



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA**  
**FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

**SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE DELLA  
FORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE**

**CURRICULUM: BENESSERE DELLA PERSONA,  
SALUTE E COMUNICAZIONE INTERCULTURALE  
XXIV CICLO**

**Rischio psicosociale e prevenzione secondaria:  
stress e regolazione delle emozioni in un  
campione di medici e infermieri**

Tutor  
Chiar.mo Prof. Giorgio Rezzonico

Tesi di dottorato di:  
Fiorella Sestigiani  
Matr. 725256

Anno Accademico 2011-2012



# Indice

## Indice delle tabelle

## Indice delle figure

<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<i>Presentazione dell'elaborato</i>	2
<i>Limiti della ricerca</i>	3
<b>Capitolo 1 – Le professioni sanitarie: contesto, competenze e bisogni formativi</b>	<b>5</b>
1.1 Un'analisi socio-contestuale degli attuali profili professionali in sanità	5
1.2 Relazione e comunicazione in campo medico	8
1.3 La formazione continua in medicina	20
1.4 Le ricerche internazionali e nazionali sulle professioni sanitarie e l'analisi dei bisogni formativi	28
<b>Capitolo 2 – Un panorama teorico sullo stress e sul coping</b>	<b>35</b>
2.1 Introduzione	35
2.2 La nascita e i primi sviluppi delle teorie sullo stress: dalla fisiologia alla psicologia	36
2.3 Lo sviluppo delle teorie in epoca contemporanea: il peso delle percezioni	40
2.3.1 <i>Il Burn out</i>	41
2.4. Un'accresciuta attenzione all'individuo	45
2.5 Il modello di Evangelia Demerouti e Arnold Bakker sul rischio psicosociale	50
2.6 Il coping	56
2.7 La prevenzione dello stress	61
2.8 Conclusioni	62
<b>Capitolo 3 – Le emozioni</b>	<b>66</b>
3.1 Introduzione	66
3.2 Il contributo degli studi di psicologia dello sviluppo all'attuale definizione delle emozioni	67
3.3 Le emozioni come cambiamenti di preparazione all'azione	72
3.4 Le emozioni in età adulta	79
3.5 La più recente impostazione teorica sulle emozioni: la struttura modale	81
3.6 L'esperienza emotiva come modo di percepire se stessi, gli altri e gli eventi nel costruzionismo psicologico	88
3.7 L'assetto emotivo nella teoria delle organizzazioni di significato personale del costruttivismo post-razionalista	91

<b>Capitolo 4 – La ricerca</b>	<b>97</b>
4.1 Obiettivi della ricerca	97
4.2 Il campione	102
4.2.1 <i>Caratteristiche anagrafiche: città, genere, età, ruolo, anzianità, tipologia contrattuale</i>	102
4.2.2 <i>Specialità mediche</i>	103
4.2.3 <i>Un confronto tra i tre distinti raggruppamenti aziendali</i>	105
4.3 Gli strumenti	108
4.3.1 <i>L'Emotion Regulation Questionnaire</i>	108
4.3.2 <i>L'Health Profession Stress and Coping Scale</i>	109
4.3.3 <i>Il Mini Questionario sulle Organizzazioni Personali di Significato</i>	112
4.4 La procedura	114
4.5 Analisi dei dati: statistiche descrittive	115
4.5.1 <i>L'Emotion Regulation Questionnaire</i>	115
4.5.2 <i>L'Health Profession Stress and Coping Scale</i>	119
4.5.3 <i>Il Mini Questionario sulle Organizzazioni di Significato Personale</i>	122
4.6 I risultati	124
4.6.1 <i>Lo stato di salute e caratteristiche dei professionisti: regolazione delle emozioni, stress, coping e organizzazioni di significato personale</i>	124
4.6.1.1 <i>Modalità di regolazione delle emozioni</i>	124
4.6.1.2 <i>Livelli di stress percepito e modalità di coping negli infermieri</i>	126
4.6.1.3 <i>Livelli di stress percepito e modalità di coping nei medici</i>	134
4.6.1.4 <i>Variabili disposizionali</i>	142
4.6.2 <i>Statistiche inferenziali: incidenza dei fattori predisponesti sullo stato di salute dei professionisti</i>	144
4.7 Discussione	152
4.8 Conclusioni	153
<b>Bibliografia</b>	<b>155</b>

## Indice delle tabelle

Tabella 1.1 – Sapere clinico, attitudini, comportamenti e esiti della cura centrata sulla relazione	17
Tabella 1.2 – Dimensioni della competenza professionale	24
Tabella 4.1 – Specialità mediche per città	108
Tabella 4.2 – Autovalori e varianza spiegata nell'analisi fattoriale (ERQ)	116
Tabella 4.3 – Soluzione fattoriale dell'analisi effettuata sugli item (ERQ)	116
Tabella 4.4 – Reappraisal: correlazione item totale per ogni item (Emotion Regulation Questionnaire)	119
Tabella 4.5 – Suppression: correlazione item totale per ogni item (Emotion Regulation Questionnaire)	119
Tabella 4.6 – Consistenza interna delle singole scale e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle scale (HPSCS per infermieri)	120
Tabella 4.7 – Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle strategie di coping (HPSCS infermieri)	120
Tabella 4.8 – Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle singole scale (HPSCS per medici)	121
Tabella 4.9 – Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle modalità di coping (HPSCS per medici)	122
Tabella 4.10 – Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle Scale delle Organizzazioni di Significato Personale (MOPQ)	124
Tabella 4.11 – Statistiche descrittive dei sottogruppi per genere (maschi e femmine) rispettivamente del campione normativo e del campione della ricerca relative alle scale dell'ERQ.	125
Tabella 4.12 – Statistiche descrittive dei sottogruppi per genere (maschi e femmine), anzianità lavorativa (<15 anni, >15 anni) e ruolo professionale (medico e infermiere) del campione della ricerca relative alle scale dell'ERQ.	126
Tabella 4.13 – HPSCS infermieri: statistiche descrittive dello stress totale e delle strategie di coping degli infermieri del campione della ricerca e del campione normativo (t test)	127

Tabella 4.14 – HPSCS infermieri: statistiche descrittive delle sottoscale dello stress e delle strategie di coping relative degli infermieri del campione della ricerca e del campione normativo (t test)	128
Tabella 4.15 – HPSCS medici: statistiche descrittive dello stress totale e delle strategie di coping dei medici del campione della ricerca e del campione normativo (t test)	135
Tabella 4.16 – HPSCS medici: statistiche descrittive delle sottoscale dello stress e delle strategie di coping relative dei medici del campione della ricerca e del campione normativo (t test)	136
Tabella 4.17 – Correlazioni campione generale	145
Tabella 4.18 – Correlazioni sottocampione infermieri	147
Tabella 4.19 – Correlazioni sottocampione medici	150

## Indice delle figure

Figura 1.1 – Modello di integrazione (Adattato da Bensing 2000)	13
Figura 2.1 – Il processo dello stress (da Fraccaroli e Balducci 2011)	40
Figura 2.2 – Il modello Domande-Risorse lavorative di Demerouti e Bakker (adattato da Demerouti e Bakker, 2007)	51
Figura 2.3 – Prevedibilità degli effetti combinati del modello Domande-Risorse (adattato da Demerouti e Bakker, 2007)	54
Figura 2.4 – Modello psicosociale di B. Dohrenwend (1978)	58
Figura 2.5 – Un modello di prevenzione secondaria.	62
Figura 3.1 – Il processo emotivo (Frijda, 1990).	75
Figura 3.2 – Modello modale dell'emozione (da Gross, 2007)	83
Figura 3.3 – Modello processuale di regolazione delle emozioni che evidenzia 5 famiglie di strategie di regolazione (Gross, 2007)	84
Figura 4.1 – Appartenenza aziendale dei membri del campione	102
Figura 4.2 – Anzianità aziendale dei lavoratori	103
Figura 4.3 – Anzianità dipartimentale	103
Figura 4.4 – Le specialità mediche del campione	105
Figura 4.5 – Anzianità lavorativa/città di appartenenza	106
Figura 4.6 – Ruoli professionali per città	107
Figura 4.7 – Modello di analisi fattoriale confermativa (ERQ).	118
Figura 4.8 – Modello di analisi fattoriale confermativa (MOPQ)	123
Figura 4.9 – Percentuali frequenze dei livelli di stress del sottogruppo degli infermieri campioni infermieri (HPSCS)	129
Fig.4.10 – Percentuali del campione degli <i>infermieri</i> per livelli di stress medio alto attribuito alle singole aree della H.P.S.C.S.	130

Figura 4.11 – Percentuali degli infermieri per frequenza di utilizzo delle singole strategie di coping da moderatamente a molto di frequente (H.P.S.C.S.)	132
Figura 4.12 – Frequenza di utilizzo della soluzione del problema nelle singole sottoscale dello stress ( H.P.S.C.S. infermieri)	133
Figura 4.13 – Frequenza di utilizzo del disagio emotivo nelle singole sottoscale dello stress ( H.P.S.C.S. infermieri)	133
Figura 4.14 – Frequenza di utilizzo della richiesta di supporto sociale nelle singole sottoscale dello stress ( H.P.S.C.S. infermieri)	134
Figura 4.15 – HPSCS medici: percentuali delle frequenze dei diversi livelli di stress nel gruppo dei <i>medici</i>	137
Figura 4.16 – HPSCS medici: percentuali delle frequenze da medio a molto elevato delle singole sottoscale	138
Figura 4.17 – Percentuali delle frequenze di utilizzo delle strategie di coping da parte dei medici da mediamente a molto di frequente (H.P.S.C.S. medici)	139
Figura 4.18 – HPSCS medici: frequenze di utilizzo della strategia di risoluzione del problema nelle singole sottoscale.	141
Figura 4.19 – HPSCS medici: frequenze di utilizzo della strategia di richiesta del supporto sociale nelle singole sottoscale.	142
Figura 4.20 – Distribuzione del campione (MOPQ)	143



## **Introduzione**

Il presente lavoro descrive un intervento di prevenzione secondaria in ambito sanitario, ovvero un intervento finalizzato all'identificazione e alla definizione di aree di miglioramento.

La domanda di ricerca è scaturita dalla constatazione, da parte della responsabile del Settore Formazione e Aggiornamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, di un bisogno di formazione espresso dai dipendenti aziendali stessi relativo alle relazioni tra professionisti diversi. In particolare, medici e infermieri, interpellati in merito alle molteplici tematiche oggetto della formazione, hanno definito come prioritarie, rispetto all'aggiornamento tecnicistico o clinico, le relazioni interprofessionali. Si è posta quindi la necessità di approfondire e delineare maggiormente questo bisogno espresso.

Dalla realtà parmigiana l'indagine si è estesa anche ad altre realtà territorialmente contigue: gli Ospedali Riuniti di Cremona, comprendenti anche il polo ospedaliero di Oglio Po, e l'ospedale di Vignola, nella provincia di Modena.

