empathy. *The International Journal of Psycho-Analysis*. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/af17949025d077d2a171af98897fa114/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818729>
- Pisaniello, S. L., Winefield, H. R., & Delfabbro, P. H. (2012). The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 579–591. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.01.015>
- Platek, S., Keenan, J., Gallup, G., & Mohamed, F. (2004). Where am I? The neurological correlates of self and other. *Cognitive Brain Research*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0926641003002921>
- Preston, S., & Waal, F. De. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/empathy-its-ultimate-and-proximate-bases/953E0D092176FEE351ED81E933FE646D>
- Ramacciati, N., & Ceccagnoli, A. (2011). Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura. *L'infermiere*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Nicola_Ramacciati/publication/236200580_Violence_and_Aggression_in_the_Emergency_Department_a_literature_review_Italian/links/0c960516f0e214006b000000.pdf
- Ramacciati, N., & Ceccagnoli, A. (2012). Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo. *SCENARIO: Official Italian*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15925951&AN=76920871&h=m2VTtG7M2crXKRC5oA16qOiZfu146x6GGy7VUBrlyub%2B0DouQakQ7I%2BKpX%2B%2Bv1PwklOrGmJ0J3Iwugy%2BFQ%2F7bg%3D%3D&crl=c>
- Riley, R., & Weiss, M. C. (2016). A qualitative thematic review: Emotional labour in healthcare settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/jan.12738>

- Ríos-Risquez, M., & García-Izquierdo, M. (2016). Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916000766>
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.* Retrieved from <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
- Robinson, V. (1947). White Caps: The story of nursing. *AJN The American Journal of Nursing*. Retrieved from http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1947/05000/White_Caps__The_story_of_nursing.65.aspx
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. Retrieved from <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/index/assoc/HASH01a5/4583605e.dir/doc.pdf>
- Roso-Bas, F., Pades Jiménez, A., & García-Buades, E. (2016). Emotional variables, dropout and academic performance in Spanish nursing students. *Nurse Education Today*, 37, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.021>
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and*. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Santinello, M., & Negrisol, A. (2009). Quando ogni passione è spenta: la sindrome del burnout nelle professioni sanitarie.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory–General Survey. *Maslach Burnout Inventory*.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. *New York: Guilford*.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., & Mishima, N. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *Of Occupational Health*. Retrieved from https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/45/3/45_3_185/_article/-char/ja/
- Siegel, D. (1999). The developing mind. Retrieved from <http://academic.evergreen.edu/curricular/hhd2005/WinterDownloads/Siegel.pdf>
- Sighinolfi, C., Norcini, A., & Rocco, L. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): The

Italian translation and adaptation. *Psicoterapia Cognitiva Comportamentale*, 16(APRIL), 141–170.

Sirigatti, S., Stefanile, C., Menoni, E., Nardone, G., & al, et. (1988). Statistical characteristics of a scale for measuring burnout. *Caratteristiche Metrologiche Di Una Scala Di Misurazione Del Burnout*. Retrieved from

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1991-70148-001>

Sironi, C. (1991). Storia dell'assistenza infermieristica.

Starcevic, V., & Piontek, C. (1997). Emphatic understanding revisited: Conceptualization, controversies, and limitations. *American Journal of Psychotherapy*. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/b3e70dac6b18d666aac119a1bb0c8fce/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32010>

Titchener, E. (1909). Lectures on the experimental psychology of the thought-processes. Retrieved from https://scholar.google.it/scholar?q=titchener+1909&btnG=&hl=it&as_sdt=0%2C5

Van Den Tooren, M., & De Jonge, J. (2008). Managing job stress in nursing: What kind of resources do we need? *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 75–84. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04657.x>

Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/psp/50/2/314/>

Wolf, L., Delao, A., & Perhats, C. (2014). Nothing changes, nobody cares: Understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176713005618>

Yang, Y. H., & Kim, J. K. (2012). A literature review of compassion fatigue in nursing. Retrieved from <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84860003497&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=nurse+burnout+coping&nlo=&nlr=&nls=&sid=21f17ec4419466c31bcd917ffc637e43&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubtype%2C%22re%22%2Ct%2Bscosubjabbr%2C%22NURS%2%2Ct&sl=35&s=TITLE-ABS-KEY%28nurse+burnout+coping%29&relpos=5&citeCnt=7&searchTerm=>

Yarnold, P., Greenberg, M., & Nightingale, S. (1991). Comparing the resource use of sympathetic and empathetic physicians. *Academic Medicine*. Retrieved from http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1991/11000/Comparing_the_resource_use_of_sympathetic_and.20.aspx

Zahn-Waxler, C., & Robinson, J. (1992). The development of empathy in twins. *Developmental*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-09311-001>

ALLEGATI

ALLEGATO A

Foglio informativo partecipanti

Mindfulness, empatia e regolazione emotiva negli studenti di infermieristica

Vorrei invitarti a partecipare a uno studio di ricerca. Prima di decidere se partecipare o meno, vorrei spiegarti perché è in corso la ricerca e cosa significherebbe per te. Per favore leggi con attenzione le seguenti informazioni. Fai pure delle domande se qualcosa non ti è chiaro o desideri ulteriori informazioni. Prenditi del tempo per decidere se parteciparvi o meno.

Qual è lo scopo dello studio?

La capacità degli infermieri di essere empatici, di regolare le loro emozioni e di sviluppare la consapevolezza è stata dimostrata come un fattore protettivo contro il burnout. Il burnout ha un impatto negativo sulla qualità della cura, che in ultima analisi può portare a peggiori risultati di salute nei pazienti. Il burnout può anche portare a una significativa perdita economica attraverso un aumento dell'assenteismo, un aumento dei tassi di fatturato e un aumento dei costi sanitari.

Una rapida introduzione di questo argomento durante la carriera accademica può portare a una nuova generazione di infermieri con una migliore capacità di regolare le proprie emozioni e di possedere più competenze nel mostrare "mindfulness" (consapevolezza) che può condurre a bassi livelli di stress e una migliore qualità della vita.

L'obiettivo di questa ricerca è quello di valutare l'effettivo livello di regolazione delle emozioni e l'atteggiamento di consapevolezza in un campione di studenti in infermieristica.

Perché sono stato invitato?

Sei invitato a partecipare a questo studio come studente di infermieristica dell'Università degli Studi di Milano Bicocca.

Devo partecipare?

Stà a te decidere. Descriveremo lo studio attraverso il foglio informativo che ti daremo. Ti chiederemo poi di firmare un modulo di consenso per dimostrare che hai accettato di partecipare. Sei libero di ritirare il tuo consenso in qualsiasi momento, senza darne spiegazione.

Cosa succederà se prendo parte?

Se decidi di partecipare alla ricerca e firmi il modulo di consenso, riceverai una serie di questionari da completare. Questi questionari non hanno risposte corrette o sbagliate e non sarai giudicato per la risposta fornita. I questionari sono anonimi e saranno richieste solo alcune informazioni demografiche fondamentali (come l'età e il sesso).

Cosa devo fare?

L'unica cosa che devi fare è compilare i questionari che ti daremo.

Quali sono i vantaggi e il rischio di partecipazione?

Le informazioni che riceviamo dallo studio contribuiranno ad aumentare la comprensione della capacità dello studente circa la propria empatia e la gestione delle proprie emozioni.

Cosa succede se c'è un problema?

Se hai qualche preoccupazione o segnalazione su qualsiasi aspetto di questo studio, puoi comunicarlo inviando una email a Paola Cannata, autrice di questa ricerca e studente del corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche o in alternativa al Dott. Valerio Salvarani e Dott. Davide Ausili.

La mia partecipazione allo studio sarà mantenuta riservata?

Tutte le informazioni raccolte su di te nel corso della ricerca saranno mantenute strettamente confidenziali, tutti i questionari sono anonimi e non possono essere associati in alcun modo.

Cosa succede se non continuo con lo studio?

Se ti ritiri dallo studio il questionario già compilato verrà distrutto.

Cosa accadrà ai risultati dello studio di ricerca?

I risultati dello studio potrebbero essere pubblicati su una rivista di peer review. Non sarai identificato in nessuna pubblicazione.

Valerio Salvarani

Dottorando in Scienze della formazione e della comunicazione

v.salvarani@campus.unimib.it

Titolo dello studio:

Mindfulness, empatia e regolazione emotiva negli studenti di infermieristica

- Ho letto e compreso la scheda informativa fornita. Mi è stata data spiegazione completa dai ricercatori della natura, del proposito, della posizione e della probabile durata dello studio e di ciò che dovrò fare.
- Sono stato informato su eventuali svantaggi / rischi / disagio / possibili effetti negativi sulla mia salute e il mio benessere che potrebbero derivare dalla partecipazione a questa ricerca. Mi è stato data l'opportunità di porre domande su tutti gli aspetti dello studio e ho compreso i consigli e le informazioni fornite.
- Acconsento di rispettare i requisiti dello studio come mi è stato e informerò immediatamente i ricercatori se ho delle preoccupazioni per la mia salute o il mio benessere.
- Sono a conoscenza che i miei dati anonimi hanno ottenuto le approvazioni legali, professionali ed etiche pertinenti per essere utilizzati per questo studio.
- Sono stato informato circa la conservazione dei dati del progetto: saranno conservati per almeno 6 anni e tutti i dati di ricerca per almeno 10 anni in conformità con la politica universitaria; i miei dati personali sono trattati con la massima riservatezza e in conformità alla legge sulla protezione dei dati (Legge 196/2003).
- Accetto di essere contattato dai ricercatori per studi futuri.
- Ho compreso che ho la possibilità di revocare il mio consenso e ritirarmi dallo studio in qualsiasi momento, senza necessità di giustificare la mia decisione, senza pregiudizio e senza che i miei diritti legali e i miei studi ne risentano.
- Se mi ritiro, permetto inoltre ai ricercatori di utilizzare i miei dati personali, oltre ai dati anonimi, già raccolti come indicato nella scheda di partecipazione e in questo modulo di consenso.
- Confermo di aver letto e compreso quanto sopra e di accettare liberamente di partecipare a questo studio. Mi è stato dato il tempo sufficiente per esaminare la mia partecipazione.

Nome del partecipante _____

Firma _____

Data _____

ALLEGATO C

Raccolta di dati Socio-Demografici Infermieri

1.DATI GENERALI

1.1 Sesso: M F

1.2 Et  (anni): _____

1.3 stato civile: nubile/celibe

coniugato/ convivente

divorziato/separato

Altro _____

1.4 Figli No S 

1.5 Titolo di studio: diploma laurea

1.6 Da quanti anni lavora come infermiere/a? _____

1.7 Qual   la sua attuale sede di lavoro? _____

1.8 Da quanti anni lavora in pronto soccorso? _____

1.9 Di che natura   il suo rapporto lavorativo con l'ospedale?

Indeterminato tempo pieno

Indeterminato part-time

Determinato tempo pieno

Determinato part-time

1.10 L'attivit  lavorativa prevede turni notturni? No S 

1.11 Il lavoro viene svolto in equipe? No S 

1.12 Se s  come valuta il grado di cooperazione tra i componenti dell'equipe?

Pessimo 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 ottimo

1.13 Se s  come valuta la qualit  della relazione tra i componenti dell'equipe?

Pessima 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 ottima

ALLEGATO D

Raccolta di dati Socio-Demografici Studenti

DATI GENERALI

▪ Sesso: M F

▪ Et  (anni): _____

▪ Anno di corso:

primo secondo terzo fuori corso

▪ Sede di appartenenza:

Bergamo Lecco Monza Sesto San Giovanni Sondrio

▪ Stato civile:

nubile/celibe

coniugato/ convivente

divorziato/separato

Altro _____

▪ Figli No S 

ALLEGATO E

Interpersonal Reactivity Index

ISTRUZIONI

Le frasi che seguono descrivono pensieri e sentimenti in diverse situazioni. Indica per ogni affermazione quanto essa ti descrive, segnando con una crocetta la lettera che corrisponde (da A = Non mi descrive bene a E = Mi descrive molto bene).

	Non mi descrive bene				Mi descrive molto bene
1. Sogno a occhi aperti e fantastico, con una certa regolarità, su quello che potrebbe succedermi	A	B	C	D	E
2. Ho spesso pensieri teneri e di coinvolgimento per persone meno fortunate di me	A	B	C	D	E
3. A volte trovo difficile vedere le cose dal punto di vista del prossimo	A	B	C	D	E
4. A volte non mi sento molto dispiaciuto/a per le altre persone quando hanno dei problemi	A	B	C	D	E
5. Mi sento davvero coinvolto/a nelle sensazioni dei personaggi di un romanzo	A	B	C	D	E
6. Nelle situazioni di emergenza mi sento in apprensione e a disagio	A	B	C	D	E
7. Quando guardo un film o sono a teatro di solito sono oggettivo/a e raramente mi lascio coinvolgere del tutto	A	B	C	D	E
8. In un disaccordo, cerco di capire il punto di vista di tutti prima di prendere una decisione	A	B	C	D	E
9. Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, mi sento un po' protettivo/a nei suoi confronti	A	B	C	D	E
10. A volte mi sento indifeso/a quando sono in mezzo a una situazione emotiva molto coinvolgente	A	B	C	D	E
11. A volte cerco di capire meglio i miei amici immaginando come appaiono le cose dalla loro prospettiva	A	B	C	D	E
12. Mi accade raramente di essere molto coinvolto/a da un buon libro o da un bel film	A	B	C	D	E
13. Quando vedo qualcuno farsi male, tendo a rimanere calmo/a	A	B	C	D	E
14. Le disgrazie degli altri di solito non mi disturbano un gran che	A	B	C	D	E
15. Se sono sicuro/a di avere ragione su qualcosa non butto via tempo ad ascoltare ragioni di altre persone	A	B	C	D	E
16. Dopo aver visto uno spettacolo o un film, mi sono sentito/a come se fossi uno dei personaggi	A	B	C	D	E
17. Essere in una situazione emotiva di tensione mi spaventa	A	B	C	D	E