Questa tesi si propone quindi, sulla base di una cornice teorica relativa alle relazioni tra professionisti in ambito sanitario, di fornire una analisi della situazione lavorativa di medici e infermieri. A partire da una prospettiva individuale ci si rivolge alle interazioni con gli altri. L'obiettivo centrale è quello di comprendere quanto incidano, sulla percezione individuale dei livelli di stress, le difficoltà nelle relazioni con i colleghi, a fronte di altre variabili maggiormente organizzative o gestionali. Si è inteso poi indagare se, all'interno delle difficoltà interpersonali, alcune specifiche modalità individuali di gestione delle emozioni e specifiche caratteristiche di personalità vadano ad incidere in senso positivo o negativo nella definizione delle criticità delle relazioni vissute. A seguito della definizione di tali obiettivi si è scelto, nella realizzazione della ricerca, uno strumento specificamente rivolto alla rilevazione della percezione dello stress occupazionale e degli stili di coping nelle professioni mediche e sanitarie, l'Health Profession Stress and Coping Scale (Ripamonti, Steca, Prunas, 2007); a questo si è deciso di affiancare due ulteriori strumenti che sono rispettivamente l'Emotion Regulation Questionnaire (Balzarotti et al., 2010) sulla regolazione emotiva e il Mini Questionario sulle Organizzazioni

Personali, che distingue quattro possibili declinazioni delle caratteristiche di personalità secondo un'ottica cognitivo-costruttivista post razionalista.

### **Presentazione dell'elaborato**

L'attenzione all'esperienza personale dei professionisti della sanità non può prescindere dal prendere in considerazione, nella nostra analisi, i *cambiamenti culturali e organizzativo-aziendali* che hanno inciso, o incidono tuttora, da un lato sulla definizione dei singoli ruoli, in particolare quello degli infermieri, dall'altro lato sulla configurazione dei contesti lavorativi. E' per questo motivo che il primo capitolo è articolato in modo da evidenziare innanzitutto in maniera sintetica i principali mutamenti che hanno coinvolto le strutture sanitarie, in particolare l'*aziendalizzazione* con le proprie logiche di ottimizzazione delle risorse e di appropriatezza delle cure. Inoltre gli ultimi 20 anni hanno visto stagliarsi con maggiore decisione i *profili professionali* che si sono affiancati a quello medico e pertanto hanno condotto ad un mutamento di scenario nell'ambiente sanitario. Un contributo importante all'evoluzione del concetto di cura, intesa come intervento tecnicistico specializzato, è stato fornito dal diffondersi della *medicina centrata sul paziente*, tesa a porre in luce variabili comunicativo relazionali che incidono sull'efficacia delle azioni di cura stesse. Una nuova prospettiva è proposta da un *approccio* alla cura *centrato sulla relazione*, che richiede al professionista sanitario investimento di risorse personali non solo per l'acquisizione di saperi specialistici ma anche per lo sviluppo di abilità di autovalutazione delle proprie modalità relazionali. Nel contesto sanitario la definizione del sistema di formazione continua in medicina è finalizzato a garantire proprio gli standard di prestazione da parte dei professionisti: tra i parametri stabiliti dai nuovi criteri compaiono anche dimensioni emotive e motivazionali (Epstein e Hundert, 2002, Cartabellotta 2011). In particolare le emozioni emergono come un segnale della propria relazione con il contesto e con le altre persone. Quindi i professionisti non possono che trarre vantaggio dal porre attenzione anche a variabili emozionali che intervengono nel proprio operare quotidiano.

Per questo il secondo capitolo è dedicato alla descrizione dell'evoluzione teorica del concetto di stress. Dalle più datate concezioni (Selye, 1976; Cannon, 1932) del costrutto si è passati ad una definizione dello stress psicologico (Lazarus, 2006) e al considerare le variabili individuali come maggiormente influenti nell'esperienza stressogena. Di fondamentale importanza quindi sono risultate a livello teorico la distinzione tra stressor e strain, ovvero tra antecedenti e risposta psicofisiologica, e la definizione del processo dello stress come un equilibrio-disequilibrio tra domande e risposte (Fraccaroli e Balducci, 2011; Bakker e Demerouti, 2007). Vengono quindi presentati il modello di Barbara Dohrenwend (1978) di strutturazione del rischio psicosociale e un modello per la pianificazione di interventi di prevenzione secondaria del rischio psicosociale (Quillian-Wolever e Wolever, 2003).

Il terzo capitolo è focalizzato sulle emozioni e sui più recenti orientamenti di ricerca in merito. In particolare si intende evidenziare come da un lato le emozioni costituiscano una componente importante delle interazioni dell'individuo con il proprio ambiente, dall'altro lato le emozioni hanno assunto nel tempo una connotazione fortemente valutativa e conoscitiva per l'individuo stesso. Si ripercorrono a tal fine alcune teorie scaturite da ricerche nell'ambito della psicologia dello sviluppo, quindi le impostazioni teoriche rispettivamente di Frijda (1990), Izard (1984) e quelle più recenti di James e Gross (2007). Infine, concludo con gli studi sulle emozioni di base e autocoscienti, sviluppati nel contesto dell'approccio della psicoterapia cognitivo-costruttivista post razionalista, che stanno alla base di una delle domande della mia ricerca, ovvero se sussistano differenze significative nella regolazione delle emozioni tra organizzazioni di significato personale distinte.

Il quarto capitolo è interamente dedicato alla ricerca empirica ed è strutturato in modo da descrivere dettagliatamente e più estesamente gli obiettivi della ricerca stessa, le procedure, il campione e gli strumenti utilizzati, i risultati delle analisi statistiche, la discussione e infine le conclusioni basate sugli esiti dell'indagine.

### **Limiti della ricerca**

Il principale limite attribuibile alla ricerca descritta è relativo alle strategie di campionamento. Non è stato possibile effettuare una selezione dei soggetti da

coinvolgere secondo una procedura di campionamento mirata ad ottenere una rappresentatività dell'intera popolazione dei dipendenti delle tre aziende. I vertici dirigenziali, che hanno mostrato adesione e interesse per la ricerca, hanno preferito consentire la libera adesione dei dipendenti all'indagine, al fine di non generare reazioni di scontento e disaffezione dei dipendenti nei confronti della dirigenza stessa. Si costata come, nonostante che i dipendenti siano i principali promotori di una domanda specifica di formazione, di fronte alla possibilità di potersi ulteriormente esprimere in merito, mostrano una certa problematicità e una scarsa disponibilità ad aderire ad aggiuntivi approfondimenti. Questo non consente pertanto di generalizzare le evidenze della ricerca alla totalità della popolazione aziendale, ma circoscrive le considerazioni al gruppo coinvolto.

# **CAPITOLO 1**

## **PROFESSIONI SANITARIE: CONTESTO, COMPETENZE E BISOGNI FORMATIVI**

### **1.1 Un'analisi socio-contestuale degli attuali profili professionali in sanità**

Appare indubbio il livello di sviluppo raggiunto dalle metodologie diagnostiche e tecniche di intervento nel settore sanitario che dovrebbe garantire la sicurezza e la forza dell'agire dei professionisti: purtroppo la realtà non si mostra essere così. Chi si trova ad operare in sanità sembra stare attraversando un momento di crisi, di forte messa in discussione del proprio ruolo. Tale situazione appare conseguente all'interazione tra le evoluzioni organizzative a livello nazionale, che investono anche il locale, e le trasformazioni che contraddistinguono i vecchi e nuovi profili professionali. Per comprendere le trasformazioni nei domini della medicina ufficiale, conseguenti all'evoluzione dei saperi o dei mutamenti sociali e di costume, è necessario leggere nelle varie fasi le definizioni dei ruoli, i metodi dell'istruzione, le legittimazioni dell'operare, le regolamentazioni, le collocazioni e le gerarchizzazioni dei rapporti nelle istituzioni, gli intrecci operativi tra tutti i protagonisti: i medici, le altre professioni sanitarie e gli amministrativi (Armocida e Zanobio, 2006).

In particolare, a livello legislativo e organizzativo, l'introduzione del sistema aziendale, con l'annessa cultura manageriale, richiede alle aziende sanitarie un significativo cambiamento (Prandi, 2006). La tensione verso una gestione aziendale recupera soprattutto le dimensioni del relazionale, gli spazi del confronto e del lavoro progettuale secondo logiche di rete; in questo è ipotizzabile una maturazione professionale nuova, non autoreferenziale, ma capace di misurarsi con la complessità e accettare le sfide della creatività e della innovazione.

Il sistema sanitario inoltre (come si delinea nei decreti legislativi 502/92 e 517/93, integrati nella legge 299/99) si presenta fortemente impegnato nel rispondere alle richieste di razionalizzazione della spesa e di miglioramento del rapporto tra la qualità dei servizi e le risorse impiegate (Migali, Morandini 2004). Uno degli obiettivi principali di tale riorganizzazione resta la centralità del paziente nella

definizione di percorsi diagnostico-terapeutici che garantiscano non solo l'erogazione di prestazioni, ma piuttosto risposte adeguate su di un piano sia clinico sia gestionale alle specifiche esigenze del paziente.

Queste nuove richieste sul piano legislativo hanno stimolato una progettualità che sta aiutando il mondo della cura a sviluppare potenzialità importanti quali: la tensione a migliorare continuamente la qualità dei servizi e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, il mantenimento della centralità della persona insieme ad una attenzione ai risultati, il maggior coinvolgimento dei soggetti appartenenti ad un livello medio dell'istituzione, la rilevanza delle competenze professionali (tecnico-scientifiche, relazionali, organizzativo-gestionali) dei singoli operatori, la valorizzazione e l'investimento sull'incremento delle risorse umane (Prandi, 2006).

Spostiamo adesso lo sguardo alle singole professioni osserviamo la delineata definizione del proprio profilo che hanno raggiunto. In proposito Tousijn (2006) propone un processo di professionalizzazione basato su quattro punti:

1. individuazione e rivendicazione di un corpus di conoscenze (rappresenta la base cognitiva sulla quale si sviluppa la professione);
2. nascita e sviluppo di scuole professionali preferibilmente interne all'Università (attraverso esse le professioni saranno capaci di produrre e trasmettere la propria base cognitiva);
3. nascita e sviluppo di associazioni professionali;
4. riconoscimento e protezione da parte dello Stato.

Quindi la professione risulta caratterizzata da un lato dal consolidamento di un corpus teorico di conoscenze e di procedure standardizzate d'intervento e dall'altro dall'abilità del singolo di contestualizzare tale sapere nel proprio ambito d'azione e comportarsi coerentemente. In ambito sanitario la professionalità dei singoli rappresenta una criticità in quanto è affidata proprio al singolo la responsabilità di interpretare e decodificare il bisogno di salute del paziente. Di conseguenza, secondo le parole di Migali e Morandini (2004) *”la professionalità si estrinseca pertanto non solo nella corretta esecuzione tecnica di una determinata metodica o di un protocollo di intervento, ma nella scelta del percorso diagnostico terapeutico più adatto al trattamento del singolo caso. In altri termini la professionalità viene ad*

*essere identificata anche come l'insieme delle conoscenze, delle competenze e degli atteggiamenti del singolo operatore”.*

Negli ultimi anni accanto al medico si sono venute stagliando figure con profili e ruoli che hanno acquisito nel tempo un crescente riconoscimento. Secondo una descrizione del Ministero della Salute sono definite professioni sanitarie quelle che “lo Stato riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione”<sup>1</sup>. Il processo d’istituzionalizzazione di queste nuove figure professionali può essere ricondotto ad una molteplicità di fattori (Migali e Morandini, 2004):

- il progresso della scienza biomedica;
- l’innovazione e complessità delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche;
- riorganizzazione sanitaria,
- crescita e differenziazione della domanda di salute,
- diversificazione degli interventi volti al mantenimento e alla promozione della salute,
- consolidamento di conoscenze e competenze detenute esclusivamente da un determinato gruppo professionale.

La logica professionale se può essere vista come un’importante acquisizione nell’evoluzione del contesto di cura, nel contesto attuale di riorganizzazione aziendale, che comporta continui adattamenti può costituire fonte di conflitto. In particolare la stessa può opporre resistenza ai cambiamenti del contesto. Secondo quanto Migali e Morandini riportano infatti,

*in un sistema complesso come quello sanitario, oggi, la ricerca di condizioni per una migliore efficacia e efficienza dei servizi determina una continua evoluzione degli assetti organizzativi, rinnovate modalità lavorative, nuove competenze e maggiore integrazione multidisciplinare, ma le professioni codificate si adeguano con minore celerità a tali cambiamenti e anzi con la loro regolamentazione degli spazi di responsabilità e delle attività di competenza, possono costituire un ostacolo importante per gli stessi processi di rinnovamento. Inoltre, nel corso dei processi di cambiamento tecnologico o degli assetti organizzativi, la presenza delle professioni può essere causa di conflitto e di negoziazione per rimodulare i confini interni (potere) del sistema delle professioni. All’interno delle aziende la presenza di gruppi organizzati che si riconoscono per un’appartenenza*

---

<sup>1</sup> <http://www.salute.gov.it/professionisanitarie/> (accesso 06/03/2012)

*professionale esterna all'azienda, può comportare la difficoltà di coordinamento, di definizione delle responsabilità e di dialogo tra persone che pur lavorando all'interno di una stessa unità organizzativa, fanno però parte di professioni diverse (p.45).*

Da quanto detto fino a questo punto può emergere la considerazione che da un punto di vista organizzativo-gestionale, seppure con qualche resistenza dovuta a vincoli economici, ci si sta rivolgendo verso la definizione della appropriatezza delle prestazioni di cura in termini di umanizzazione e personalizzazione delle azioni.

I profili professionali vengono definiti da un sapere non solo tecnico ma anche comunicativo-relazionale, seppure rischi di essere posto in secondo piano.

Infine, l'attuale configurazione dei contesti di cura contraddistinta da professionalità sanitarie molteplici appare richiedere l'integrazione tra saperi vicini ma distinti e la ricerca di un approccio al paziente che tenga conto della complessità presente, ma allo stesso tempo che rispetti il criterio di organicità delle cure rivolte alle persone.

Il singolo professionista appare il punto di congiunzione di tutte queste spinte culturali, professionali, organizzative e non può non risultare una prospettiva interessante da adottare per osservare l'attuale mondo sanitario.

In particolare l'attenzione di questo lavoro intende concentrarsi ad un livello personale, di bisogni specifici individuali, legati ad aspetti relazionali in un contesto di lavoro fatto di persone, di strumenti e di spazi organizzati. Continuiamo quindi arricchendo la discussione con considerazioni sulle competenze relazionali dei singoli.

## **1.2 Relazione e comunicazione in campo medico**

La relazione interpersonale che è stata presa in considerazione in ambito medico è prevalentemente quella tra medico e paziente. Tale specifica comunicazione può essere considerata come un sottotipo della più generale comunicazione umana o interpersonale che assume determinate caratteristiche sulla base dell'interazione tra soggetti (Watzlavick et al. 1967; Bateson, 1972; Bara, 1999).

La teorizzazione in questo ambito è iniziata con l'introduzione della *cura centrata sul paziente*. Tale metodo clinico è un modello dell'interazione tra i soggetti coinvolti in un contesto di cura, particolarmente orientato verso un'ottica preventiva



(Levenstein et al. 1986) nel settore della medicina di base. L'intento è quello di comprendere il paziente e il suo dolore fisico. Il termine che contraddistingue questo modello è mutuato dal lavoro di Balint e dei suoi colleghi, che contrapposero il termine a quello di "medicina centrata sulla malattia" (Balint, 1970); il concetto ha punti di forte contatto con il metodo rogersiano di approccio psicoterapeutico centrato sul cliente. La premessa allo sviluppo della clinica centrata sul paziente risale ad uno studio del XIX secolo nel quale si era evidenziata una tendenza, dei medici di famiglia, a sviluppare uno stile statico di consultazione del paziente centrato su di sé (Levenstein et al. 1986). Uno degli intenti principali di tale approccio è quello di entrare nel mondo del paziente e vedere la malattia con i suoi occhi. Questo è facilitato da comportamenti da parte del medico che invitano il paziente ad aprirsi. L'interazione è finalizzata a consentire al paziente di esprimere completamente tutte le proprie aspettative, i propri sentimenti e le proprie paure. Sono quindi riconosciute qualità importanti per il ruolo del medico in tali interazioni: l'empatia, l'accettazione non giudicante, la congruenza e l'onestà. Tali modalità d'interazione possono essere imparate o incrementate e conseguentemente anche insegnate, mediante specifiche tecniche. Inoltre un medico non può riuscire ad avere uno stile centrato sul paziente senza una conoscenza di sé e la preparazione ad operare un cambiamento nelle proprie attitudini e comportamenti, necessari in tale approccio.

Laddove questo stile non è adottato si viene a creare un conflitto tra le aspettative del paziente e l'assessment dei suoi bisogni da parte del medico.

Già all'inizio della teorizzazione di questo approccio esistevano considerazioni sulla sua efficacia nel migliorare i livelli di soddisfazione e di compliance al trattamento dei pazienti.

Tale approccio sviluppato nel contesto anglosassone negli anni è stato condiviso a livello mondiale; si è giunti pertanto ad una definizione internazionale di tale metodo. L'ampia diffusione a livello teorico non ha portato tuttavia ad un cambiamento della prassi clinica conseguente alla condivisione di certe conoscenze (Stewart, 2001). Il livello di comprensione dello stile centrato sul paziente è piuttosto rappresentato dalla sua contrapposizione a stili preesistenti quale quello centrato

sull'evidenza clinica, quello centrato sulla figura del medico, o sul disagio o sulla struttura della cura.

Le indagini empiriche si sono focalizzate sul trovare risposte alle domande: cosa è la medicina centrata sul paziente? I pazienti la preferiscono? I medici la praticano? Quali sono i benefici?

In particolare, si è evidenziato che i pazienti preferiscono tale approccio, che indaga le principali ragioni della visita richiesta dal paziente, e soddisfa il bisogno di ricevere informazioni; inoltre, consente una comprensione globale e integrata del mondo del paziente con la sua persona, i suoi bisogni emotivi e i suoi progetti di vita. Consente ai due interlocutori di individuare un terreno comune per identificare il problema e una gestione condivisa dello stesso. Tale metodo clinico favorisce la prevenzione e la promozione della salute e garantisce continuità nella relazione medico paziente.

Dalla definizione teorica si è giunti quindi ad una operazionalizzazione del costrutto grazie ad alcune ricerche nel settore della medicina generale focalizzate sulle preferenze dei pazienti (Little et al., 2001). Uno dei principali e riconosciuti ostacoli alla diffusione dell'approccio centrato sul paziente risulta la scarsa conoscenza degli elementi più importanti relativi agli ambiti precedentemente elencati e che contraddistinguono l'approccio. L'indagine condotta da Little e colleghi (2001) ha portato ad evidenziare come la preferenza dei pazienti sia particolarmente dovuta a 3 componenti dello stile clinico centrato sul paziente: la comunicazione, la partnership e la promozione della salute. Rientrano nello stile comunicativo: l'interesse per le paure del paziente legate al problema, il riconoscimento delle richieste del paziente di avere determinate informazioni, la comprensione del motivo principale della visita, uno stile relazionale accogliente, la sensazione di essere stato veramente capito, l'esplicitazione della gravità del problema, una spiegazione chiara di cosa sia il problema e di come vada affrontato. Un buon livello di partnership è costituito da: l'interesse per l'idea del paziente sul proprio problema, l'accordo con il paziente sulla definizione del problema, l'interesse del medico alle intenzioni del paziente e al trattamento preferito del paziente e quindi un confronto e un accordo sul trattamento da attivare. La promozione della salute consiste in atteggiamenti del medico

finalizzati a dare consigli su come ridurre il rischio di malattie in futuro e come proteggere la propria salute.

Gli effetti della medicina centrata sul paziente sono stati indagati. In particolare Little e coll. (2001) hanno delimitato alcune caratteristiche della percezione dei pazienti ed evidenziato relazioni significative fra il livello di soddisfazione, il livello di abilità percepita di far fronte ai propri problemi di salute e la remissione dei sintomi. Nello specifico alcune caratteristiche della comunicazione centrata sul paziente appaiono maggiormente correlati con specifiche componenti dell'esito della cura stessa: la comunicazione, la collaborazione e un approccio positivo sono maggiormente connessi con un livello più alto di soddisfazione; è stato evidenziato inoltre un significativo legame tra un approccio positivo e un livello più alto di remissione dei sintomi; l'interesse da parte del curante sugli effetti sulla vita quotidiana, sulla promozione della salute e l'uso di un approccio positivo sono fortemente interconnessi con il livello di abilità percepita di far fronte alle problematiche di salute. E' possibile quindi concludere che le componenti della percezione degli utenti del livello di centralità del paziente e di un approccio positivo sono misurabili in maniera affidabile. Ognuna di tali componenti è inoltre associata a differenti elementi di esito delle consultazioni. La misura della percezione del paziente fornisce un marker della qualità della cura infatti, se il medico non adotta uno stile positivo, centrato sul paziente ottiene livelli più bassi di soddisfazione del paziente, minore percezione delle abilità da parte del paziente di far fronte alle proprie difficoltà, un peso maggiore dei sintomi e un uso maggiore delle risorse del sistema sanitario (Little et al. 2001).

Con questo deciso stagiarsi della medicina centrata sul paziente si è arrivati quindi ad osservare che la medicina moderna è dominata da due paradigmi generali: uno è quello della *medicina basata sull'evidenza* e l'altro è quello della *medicina centrata sul paziente*. Entrambi sono sorti negli anni '90 ma se l'uno è fondamentalmente positivista, con un'ottica biomedica, l'altra è sostanzialmente umanistica, con una prospettiva biopsicosociale. Quest'ultima tende a integrare i valori etici collegati all'immagine del medico ideale, con le teorie psicoterapeutiche sulla facilitazione dell'apertura da parte del paziente nella relazione col medico sulle proprie paure e adozione di strategie di negoziazione della "decision making" (Bensing, 2000). I due

approcci risultano essersi sviluppati in parallelo con scarse occasioni di confronto e integrazione delle due prospettive. Le domande quindi che ci si è posti sono due: come la medicina centrata sul paziente è una medicina basata sull'evidenza e viceversa come una medicina basata sull'evidenza è centrata anche sul paziente?