18. Quando vedo qualcuno che viene trattato ingiustamente, talvolta mi capita di non provare molta piet� per lui	A	B	C	D	E
19. Di solito sono abbastanza efficiente nell'affrontare le emergenze	A	B	C	D	E
20. Sono spesso davvero colpito/a dalle cose che vedo succedere	A	B	C	D	E
21. Credo che in ogni questione ci siano due punti di vista e cerco di tener conto di entrambi	A	B	C	D	E
22. Mi potrei descrivere come una persona dal cuore tenero	A	B	C	D	E
23. Quando guardo un bel film, posso molto facilmente mettermi nei panni di uno dei protagonisti	A	B	C	D	E
24. Tendo a perdere il controllo durante le emergenze	A	B	C	D	E
25. Quando sono in contrasto con qualcuno, in genere cerco di "mettermi nei suoi panni" per un attimo	A	B	C	D	E
26. Quando sto leggendo una storia o un romanzo, immagino come mi sentirei io se le vicende della storia stessero capitando a me	A	B	C	D	E
27. Quando vedo qualcuno che ha urgente bisogno di aiuto in una situazione di emergenza, crollo	A	B	C	D	E
28. Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare come mi sentirei io se fossi al suo posto	A	B	C	D	E

ALLEGATO F

Five Facet Mindfulness Questionnaire

ISTRUZIONI

Per favore, assegna un valore a ciascuna delle seguenti affermazioni, utilizzando la scala presentata di seguito. Indica il numero che descrive meglio la tua opinione in merito a ciò che in genere è vero per te.

Mai o molto raramente vero (1) - Raramente vero (2) - A volte vero (3) - Spesso vero (4) - Molto spesso o sempre vero (5)

1. Quando cammino, mi rendo deliberatamente conto delle sensazioni del mio corpo in movimento	1 2 3 4 5
2. Sono bravo/a a trovare le parole per descrivere i miei sentimenti	1 2 3 4 5
3. Mi critico perché ho emozioni inappropriate e irrazionali	1 2 3 4 5
4. Percepisco i miei sentimenti e le mie emozioni senza dover necessariamente reagire ad esse	1 2 3 4 5
5. Quando faccio qualche cosa, la mia mente vaga, e mi distraigo facilmente	1 2 3 4 5
6. Quando faccio la doccia o il bagno, sto attento/a alle sensazioni dell'acqua sul mio corpo	1 2 3 4 5
7. Sono in grado di esprimere a parole le mie credenze, opinioni e aspettative	1 2 3 4 5
8. Non metto attenzione in ciò che faccio, perché sto sognando ad occhi aperti, mi sto preoccupando per qualcosa, o sono in altro modo distratto/a	1 2 3 4 5
9. Osservo i miei sentimenti senza perdermi in essi	1 2 3 4 5
10. Mi dico che non dovrei provare le sensazioni che sto provando	1 2 3 4 5
11. Mi accorgo di come cibi e bevande abbiano un effetto sui miei pensieri, sulle mie sensazioni corporee e sulle mie emozioni	1 2 3 4 5
12. Mi riesce difficile trovare le parole per descrivere ciò che sto pensando	1 2 3 4 5
13. Mi distraigo facilmente	1 2 3 4 5
14. Credo che alcuni dei miei pensieri siano anormali, o sbagliati, e che non dovrei pensare in quel modo	1 2 3 4 5
15. Faccio attenzione a sensazioni come il vento fra i capelli, o il sole sul volto	1 2 3 4 5
16. Faccio fatica a pensare alle parole giuste per esprimere quello che penso di una cosa	1 2 3 4 5
17. Giudico se i miei pensieri sono buoni o cattivi	1 2 3 4 5
18. Mi riesce difficile restare concentrato su ciò che sta capitando nel presente	1 2 3 4 5
19. Quando ho pensieri o immagini stressanti, "faccio un passo indietro", e mi accorgo del pensiero o dell'immagine, senza esserne soverchiato	1 2 3 4 5
20. Faccio attenzione ai suoni, come il ticchettio degli orologi, gli uccelli che cinguettano, o le macchine che passano	1 2 3 4 5
21. In situazioni difficili, sono in grado di fermarmi senza reagire immediatamente	1 2 3 4 5
22. Quando una sensazione si presenta nel mio corpo, mi è difficile descriverla, perché non trovo le parole giuste	1 2 3 4 5
23. Mi sembra di procedere "in automatico", senza molta consapevolezza di ciò che sto facendo	1 2 3 4 5
24. Quando ho pensieri o immagini stressanti, mi sento calmo/a dopo poco tempo	1 2 3 4 5
25. Mi dico che non dovrei pensare nel modo in cui sto pensando	1 2 3 4 5
26. Mi rendo conto degli odori e degli aromi delle cose	1 2 3 4 5
27. Anche quando mi sento terribilmente turbato, sono in grado di trovare un modo per esprimerlo a parole	1 2 3 4 5
28. Mi affretto a svolgere le attività, senza porvi realmente l'attenzione	1 2 3 4 5