Proviamo a fornire una risposta alla prima domanda. La medicina basata sull'evidenza si pone come obiettivo l'ideale integrazione del sapere tecnico individuale e l'evidenza scientifica esterna, offrendo quindi ai clinici il livello massimo di efficacia possibile in merito al miglior trattamento da scegliere per i propri pazienti. Nel fare questo tale approccio risulta fortemente centrato sulla malattia; si avvale infatti di trattamenti clinici randomizzati su gruppi di pazienti selezionati sulla base della loro aderenza a definiti criteri diagnostici. Inoltre la medicina basata sull'evidenza fa sì che il medico si ponga tra le proprie priorità l'adozione di trattamenti che hanno una dimostrata efficacia a livello scientifico per determinati gruppi di pazienti affetti da una medesima patologia: il medico quindi è prevalentemente interessato ad evidenziare i sintomi che il singolo ha in comune con la popolazione più ampia di pazienti curati, piuttosto che porre attenzione alla unica e specifica conoscenza ed esperienza del singolo, bisogni e preferenze individuali. Comunque gruppi di pazienti che secondo i termini della salute pubblica sembrano omogenei possono presentare delle grandi disomogeneità nelle caratteristiche individuali, ponendo la necessità di usare interventi diversi per persone diverse. Secondo Sweeney (1998) la medicina basata sull'evidenza appare così centrata sul medico, perché difatto si concentra sulla interpretazione dell'evidenza da parte del medico e limita l'importanza della interazione e il ruolo del secondo partner della relazione che è il paziente. Appare così il paradosso che la medicina basata sull'evidenza è enormemente importante fino a che offre al paziente una cura di alto livello e lo protegge da trattamenti medici inutili, ma allo stesso tempo diventa una minaccia per la medicina centrata sul paziente laddove le opinioni proprie dei paziente sono ignorate o frustrate. Ancora senza la centralità del paziente la medicina perde il proprio volto umano e abbandona il paziente da solo in mezzo alla tecnologia medica, linee guida e dati statistici. Quest'ostacolo può essere superato se la medicina basata sull'evidenza recupera, all'interno del contesto clinico, l'attenzione verso le istanze psicosociali e verso l'unicità di ogni paziente come

persona (Glass, 1996). Molte decisioni di cura necessitano di essere individualizzate specialmente qualora coinvolgano scelte per possibili esiti diversi conseguenti a caratteristiche individuali dei singoli pazienti (Kassirer, 1994).

Argomentando la risposta al secondo quesito posto precedentemente il punto di partenza è quello che vede contrapposta la medicina centrata sul paziente a quella centrata sul disagio fisico; viene sottolineata l'importanza di considerare il paziente più del proprio disagio e di adoperare la prospettiva per la quale si pone attenzione a conoscere il malessere che il paziente stesso ha. La definizione dell'approccio centrato sul paziente si fonda anche sulla contrapposizione con la medicina centrata sul medico che pone il focus sul processo decisionale relativo al percorso terapeutico; inoltre, contrappone un metodo che vede il medico al centro delle decisioni e delle vicende che coinvolgono il paziente all'altro che riconosce il diritto al paziente stesso di contribuire a stabilire cosa vada o non vada fatto per il suo stato di malattia. Vengono presi in considerazione le preferenze e la necessità del paziente di essere informato al fine di giungere alla giusta decisione; al medico si chiede di comprendere adeguatamente quale sia il motivo della richiesta della visita da parte del paziente e le sue reali necessità e desideri. Vengono pertanto richieste specifiche competenze comunicative che sono mutate dalla scienza e pratica terapeutica che insegna l'importanza di un comportamento emotivamente pregnante, opposto ad un comportamento strumentale, volto a stimolare il paziente a parlare di qualunque cosa passi nella sua mente, compresi i propri stati emotivi.

Gli autori citati arrivano quindi a descrivere un modello integrato dei due approcci rappresentato da un asse cartesiano che raffigura sull'ascisse il contenuto della consultazione, che può collocarsi lungo un continuum tra biomedico e biopsicosociale, e sull'ordinata il controllo dello scambio comunicativo, che può essere maggiormente verso il medico o verso il paziente (fig.1.1).

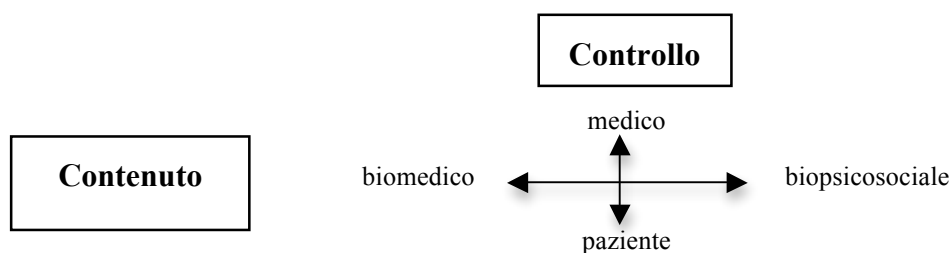


Fig.1.1 – Modello d'integrazione (Adattato da Bensing, 2000)

Possono quindi essere descritte quattro tipologie di medico che ha come priorità gli aspetti biomedici e pone un alto livello di controllo della consultazione su di Sé che si collocherà nel quadrante in alto a sinistra del grafico; il moderno paziente che tende a controllare l'interazione con il medico e pone come prioritarie le componenti biopsicosociali della sua esperienza si collocherà nel quadrante in basso a destra. Possono esistere comunque anche: il medico che adotta uno stile maggiormente paternalistico e lascia lo spazio al paziente di raccontare le proprie vicende ma che al termine della consultazione decide autonomamente in merito al trattamento da intraprendere (quadrante in alto a destra) e il paziente che tende ad avere il controllo sulla relazione con il medico con un' enfasi particolare sui contenuti biomedici del consulto laddove il medico invece avrebbe una comprensione più ampia dell'origine del disagio (riquadro in basso a sinistra). Quest'ultima tipologia è riscontrata nelle consultazioni con pazienti cronici.

Si descrive quindi un'ampia gamma di tipologie di pazienti: una medicina centrata sul paziente dovrebbe tener conto della varietà possibile conseguente a differenze in merito alla preferenza dei contenuti della consultazione e ai diversi livelli voluti di partecipazione alla presa di decisione. Un esempio di questo può essere un paziente che ha una serie di ragioni per desiderare che la consultazione sia limitata all'aspetto fisico della malattia, intende quindi porre come obiettivo del dialogo con il medico l'ottenere informazioni sui sintomi e sulla minor o maggior gravità della malattia ed esclude assolutamente la possibilità di trattare di aspetti psicologici o familiari della propria esperienza. Livelli diversi di coinvolgimento nella presa di decisione in merito al trattamento sono conseguenti a variabili di ordine culturale e anche a livelli diversi di gravità della malattia. Per concludere, quindi, si pone la necessità che avvenga una maggiore integrazione tra le pratiche cliniche afferenti ai due modelli: probabilmente la comunicazione può giocare un ruolo importante nel favorire tale processo.

Nell'ambito degli studi sul processo comunicativo in medicina è stata evidenziata la rilevanza del comportamento emotivamente pregnante e soprattutto del comportamento non verbale. Inoltre è stato rilevato l'effetto di programmi di training che mostrano la possibilità che stili comunicativi efficaci possano essere insegnati e appresi dai professionisti della salute (Smith et al. 1998).

La *health communication* ha evidenziato l'importanza della comunicazione veicolata all'interno di tale interazione, che può contribuire al buon esito dei percorsi di cura (Zani e Cicognani, 2000; Frankel e Inui, 2006). Infatti, secondo la distinzione per obiettivi descritta da Ong et al. (1995) una delle finalità della comunicazione medico-paziente riguarda lo stabilirsi di una "buona relazione interpersonale", che risulta un prerequisito per un adeguato trattamento medico. La qualità della relazione non incide solo sulla adesione del paziente al trattamento, o sulla soddisfazione dello stesso ma anche sui comportamenti del medico. Un esempio di questo è il caso della prescrizione dei farmaci. Alcuni studi (Macfarlane et al., 1997) hanno evidenziato come alcuni medici riconoscano l'influenza delle aspettative dei pazienti sulla propria pratica di prescrizione dei farmaci. L'influenza di tale aspettativa è conseguente, secondo tali medici alle modalità di richiesta di un paziente con specifici *health beliefs* o particolari caratteristiche sociali. Questi vengono associati a caratteristiche modalità relazionali mostrate dal paziente, finalizzate ad ottenere la prescrizione del farmaco. Il medico sembra scegliere di prescrivere il farmaco anche perché spinto dalla preoccupazione di mantenere una buona relazione (Stevenson et al., 1999).

Recenti sviluppi delle ricerche hanno focalizzato l'attenzione sulle specificità della relazione influenzate non solo dai ruoli del medico e del paziente ma anche dalle caratteristiche individuali dei due che non comprendono solo le variabili socio demografiche ma anche ciò che compone le caratteristiche di personalità di ciascuno (Guidano, Liotti, 1983). Un contributo importante in questo senso è l'approccio alla cura centrato sulla relazione, la *Relationship-centred Care* (RCC) (Frankel e Inui, 2006) sviluppato recentemente in ambito statunitense e che si staglia come una terza matrice concettuale nel panorama della cultura medica. Tale approccio sottolinea l'importanza del valore alla relazione attribuito da ciascuno dei partecipanti alla relazione stessa (Beach et al., 2005). L'attenzione dei professionisti della salute è richiamata sull'importanza della personalità sia del medico sia del paziente nella relazione terapeutica, sulle emozioni e sugli stati affettivi quali componenti di tali relazioni e sul contesto per comprendere le dinamiche della relazione stessa.

La cura centrata sulla relazione (Beach et al., 2005) costituisce una cornice che inquadra concettualmente la cura della salute, esplicitando che la natura e la

qualità delle relazioni intessute sono centrali nel processo stesso della cura e nello sviluppo del più ampio sistema sanitario. La Relationship-centred Care è definita come un intervento per la salute nel quale tutti i partecipanti apprezzano l'importanza della loro relazione reciproca. I principi fondamentali sono quattro:

1. **L'interazione nel contesto di cura dovrebbe includere le dimensioni delle personalità coinvolte così come i ruoli:** il paziente e il clinico sono unici nel loro patrimonio di esperienze, valori e modi di vedere. Il medico è consapevole delle proprie emozioni, reazioni e pregiudizi e cerca di monitorare i propri comportamenti alla luce di questa consapevolezza. In questo contesto è molto importante l'autenticità nel rapporto nel senso che il medico non deve solo avere rispetto per l'altro, deve avere l'intenzione di possedere internamente il rispetto che mostra esteriormente.
2. **Affetti ed emozioni sono componenti importanti della relazione:** nello sviluppo, mantenimento e fine della relazione gli affetti e le emozioni sono molto importanti. La presenza emotivamente significativa del clinico fornisce supporto emotivo al paziente. Piuttosto che rimanere neutrale il clinico dovrebbe essere incoraggiato ad agire in maniera empatica col paziente sì da facilitare la condivisione da parte del paziente delle proprie emozioni; il medico può così raggiungere una più profonda comprensione dei bisogni del paziente e fornire una risposta più adeguata ad essi. Viene così garantita una esperienza di cura più soddisfacente, per il paziente.
3. **Tutte le relazioni di cura avvengono in un contesto di reciproca influenza:** senza dubbio i clinici sono beneficiati dall'opportunità di conoscere i propri pazienti e la cura centrata sulla relazione incoraggia i medici a crescere come un esito dei propri pazienti. Mentre i risultati raggiunti dai pazienti e il loro mantenimento di un buono stato di salute sono obiettivi abbastanza ovvi degli incontri medico-paziente, permettere al paziente di avere un impatto sul clinico è una strada per valorizzare il paziente stesso e la sua esperienza;
4. **La cura centrata sulla relazione ha un fondamento etico:** delle relazioni caratterizzate da genuinità sono eticamente desiderabili perché è attraverso queste relazioni che i clinici sono capaci di generare l'interesse e



l'investimento necessari per mettersi al servizio degli altri ed essere rinnovati da tale compito.

Beach e coll. (2005) descrivono anche dimensioni diverse della cura centrata sulla relazione, che coinvolgono non solo le interazioni del clinico con i propri pazienti, bensì anche le relazioni con i colleghi e con il contesto sociale più ampio nel quale è inserito. Nella tabella 1.1 sono riportate sinteticamente le dimensioni individuate. In particolare per ognuna di esse gli Autori descrivono quali conoscenze il medico dovrebbe aver presenti, a quale approccio filosofico sarebbe opportuno fare riferimento e conseguentemente quali comportamenti il medico dovrebbe adottare al fine di ottenere specifici esiti di cura.

Nell'ambito delle relazioni tra colleghi e nelle relazioni gerarchiche l'approccio centrato sulla relazione incide significativamente sul benessere dei curanti quanto su quello dei pazienti. Tale approccio enfatizza l'importanza che il clinico si ponga in un atteggiamento di ascolto e di rispetto dei colleghi anche di chi appartiene ad altre specialità, che promuova un autentico lavoro di equipe, faccia da ponte nelle diversità, impari e festeggi i traguardi raggiunti dei colleghi.

Nel rapporto con la comunità più ampia è importante che il singolo professionista comprenda le dinamiche interne del contesto sociale esterno, valorizzi l'importanza della comunità nel promuovere la salute e il benessere dei suoi membri e partecipi al dibattito comunitario e allo sviluppo sociale.

	<b>Relazione clinico - paziente</b>	<b>Clinico-clinico/relazione gerarchica</b>	<b>Relazione clinico-comunità sociale</b>
<b>Sapere</b>	Ogni paziente è un individuo unico. Le questioni psicosociali, emotive e di stile di vita sono parte integrante della cura medica. I pazienti differiscono per i loro valori di riferimento, preferenze e aspettative sulla cura. La prospettiva dei pazienti, la loro cultura e personalità sono rilevanti nel processo di cura; ogni relazione è unica ed è l'esito dello sforzo di ciascun partecipante. Lo stile col quale il clinico partecipa all'incontro fondamentale ha una ripercussione sul decorso, la direzione e gli esiti della cura sia episodicamente, sia longitudinalmente.	Potere delle disuguaglianze tra le discipline cliniche; forza della comprensione della prospettiva dell'altro; approcci di cura di varie discipline; dinamiche interne alle equipe e stili di approccio ad una leadership condivisa.	Modelli diversi di comunità; percezione comunitaria della cura della salute (miti e dispercezioni); dinamiche comunitarie locali - caratteristiche demografiche, economiche, politiche, storiche, eventi migratori, livello di occupazione; contesto locale (sociale, politico, economico, occupazionale, fisico, educativo, di pubblica sicurezza) e il loro impatto sulla salute; storia delle relazioni tra i partecipanti del percorso di cura; isolamento della comunità dei curanti dalla comunità

			<p>più ampia; relazioni tra interventi di cura formali e informali; rispetto per l'integrità comunitaria, diversità culturale e fattori di salute ; comprendere come la politica di rilevanza della salute sia di larghe vedute; onestà in merito ai limiti delle cure mediche; apprezzare la responsabilità di contribuire alla diffusione del sapere medico all'interno del dibattito pubblico; rispetto per la leadership comunitaria; apprezzare la responsabilità di lavorare per la salute pubblica.</p>
<b>Approccio, filosofia e attitudini</b>	<p>Valore della collaborazione con i pazienti; guardare i pazienti come esperti; riconoscere che il pz ha diritto al rispetto; considerare la relazione come un mezzo terapeutico; valore del raggiungimento di un reciproco rispetto e di un'incondizionata positiva stima reciproca; riconoscere che il coinvolgimento emotivo, piuttosto che la neutralità affettiva e un distaccato interesse può portare avanti il legame terapeutico e migliorare la sua efficacia; riconoscere che sia il medico sia il paziente sono attori che costruiscono la loro relazione; riconoscere che le relazioni implicano doveri e responsabilità reciproci.</p>	<p>Importanza della consapevolezza di sé; il valore della diversità e interdisciplinarietà; valorizzazione dell'importanza della mission condivisa; apertura alle idee degli altri; affermazione dell'importanza del rispetto e della fiducia reciproche; credere nell'importanza di mantenere una capacità di monitoraggio, conciliazione e prevenzione dell'errore.</p>	<p>Partecipare al dialogo e allo sviluppo comunitari; partecipare alle attività finalizzate ad accertare l'interazione tra gli agenti della cura e la salute della comunità; stato di salute comunitario, e l'impatto del sistema di promozione della salute sulla salute comunitaria; partecipare al miglioramento della politica comunitaria di promozione della salute; comunicare attivamente nelle questioni di rilevanza per la salute pubblica; ascoltare con apertura, coinvolgere gli altri, favorire l'informazione sulla salute, favorire l'apprendimento negli altri; partecipare attivamente nell'implementazione delle strategie di salute comunitarie, delle equipe di cura e delle organizzazioni di cura.</p>
<b>Comportamenti</b>	<p>Mostrare rispetto per il paziente Scoprire i valori del paziente, le sue aspettative, preferenze e il retroterra culturale; approccio adattato al singolo e basato sulla conoscenza del paziente; aiutare il paziente a comunicare la propria storia, ascoltando bene, senza giudizio; rispondere alle emozioni del paziente mostrando empatia; cercare un terreno comune come un punto di partenza per pianificare il trattamento terapeutico; monitorare il proprio comportamento consapevoli che ha un'influenza sugli altri; essere consapevoli e conoscere i propri sentimenti e pregiudizi (consapevolezza emotiva);</p>	<p>Riflettere su di sé i propri bisogni personali e professionali; apprendimento costante dall'esperienza dagli altri ricavare un significato personale dal lavoro degli altri; comunicare efficacemente con gli altri membri del team; ascoltare attivamente al fine di comprendere e coinvolgere gli altri membri del team; lavorare in modo collaborante e condividere le responsabilità; individuare e risolvere conflitti; riservare un tempo nelle riunioni per idee nuove;</p>	<p>Favorire la collaborazione tra sistemi di cura formali e informali interni alla locale comunità; maggiore e più profonda comprensione delle risorse comunitarie e delle vulnerabilità; crescente prevalenza delle politiche organizzative che promuovono la salute comunitaria; maggiore partecipazione dei professionisti della salute nei servizi pubblici; promozione della salute pubblica.</p>

	<p>riconoscere l'importanza della relazione nel processo terapeutico e nell'esito per ambedue i partecipanti;</p> <p>riconoscere l'importanza di porre attenzione ai valori di ambedue i partecipanti, delle loro attitudini e personalità;</p> <p>consapevolezza dei punti di accordo e disaccordo sui valori, le aspettative, ecc;</p> <p>monitorare lo stato della relazione;</p> <p>riconoscere l'importanza della relazione sul benessere di ognuno.</p>	<p>formulare adeguate richieste per immaginare possibili miglioramenti;</p> <p>valutare costantemente se i valori dell'organizzazione sono riflessi nel lavoro quotidiano.</p>	
<b>Esiti</b>	<p>Il paziente si sente rispettato, accolto, assistito, ecc.;</p> <p>il paziente si sente soddisfatto con il medico, prova meno ansia, ha fiducia nel curante, aderisce al trattamento, ricorda le informazioni e le indicazioni, è più attivamente coinvolto;</p> <p>clima di armonia;</p> <p>maggior profondità e vitalità dell'interazione;</p> <p>il clinico diventa una risorsa di supporto sociale e emotivo per il paziente;</p> <p>il paziente diventa una risorsa di riconoscimento/gratificazione professionale per il clinico;</p> <p>prevenzione del burn out;</p> <p>maggior adesione ai piani di trattamento.</p>	<p>Risoluzioni positive dei disaccordi;</p> <p>minimo livello di turn over nello staff;</p> <p>maggior facilità nel reperire dipendenti;</p> <p>i colleghi raggiungono obiettivi personali e professionali regolarmente;</p> <p>i membri dell'equipe riferiscono di essere rispettati;</p> <p>maggior efficienza sul lavoro anche all'interno di una vasta gamma di cambiamenti;</p> <p>maggior soddisfazione e qualità della cura percepita da parte del paziente.</p>	

(Adattamento da Beach et al. 2005)

Tabella 1.1 – Sapere clinico, attitudini, comportamenti ed esiti della cura centrata sulla relazione.

Infine, è presa in esame all'interno di tale modello teorico anche la relazione del singolo professionista con se stesso che consiste nella capacità di auto-consapevolezza, profondità della conoscenza di sé, capacità di creare e sostenere la propria integrità in circostanze complesse e mutevoli.

Per concludere, nel contesto statunitense tale approccio ha influito nelle decisioni relative alle definizioni delle linee guida che stabiliscono i contenuti prioritari nella formazione delle professioni sanitarie due delle quali sono le seguenti:

1. Le interazioni curante – paziente includono abilità comunicative di base e complesse;
2. Le linee guida per il comportamento e il ruolo del professionista curante includono indicazioni etiche: i valori personali, le attitudini e i pregiudizi influiscono sulla cura del paziente; il benessere del curante; la responsabilità sociale; lavoro in equipe e in organizzazioni sanitarie; il contatto con le risorse che favoriscono la cura del paziente.

Si può quindi osservare come si sia operato un avvicinamento tra la relazione medico-paziente ed un'altra relazione di cura contraddistinta da caratteristiche peculiari, quale è la relazione terapeuta paziente in psicoterapia. Tale specifica interazione tra soggetti ha tratto importanti spunti di approfondimento e comprensione del proprio funzionamento (Liotti, 2001; Slade, 1999) sia dalla Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1969) sia dalla più generale teoria dei sistemi motivazionali (Gilbert, 2000; Liotti, 1994). Tali impostazioni teoriche possono spiegare le caratteristiche delle nostre interazioni sociali e delle relazioni interpersonali che intervengono nel corso degli scambi comunicativi.