29. Quando ho pensieri o immagini stressanti, sono in grado di rendermi semplicemente conto di essi, senza reagire	1 2 3 4 5
30. Penso che alcune delle mie emozioni siano cattive, o inappropriate, e che non dovrei provarle	1 2 3 4 5
31. Mi accorgo degli elementi visivi nell'arte o nella natura, come colori, forme, trama o l'alternarsi di luci e ombre	1 2 3 4 5
32. La mia tendenza è quella di dar voce alle mie esperienze	1 2 3 4 5
33. Quando ho pensieri o immagini stressanti, semplicemente me ne rendo conto, e li lascio passare	1 2 3 4 5
34. Svolgo lavori o compiti automaticamente, senza avere consapevolezza di ciò che sto facendo	1 2 3 4 5
35. Quando ho pensieri o immagini stressanti, li giudico in termini di giusto o sbagliato, a seconda del contenuto di quel pensiero/immagine	1 2 3 4 5
36. Faccio attenzione a come le mie emozioni influenzano i miei pensieri e il mio comportamento	1 2 3 4 5
37. Normalmente sono in grado di descrivere il modo in cui mi sento in quel momento, con un buon livello di dettaglio	1 2 3 4 5
38. Mi trovo a fare cose senza mettervi attenzione	1 2 3 4 5
39. Mi disapprovo quando ho idee irrazionali	1 2 3 4 5

ALLEGATO G

General Health Questionnaire - 12

ISTRUZIONI

Le domande contenute in questa scala riguardano i tuoi sentimenti e pensieri durante l'ultimo mese. Per ogni domanda, ti viene chiesto di indicare la tua risposta segnando il numero corrispondente.

Mai	Come al solito	Un po' più del solito	Molto più del solito
0	1	2	3

1. Sei stato/a in grado di concentrarti sulle cose che facevi.	0	1	2	3
2. Hai perso molto sonno per delle preoccupazioni.	0	1	2	3
3. Ti sei sentito/a utile.	0	1	2	3
4. Ti sei sentito/a capace di prendere delle decisioni.	0	1	2	3
5. Ti sei sentito/a continuamente sotto stress (tensione).	0	1	2	3
6. Hai avuto l'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà.	0	1	2	3
7. Sei stato/a in grado di svolgere volentieri le tue attività quotidiane.	0	1	2	3
8. Sei stato/a in grado di affrontare i tuoi problemi.	0	1	2	3
9. Ti sei sentito/a infelice e depresso.	0	1	2	3
10. Hai perso fiducia in te stesso/a.	0	1	2	3
11. Hai pensato di essere una persona senza valore.	0	1	2	3
12. Ti sei sentito/a tutto sommato abbastanza contento/a.	0	1	2	3

ALLEGATO H

Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire

ISTRUZIONI

Per favore indichi quanto spesso le seguenti affermazioni si adattano a Lei, scrivendo il numero che ritiene appropriato (in riferimento alla scala qui di seguito) sulla linea di fianco ad ogni affermazione.