Le caratteristiche che hanno contraddistinto il proprio stile di attaccamento infantile, quali ad esempio la ricerca della vicinanza o la protesta alla separazione, si possono ripresentare declinate secondo modalità relazionali adulte (R.S.Weiss, 1995).

Inoltre, la vita di relazione degli individui risulta fondata su alcune forme o tipi basilari di interazione sociale, ovvero i sistemi comportamentali o motivazionali (Liotti, 2005), predisposti su base innata e aventi un valore evolutivo di sopravvivenza.

Nella comprensione di particolari relazioni interpersonali, che risultano di una certa pregnanza per la vita fisica o mentale dell'individuo, allora emergono come significative variabili personali di funzionamento quali lo stile di attaccamento e le motivazioni ad agire.

### **1.3 La formazione continua in medicina**

L'istituzione del sistema di formazione continua in medicina, (decreto lgs. 229/99) vincola i professionisti (medici e professioni sanitarie) a rendere conto delle attività formative alle quali partecipano con l'obiettivo di mantenere un livello di aggiornamento adeguato ai cambiamenti organizzativi, tecnologici e sociali.

Il programma nazionale di E.C.M. individua, tra le caratteristiche peculiari della professionalità di un operatore sanitario, oltre a conoscenze di ordine teorico e a competenze tecniche, anche abilità comunicative e relazionali (Ministero della Salute, 2009).

Concretamente però se analizziamo i contenuti degli eventi formativi è possibile rilevare come siano fortemente influenzati dalla medicina basata sull'evidenza in particolare concentrata su conoscenze e competenze e meno attenta alla valutazione degli esiti (Cartabellotta, 2006). E' in quest'ultimo ambito che sono comprese infatti quelle qualità di capacità comunicativa, empatia, attenzione alla relazione alle quali vogliamo porre attenzione col presente lavoro. L'importanza di porre attenzione alla abilità di entrare in relazione con l'altro sembra riconosciuta prevalentemente in alcuni ambiti della cura quale quello oncologico (Caruso & Buongiorno, 2005). La particolarità della situazione in cui i malati di cancro si trovano sembra risaltare da un lato il limite della conoscenza medica e tecnologica e dall'altro la potenzialità della formazione psicologica, che aiuta gli operatori nella gestione di quelle situazioni in cui si sperimentano spiazzati, disorientati e poco sostenuti dallo specifico sapere professionale. Se fino a qualche tempo fa alcune caratteristiche della modalità di entrare in relazione apparivano appannaggio di alcuni professionisti e conseguenti a variabili caratteriali, adesso si sta facendo strada la prospettiva che riconosce tali abilità acquisibili attraverso uno specifico e pensato percorso formativo. Analogamente alla professione di psicoterapeuta, anche l'operatore sanitario usa di se stesso come strumento terapeutico, nella relazione di cura con un paziente oncologico ed è inserito in un percorso formativo che richiede costantemente di monitorare il proprio stile di entrare in relazione con l'altro. Tale percorso assume tempi, contenuti e modalità di apprendimento peculiari ed è solitamente accompagnato da una attenzione al lavoro in equipe (Caruso & Buongiorno op. cit.). Tali tematiche, dall'analisi della letteratura in ambito italiano, appaiono confinate a specifiche aree specialistiche e meno diffuse in modo trasversale a diversi settori di intervento nel contesto di cura.

In ambito statunitense, da un po' più di un decennio, è in corso un dibattito che coinvolge il sistema nazionale di Educazione Continua in medicina e si arricchisce di riflessioni sulle metodologie di apprendimento e di valutazione dei cambiamenti nelle prassi di cura.

La necessità di rivalutare il sistema di educazione continua è conseguente alla riflessione del limitato impatto di tale formazione sul comportamento dei professionisti della cura (Spivey, 1999). L'approccio prevalente riconosciuto di

attribuzione dei crediti è basata sul “tempo della sedia”, ovvero sul tempo trascorso dai professionisti nei corsi di apprendimento frontale. Analogamente, quasi nullo sulle pratiche professionali, appare avere la lettura di materiale scientifico nella solitudine del proprio studio. Emerge di conseguenza la considerazione dell’esistenza di un ampio divario tra l’evoluzione tecnico-scientifica raggiunta dalla medicina e l’effettiva applicazione delle innovazioni nel campo clinico. La formazione continua dovrebbe contribuire a diminuire tale divario e favorire l’apprendimento lungo tutto l’arco della vita professionale dell’individuo.

A questo proposito Davis et al. (2003) definiscono a livello concettuale l’educazione continua in medicina come l’educazione che avviene dopo la laurea e la specializzazione e che costituisce la più complessa e chiaramente la più durevole fase della formazione medica. Distintamente possiamo considerare la crescita professionale continua che coinvolge sia l’apprendimento nel campo lavorativo sia la crescita personale. Include pertanto la teoria e la pratica dell’apprendimento in età adulta, dell’apprendimento diretto su di sé e la pratica riflessiva. Consente di fare riferimento a tematiche non solo tradizionalmente incluse nella formazione sanitaria quali: la bioetica, il management aziendale e le abilità comunicative.

I limiti di ambedue gli approcci sono stati ampiamente discussi, uno in particolare appare importante ed è la non attenzione alla riconosciuta efficacia di alcune strategie formative conseguente ad una accurata analisi dei bisogni formativi (Davis et al. 2003), tale efficacia risulta condizionata dalla tipologia di fruitori del percorso formativo, dalle caratteristiche del contesto dell’apprendimento e appunto dai bisogni formativi di partenza dei destinatari. Gli autori propongono quindi un terzo modello chiamato “trasmissione di conoscenze” finalizzato a colmare il divario tra l’evidenza e la pratica. L’approccio in particolare ha preso ispirazione dal modello “mirato al consumatore” sviluppato da Pathman e coll. (1996) che descrive un processo che parte dalla consapevolezza, passa attraverso l’adesione, l’assunzione per arrivare fino all’aderenza a pratiche basate sull’evidenza. Nel contesto della promozione della salute tale modello applicato da Green e coll. (1980) ispira interventi formativi che predispongono al cambiamento anche incrementando le conoscenze e le abilità e che rinforzano il cambiamento dopo che sia avvenuto. Tale approccio teorico, che offre importanti spunti di riflessione, necessita di maggiore elaborazione e sviluppo.

Nel dibattito inerente la formazione continua non possono mancare alcune considerazioni in merito ad una nuova definizione delle competenze professionali (Epstein e Hundert, 2002), che ha inciso anche sulla definizione di criteri di valutazione dei percorsi di training dei giovani professionisti. Gli standard che stabiliscono il livello della competenza comprendono aspetti cognitivi, tecnici ed emozionali che intervengono nella pratica e che spesso si rivelano non misurabili. Gli autori propongono la seguente definizione:

*l'uso abituale e ponderato della comunicazione, della conoscenza, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori di riferimento e delle riflessioni nella pratica quotidiana a beneficio dell'individuo e della comunità.*

Quindi le competenze risultano fondate su una base di abilità tecniche, conoscenza scientifica e sviluppo morale/etico. Comprendono inoltre una capacità cognitiva di risolvere i problemi quotidiani attraverso l'acquisizione e l'utilizzo di nuove conoscenze e una funzione integrativa per saper utilizzare informazioni biomediche e psicosociali nel ragionamento clinico; un'abilità interpersonale di comunicare efficacemente con i pazienti e i colleghi e infine un'abilità affettiva/morale di disponibilità, pazienza e consapevolezza emotiva per usare questa abilità con giudizio e sensibilità umana. Il livello di competenza dipende da una disposizione mentale fatta di attenzione, curiosità critica e consapevolezza di sé. La competenza professionale è più che una sommatoria di singole abilità, è un insieme integrato e complesso. Nel descrivere le singole dimensioni (vedi tabella 1.2) nelle abilità interpersonali vengono elencate: capacità comunicative, gestione dei conflitti, lavoro in equipe, disponibilità ad insegnare ad altri; la dimensione affettiva/morale comprende la tolleranza dell'ambiguità e dell'ansia, l'intelligenza emotiva, il rispetto dei pazienti, sensibilità ai pazienti e al contesto sociale, attenzione all'assistenza. Infine tra le attitudini mentali troviamo l'osservazione delle altrui modalità di pensare, sperimentare le emozioni e usare la tecnica, attenzione, curiosità critica, consapevolezza e reazione ai pregiudizi cognitivi ed emotivi, disponibilità a riconoscere e correggere gli errori.

<p><b>Dimensione Cognitiva</b></p> <p>Conoscenze  Abilità comunicative di base  Gestione delle informazioni  Applicazione del sapere alle situazioni concrete-reali  Uso di conoscenza tacita e esperienza personale  Capacità di problem-solving astratto  Acquisizione in autonomia di nuove conoscenze  Riconoscimento delle mancanze di conoscenza  Capacità di generare domande  Utilizzo delle risorse (del sapere e umane)  Apprendimento dall'esperienza</p>
<p><b>Dimensione Tecnica</b></p> <p>Abilità di condurre un esame biomedico  Abilità chirurgiche/procedurali</p>
<p><b>Dimensione Integrativa</b></p> <p>Capacità di integrare un giudizio scientifico, clinico e umanistico  Utilizzo appropriato delle strategie di ragionamento clinico (ipotetico-deduttivo, riconoscimento di modelli teorici, conoscenza elaborata)  Collegamenti tra conoscenze di base e cliniche tra discipline diverse  Gestione dell'incertezza</p>
<p><b>Contesto</b></p> <p>Setting clinico  Utilizzo del tempo</p>
<p><b>Dimensione interpersonale</b></p> <p>Abilità comunicative  Gestione dei conflitti  Lavoro di equipe  Disponibilità ad insegnare ad altri (pazienti, studenti e colleghi)</p>
<p><b>Dimensione affettiva/morale</b></p> <p>Tolleranza dell'ambiguità e dell'ansia  Intelligenza emotiva  Rispetto dei pazienti  Sensibilità ai pazienti e al contesto sociale  Assistenza</p>
<p><b>Disposizione mentale</b></p> <p>Osservazione delle tecniche , modalità di pensiero e emozioni proprie individuali  Attenzione  Curiosità critica  Riconoscimento e gestione dei pregiudizi cognitivi ed emotivi  Disponibilità a riconoscere e correggere gli errori.</p>

(adattato da Epstein & Hundert, 2002)

Tabella 1.2 – Dimensioni della competenza professionale

La totalità di queste competenze risulta dipendente dal contesto e afferma la relazione tra una abilità personale e un compito situato nel mondo e il legame tra l'ecologia del sistema sanitario e il contesto clinico nel quale tali compiti emergono.

Il dibattito sull'acquisizione di tali competenze è ancora aperto (Frattola, 2002; Petrini et., al 2009; Spivey, 2005) e risulta particolarmente finalizzato alla definizione di quali competenze vengano acquisite in definite e specifiche fasi della formazione.



In particolare mi sembra opportuno rilevare come tale modello implichi in particolare, come riportato dagli autori stessi, l'acquisizione da parte del professionista di una capacità di automonitoraggio e di valutazione del proprio agire e del proprio modo di pensare e di porsi in relazione sia con il contesto relazionale e culturale.