Quanto spesso si verifica l'evento	quasi mai (0-10%)	qualche volta (11-35%)	circa la metà del tempo (36-65%)	la maggior parte del tempo (66-90%)	quasi sempre (91-100%)
Valore corrispondente	1	2	3	4	5

1. Ho le idee chiare sui miei sentimenti	1	2	3	4	5
2. Presto attenzione a come mi sento	1	2	3	4	5
3. Esperisco le mie emozioni come schiacciati e al di fuori del mio controllo	1	2	3	4	5
4. Non ho idea di come mi sento	1	2	3	4	5
5. Ho difficoltà a capire il significato dei miei sentimenti	1	2	3	4	5
6. Sono attento ai miei sentimenti	1	2	3	4	5
7. So esattamente come mi sento	1	2	3	4	5
8. Mi preoccupa di quello che provo	1	2	3	4	5
9. Sono confuso su come mi sento	1	2	3	4	5
10. Quando sono turbato, riconosco le mie emozioni.	1	2	3	4	5
11. Quando sono turbato, divento arrabbiato con me stesso per il fatto di sentirmi in quel modo	1	2	3	4	5
12. Quando sono turbato, mi sento a disagio per sentirmi in quel modo	1	2	3	4	5
13. Quando sono turbato, ho difficoltà a portare a termine il lavoro	1	2	3	4	5
14. Quando sono turbato, perdo il controllo	1	2	3	4	5
15. Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo	1	2	3	4	5
16. Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi molto depresso	1	2	3	4	5
17. Quando sono turbato, credo che i miei sentimenti sono legittimi ed importanti	1	2	3	4	5
18. Quando sono turbato, ho difficoltà a concentrarmi su altre cose	1	2	3	4	5

19. Quando sono turbato, mi sento senza controllo	1	2	3	4	5
20. Quando sono turbato, riesco ancora a fare delle cose	1	2	3	4	5
21. Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso per sentirmi in quel modo	1	2	3	4	5
22. Quando sono turbato, so che posso trovare un modo per sentirmi meglio col tempo	1	2	3	4	5
23. Quando sono turbato, mi sento debole	1	2	3	4	5
24. Quando sono turbato, sento di poter mantenere il controllo dei miei comportamenti	1	2	3	4	5
25. Quando sono turbato, mi sento in colpa per sentirmi in quel modo	1	2	3	4	5
26. Quando sono turbato, ho difficoltà a concentrarmi	1	2	3	4	5
27. Quando sono turbato, ho difficoltà a controllare i miei comportamenti	1	2	3	4	5
28. Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
29. Quando sono turbato, mi irrita con me stesso per sentirmi in quel modo	1	2	3	4	5
30. Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto arrabbiato con me stesso	1	2	3	4	5
31. Quando sono turbato, credo che tutto ciò che posso fare sia crogiolarmi in questo	1	2	3	4	5
32. Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti	1	2	3	4	5
33. Quando sono turbato, ho difficoltà a pensare a qualsiasi altra cosa	1	2	3	4	5
34. Quando sono turbato, prendo del tempo per riuscire a capire come mi sto veramente sentendo	1	2	3	4	5
35. Quando sono turbato, ci vuole molto tempo per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
36. Quando sono turbato, mi sento sopraffatto dalle mie emozioni	1	2	3	4	5

ALLEGATO I

Maslach Burnout Inventory

ISTRUZIONI

Le affermazioni qui sotto riportate rappresentano dei sentimenti (o delle idee, o delle impressioni) che si possono provare pensando al proprio lavoro. Legga attentamente le affermazioni, e cerchi di rispondere nella maniera più sincera ed immediata possibile. Tenga presente che non ci sono risposte giuste o sbagliate.

	mai	qualche volta l'anno o meno	qualche volta al mese o meno	qualche volta al mese	una volta alla settimana	più di una volta alla settimana	ogni giorno
1. Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alla fine di una giornata di lavoro mi sento sfinito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi pare di trattare alcuni utenti come se fossero oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi sento esaurito dal mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	mai	qualche volta l'anno o meno	qualche volta al mese o meno	qualche volta al mese	una volta alla settimana	più di una volta alla settimana	ogni giorno
10. Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ho paura che questo lavoro mi possa indurre emotivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mi sento pieno di energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sono frustrato dal mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Credo di lavorare troppo duramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei utenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sento di non farcela più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	mai	qualche volta l'anno o meno	qualche volta al mese o meno	qualche volta al mese	una volta alla settimana	più di una volta alla settimana	ogni giorno
22. Ho l'impressione che i miei utenti diano la colpa a me per i loro problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>