La percezione e le aspettative relative al proprio operare in campo medico è oggetto di una ricerca di meta-analisi sintetizzata in un articolo pubblicato sul Journal of American Association nel 2006 (Davis et al.). Il punto di partenza per l'indagine è stata la constatazione della centralità, in alcuni sistemi di sviluppo professionale nazionale di USA e Canada ad esempio, della capacità dell'individuo di "self-assessment". Quest'ultima è intesa come l'abilità individuale di definire i propri bisogni formativi e di individuare le risorse necessarie a soddisfarli. Questo presuppone il possesso da parte del professionista di un elevato livello individuale di valutazione adeguata delle proprie prestazioni professionali. Gli autori hanno quindi proceduto con la definizione di autovalutazione come le percezioni e le previsioni del singolo professionista del livello della propria conoscenza, abilità o performance al fine di compararla con misure oggettive ben definite di valutazione esterna degli stessi parametri. Il confronto ha compreso ricerche svolte su gruppi di professionisti di nazioni il cui curriculum formativo fosse analogo (Regno Unito, USA, Canada, Australia e Nuova Zelanda). Il livello di accordo tra auto-valutazione e valutazione esterna è risultato piuttosto limitato e indipendente da variabili quali livello di formazione, anni di esperienza o di studio. In particolare si è evidenziata una correlazione significativa tra un decremento nella propensione dei professionisti nel tener conto degli aspetti emotivi dell'esperienza di malattia e l'aumento dell'età anagrafica. Da tutto questo possiamo dedurre l'importanza di incrementare, attraverso processi di formazione continua, la pratica di strategie finalizzate all'acquisizione della capacità personale di valutazione dei propri bisogni formativi finalizzata ad un miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, riconoscendo che questa dipende anche da abilità interpersonali e comunicative. Nel Regno Unito il servizio sanitario nazionale ha definito una modalità finalizzata a ciò: l'*appraisal* inteso come processo che favorisce la riflessione su di sé attraverso il confronto con un trainer esterno che funge da guida.

Dopo tale panoramica sullo scenario internazionale concludo riportando l'attenzione sul contesto italiano nel quale forse con qualche anno di ritardo si stanno ponendo le stesse questioni e si sta proponendo la necessità di considerare la formazione professionale continua secondo l'ottica più ampia della educazione continua per le professioni sanitarie, che risponde ad una serie di evidenze (Latocca & Pasini, 2005), tra le quali:

- acquisire conoscenze non solo attinenti a tematiche cliniche, ma anche ad aspetti gestionali e manageriali (ad es. abilità personali e relazionali);
- attivare un processo formativo continuo in tutta la vita professionale che utilizzi strategie efficaci sul cambiamento delle performance professionali.

L'attuale indirizzo nazionale della formazione continua in medicina è fortemente incentrato sulla *clinical governance* intesa come strategia di politica sanitaria attraverso la quale le organizzazioni sanitarie vorrebbero garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali (Cartabellotta, 2011) e che non appare estranea alle questioni sopra delineate.

Se appaiono positivi i segnali dell'attuale impostazione della ECM di legittimazione di obiettivi di processo e di sistema accanto a quelli tecnico-professionali, in concreto appaiono alcune discrepanze (Cartabellotta, 2011) per un eccessivo condizionamento da interessi commerciali, mancata standardizzazione dei curricula, insufficiente valutazione degli esiti della formazione sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sull'utilizzo delle risorse. Si collega a questo un dibattito inerente le forme di riconoscimento della reale adesione da parte dei professionisti al processo di miglioramento delle pratiche che fino ad oggi è stato pressoché ignorato, ma che non approfondiamo in questo contesto. Cartabellotta riconosce l'importanza della responsabilità e capacità, anche nel nostro contesto italiano, degli stessi professionisti nell'identificare i propri gap di conoscenza, nello sviluppare adeguati quesiti, nel ricreare nuove conoscenze, interpretarle e applicarle alla pratica professionale.

Davanti alla constatazione di questo forte coinvolgimento del professionista sanitario nel proprio processo di crescita può risultare interessante l'accostamento tra le stesse *professioni biomediche* e le *professioni psicologiche-psicoterapeutiche*. Si evidenzia in questo senso il contributo che la psicologia può dare nell'ambito della formazione

continua in medicina: quello di facilitare l'apprendimento dell'importanza degli aspetti motivazionali ed emotivi della professione sanitaria, attivando la capacità di un continuo *processo di automonitoraggio*. L'operatore, infermiere o medico, dovrebbe sviluppare l'abilità di interpretare l'emozione come un segnale della propria relazione con il contesto e con le altre persone. In questa prospettiva ogni singola emozione può essere decodificata e meglio compresa. La possibilità, all'interno di percorsi di formazione continua e di supervisioni, di condividere momenti di discussione e di comunicazione tra operatori e persone fornite di maggiore esperienza può favorire il riconoscimento tempestivo dei motivi di un disagio che, se cronico e profondo, può compromettere la qualità dell'attività lavorativa ed indurre atteggiamenti demotivanti e rinunciatari. E' rilevante l'importanza dell'attivazione di un processo continuo di auto monitoraggio delle proprie motivazioni ed emozioni che conduce il singolo operatore ad aver chiare le proprie risorse e a leggere le emozioni come segnali della propria relazione con il contesto e come segnali degli esiti del proprio operare. Le emozioni inoltre, come strumenti conoscitivi, comunicativi ed adattivi, vanno sicuramente utilizzate sia nella relazione con il paziente sia nella relazione con i colleghi: così come sentire il paziente attraverso le emozioni che suscita può essere utile a raccogliere informazioni aggiuntive, o ancora riconoscere le emozioni provate dal paziente porta ad una maggiore comprensione dei suoi stati interni e della relazione che si instaura, analogamente tali elementi possono arricchire e favorire la costruzione di una buona relazione con i colleghi e influire sul clima organizzativo di un contesto lavorativo. Nell'ambito dello studio sulle emozioni non è risultato importante provare emozioni positive rispetto a quelle negative, quanto risulta essere importante la consapevolezza delle emozioni che si provano e saper dare ad esse un significato (Fassio & Galati, 2006).

Gli operatori sanitari tendono a negare la validità di un coinvolgimento emotivo nei compiti che sono loro richiesti promuovendo un distaccato tecnicismo al fine di gestire con razionalità le situazioni, soprattutto di emergenza, ottenendo migliori risultati senza un diretto disagio. Le emozioni però hanno rivelato la propria razionalità intrinseca, che favorisce una maggiore conoscenza, comprensione e accettazione delle emozioni stesse: le emozioni intervengono così nel processo di

adattamento individuale, qualora soffocate e mal gestite rischiano di creare pericolose e ingestibili pressioni che possono dare vita a disagi.

#### **1.4 Le ricerche internazionali e nazionali sulle professioni sanitarie e l'analisi dei bisogni formativi**

Le considerazioni che seguono sono scaturite dall'esame della letteratura internazionale e nazionale degli ultimi 10 anni che ha coinvolto i professionisti dell'ambito sanitario (ricerca su database di medicina, psicologia e scienze della formazione a partire dai termini "*health care team interactions*", "*collaborative health care team*"). Obiettivo principale di tale ricerca è di mettere in luce quali tematiche psicosociali di formazione e progresso professionale siano state privilegiate in ambito sanitario. Gli aspetti dell'incidenza delle relazioni interprofessionali sul benessere individuale dei professionisti e della gestione delle stesse relazioni, in termini di vissuto emotivo, risultano scarsamente indagate.

Negli Stati Uniti l'evoluzione del sistema sanitario, con lo sviluppo della tecnologia, la crescente specializzazione medica e la pervasività di alcuni aspetti di gestione aziendale, ha condotto al riconoscimento dell'importanza del lavoro in gruppo nel quale le diverse professionalità risultano coinvolte all'interno del percorso di cura dei cittadini (Apker et al., 2005).

Un filone di indagine che è molto sviluppato in ambito statunitense, ma che non prenderò in considerazione in questo contesto è quello inerente le caratteristiche della leadership, aspetti che mediano nella costituzione di rapporti positivi tra professionisti diversi nel *team*.

Altri lavori hanno preso in esame aspetti del funzionamento del lavoro di gruppo quali ad esempio la collaborazione tra professionalità diverse (Patel et al., 2000). Un sistema che richiede un livello molto elevato di competenze professionali individuali contemporaneamente presuppone che i singoli abbiano la capacità di partecipare attivamente ad un processo decisionale di tipo collettivo. Dai risultati dell'indagine condotta risulta che le abilità dei singoli, di condividere modelli mentali e costruire rapporti di fiducia con gli altri colleghi, sono appresi nello stesso contesto di lavoro e difficilmente vengono generalizzati ad altri contesti. Si deduce

da tale lavoro l'importanza che nei contenuti dell'apprendimento di medici e infermieri vengano incluse abilità di tipo comunicativo, interpersonale e di consapevolezza di variabili psicosociali quali ad esempio i ruoli e la loro negoziazione, le responsabilità individuali, fattori che incidono sul buon funzionamento del lavoro di equipe.

La gestione dei conflitti da parte degli infermieri nel funzionamento del gruppo di lavoro è stato oggetto di un'indagine della Michigan University. Apker, Propp e Ford (2005) hanno individuato il ruolo centrale svolto dai professionisti infermieri nella risoluzione delle dinamiche di contrapposizione tra professionalità diverse. Il lavoro, che descrive modalità diversificate di azione in situazioni di conflitto, risulta molto interessante anche nell'evidenziare come un sistema di interazione, che ad un livello può essere dichiarato di tipo collaborativo, di fatto può risultare di contenere al suo interno modalità interattive guidate da regole di potere e di prevaricazione di alcuni ruoli su altri. Inoltre, ha sottolineato una importante differenza tra le modalità operative dei medici e degli infermieri: laddove persiste una modalità di azione improntata ad un modello bio-medico che accentua aspetti di neutralità e oggettività in parallelo nell'operato degli altri viene sottolineata l'importanza di abilità empatiche e di gestione dei vissuti emotivi. Proprio la considerazione delle componenti emotive e di supporto sociale tra colleghi è risultato un fattore protettivo nelle condizioni di stress e burn out (Miller et al. 2000).

Una revisione della letteratura sull'efficacia dei programmi di gestione dello stress in ambito sanitario condotta da Mimura e Griffiths del King's College of London (2003) ha confrontato interventi mirati a fornire supporto individuale e quelli finalizzati a interventi di ordine strutturale od organizzativo. Il numero dei lavori inclusi nell'analisi è limitata e quindi risultano anche limitate le considerazioni che ne conseguono; mi sembra importante sottolineare come dalla comparazione risulti che il primo tipo di interventi porti ad un più duraturo effetto di riduzione dello stress percepito. Aspetti di ordine individuale potrebbero quindi mediare e ricoprire un ruolo da non sottovalutare anche in ambiti di intervento maggiormente mirati a variabili di contesto e organizzative.

Nel contesto italiano medici, infermieri, operatori socio assistenziali costituiscono oggetto della ricerca in diversi ambiti: in psicologia del lavoro il focus è posto sulla

soddisfazione lavorativa, su variabili di contesto di tipologie di lavoro (emergenza), sul clima aziendale; in psicologia clinica vengono prese in considerazione variabili individuali e stati individuali di benessere - malessere; possono maggiormente rientrare nell'ambito della psicologia della educazione, intesa come formazione degli adulti quei lavori inerenti l'efficacia di specifici interventi formativi. Di seguito descrivo le considerazioni maggiormente significative che emergono dalle più recenti ricerche in tali ambiti.

Un interessante lavoro, condotto da colleghi dell'Università di Torino Converso, Gattino e Loera (2009), era finalizzato all'implementazione di azioni di prevenzione del disagio rilevato in 4 presidi dell'area piemontese. In particolare l'intenzione che ha mosso l'indagine è stata quella di sviluppare politiche organizzative e gestionali di prevenzione del disagio occupazionale e promozione del benessere, secondo un progetto delle Direzioni Aziendali. Le variabili prese in esame tenevano conto dei diversi piani di azione possibili: individuale, di gruppo, organizzativo. In particolare al termine del lavoro specifiche caratteristiche dell'utenza sono risultate determinanti sui livelli di burn out degli operatori, quali la cronicità e l'affezione da malattie degenerative. Su queste però appaiono incidere significativamente variabili sovra ordinate afferenti alle caratteristiche del gruppo di lavoro quali l'efficace supporto sociale, comprendente anche un supporto specialistico di tipo psicologico su operatori e utenza. Come conclusione generale la dimensione relazionale con i superiori, il gruppo e i colleghi è parsa il livello di intervento più opportuno sia per le azioni di contrasto del disagio psicosociale, sia per la promozione del benessere.

Aspetti psicosociali quali la soddisfazione lavorativa, le relazioni con i colleghi, il supporto ricevuto e lo stile dei responsabili sono stati oggetto di indagine in un lavoro di Giovanni Cortese e coll. (2009) dell'università di Torino e finalizzato alla identificazione dei predittori dell'abbandono dell'organizzazione. La spinta a condurre tale indagine è stata fornita dalla considerazione dell'alto turn over che investe i lavoratori del contesto sanitario. Nello specifico della ricerca effettuata, tra le diverse variabili psicosociali prese in considerazione, soprattutto lo stile di gestione dei capi e la cittadinanza organizzativa risultano correlare in maniera non lineare ma circolare con il livello di intenzione di lasciare l'azienda. Conseguenza pertanto il fatto che, nel momento in cui un gruppo è caratterizzato da un'elevata

presenza psicologica o “engagement” dei componenti, vi siano maggiori probabilità che gli individui attuino comportamenti di cittadinanza organizzativa dei quali beneficino i colleghi o l’azienda nel suo complesso. Allo stesso tempo è deducibile che le espressioni di cittadinanza organizzativa possano favorire la diminuzione dell’intenzione di lasciare l’azienda sia tra coloro che traggono benefici diretti, sia tra coloro che partecipando a scambi sociali improntati alla cittadinanza, immaginano di poter fruire di analoghi benefici in futuro. Infine la presenza di responsabili che adottano uno stile di gestione orientato al gruppo e basato su ascolto e dialogo può essere considerata sia una premessa sia un prodotto di un basso livello di intenzione di lasciare l’organizzazione.

La soddisfazione lavorativa ed il benessere psicofisico sono stati indagati in professionisti infermieri di due ospedali di Roma (Tabolli et al., 2006). Il burn out appare conseguente a livelli medio-alti di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione. Tale stato di salute degli operatori risulta correlato ad un ambiente di lavoro che non offre opportunità di crescita, che richiede grossi carichi di lavoro, offrendo uno scarso supporto. Certamente l’attuazione di azioni di miglioramento strutturale ed organizzativo appaiono importanti ma la loro riuscita è strettamente vincolata al coinvolgimento e alla motivazione degli operatori stessi e al favorire in loro un crescente senso di appartenenza alla struttura.

Una ricerca finalizzata ad individuare bisogni formativi dei dipendenti di un’azienda sanitaria siciliana (Venza & Amenta, 2005) è giunta a sottolineare l’importanza di investire sulla formazione di tipo psicosociale. Partendo dal rilevare i livelli di soddisfazione riferiti sia ad un piano strutturale (aumento di personale, adeguamento delle risorse tecnologiche, incentivazione economica, ecc.) sia a quello della formazione (aggiornamento specialistico, senso di appartenenza all’azienda, comunicazione interna, ecc.) si è giunti a rilevare un significativo calo negli stessi livelli di soddisfazione tra i neo assunti e i dipendenti da un anno di anzianità in avanti. Inoltre i livelli più alti di soddisfazione risultano conseguenti a variabili più individuali del lavoro quali le relazioni interpersonali interne. Sembra tornare allora la necessità di fornire strumenti di intervento per modificare quei comportamenti stereotipati, automatici, standardizzati al fine di favorire nei professionisti una tendenza all’esplorazione, all’analisi e alla ricerca.

Un altro filone di ricerca prende in esame l'intervento sanitario in emergenza. Un lavoro di Prati e Pietrantoni (2009) era finalizzato ad evidenziare gli elementi determinanti nel percorso di presa di decisione in un servizio di pronto soccorso. Tali variabili possono essere differenziate in gruppi distinti a seconda che contraddistinguono il chiamante, il protocollo di individuazione del problema e l'operatore. Per quest'ultimo le caratteristiche prese in esame erano essenzialmente di tipo comunicativo: il numero delle domande formulate, le interruzioni del chiamante nello scambio dialogico, il fornire o meno istruzioni. I risultati del lavoro non hanno riscontrato una differenziazione conseguente a tali variabili di ordine individuale. Certamente la professionalità incide sul livellamento delle differenze individuali, ma probabilmente tale ricerca ha trascurato aspetti emotivi e motivazionali che rientrano nella complessità degli eventi comunicativi e che distinguono le singole individualità.

Le professioni sanitarie, in particolare gli infermieri, vengono tradizionalmente considerati ad alto rischio di stress sia per variabili organizzative e strutturali, sia per la tipologia di lavoro richiesto che li coinvolge emotivamente: il confronto con la sofferenza, le relazioni emotivamente coinvolgenti con i pazienti (Cox et al., 1996; Di Martino, 2003). Attualmente stiamo assistendo nell'ambito della psicologia del lavoro proprio ad un aumento dell'interesse verso i contenuti del lavoro e in particolare alle domande di tipo emotivo collegate alla gestione delle relazioni. Proprio la necessità di relazionarsi frequentemente con gli altri si è mostrato centrale nella crescente diffusione di un'economia basata sui servizi (Fraccaroli & Balducci 2011). Da tutto questo è derivato un crescente interesse per l'attività di modulazione della manifestazione emotiva (Gosserand & Dieferndorff, 2005) che appare dipendere da regole fissate anche esplicitamente dalle organizzazioni. In questo caso il professionista risulta esposto a situazioni di dissonanza emotiva, ovvero a non corrispondenza tra stati affettivi mostrati ed esperiti (Fraccaroli & Balducci, 2011).

Aspetti motivazionali, emotivi e di personalità che sostengono i professionisti sono stati al centro del lavoro di Fassio e Galati (2006) ambientato nel contesto dell'emergenza. In particolare la motivazione generale, lo sperimentare emozioni positive e punteggi bassi di nevroticismo risultano predittori del livello di qualità



della vita lavorativa dei professionisti. Non importa la qualità delle emozioni provate, quanto risulta fondamentale la consapevolezza delle emozioni che si provano e la capacità di saper dare ad esse un significato. Ai fini del mio lavoro sono apparse interessanti le considerazioni scaturite da questa ricerca inerenti la necessità di riconoscere il carattere di professionalità di chi svolge una funzione di aiuto, non identificandola con una vocazione o una missione. Conseguentemente la psicologia clinica può offrire strumenti importanti per la formazione e la supervisione dei professionisti nei contesti sanitari.

I lavori internazionali che hanno preso in considerazione aspetti più individuali del benessere lavorativo dei professionisti della salute hanno consentito la costruzione di una molteplicità di strumenti di valutazione dei livelli di stress. Questi hanno trovato una scarsa applicazione in ambito italiano. I questionari maggiormente utilizzati e validati a livello nazionale risultano il General Health Questionnaire e il Maslach Burn out Inventory.

In conclusione il mio lavoro si delinea innanzitutto a partire dalla definizione dei bisogni di formazione come “quelle specifiche esigenze connesse alla preparazione professionale dei singoli che avranno per contenuto non solo ciò che gli individui fanno (la loro attività), ma anche ciò che si propongono di fare (i loro piani e progetti) e come (il loro modello culturale), in riferimento al particolare stato della loro relazione con l’organizzazione, per ciò che è esprimibile nei termini di una “appartenenza a due vie”, nonché alla più generale articolazione del loro mondo sociale” (Quaglino & Carozzi, 1987). Conseguentemente da ciò che i bisogni, i piani e il modello culturale dell’organizzazione, che devono essere identificati ed analizzati, vanno quindi posti in relazione con quello degli individui, visti non solo come soggetti che lavorano ed esercitano un ruolo, ma anche come uomini e donne motivati da proprie aspettative, vissuti ed atteggiamenti.

Quindi il mio interesse si è concentrato sulla percezione individuale dei fattori stressogeni in ambito sanitario. In particolare l’obiettivo è stato quello di valutare l’incidenza di variabili organizzative a fronte di altre relazionali sulla percezione dei livelli di stress. Inoltre, ci si è proposti di evidenziare personali modalità di gestione delle emozioni, intese come strumento conoscitivo privilegiato nelle relazioni anche tra professionisti; infine si è inteso mettere in luce come specifiche strategie di

modulazione delle emozioni si accompagnino alla percezione più o meno stressogena di alcune variabili relazionali e contestuali.

Tali obiettivi di ricerca sono conseguenti sia alla constatazione della limitata produzione scientifica su tali tematiche nel contesto italiano, sia per il ruolo di mediazione, riconosciuto da ricerche svolte in ambito internazionale, che variabili individuali svolgerebbero nei confronti di caratteristiche organizzative più ampie (Akerboom et al., 2006).

## **CAPITOLO 2**

### **UN PANORAMA TEORICO**

### **SULLO STRESS E SUL COPING**

#### **2.1 Introduzione**

E' emerso nel precedente capitolo come il processo di cambiamento sia delle organizzazioni sanitarie, sia dei singoli ruoli professionali coinvolti, oltre al modo di intendere le azioni di cura abbiano focalizzato l'attenzione su variabili psicosociali, piuttosto che a variabili prettamente riconducibili alle discipline medico scientifiche.

A questo si è accompagnata la constatazione dell'importanza che gli eventi formativi rivolti ai protagonisti del mondo sanitario tengano conto e si propongano di incrementare non solo le loro conoscenze e competenze tecniche quanto anche abilità che risultino utili nel garantire relazioni, sia con i pazienti sia con i colleghi, qualitativamente positive e facilitanti gli interventi di cura.

Per definire punti di forza e criticità degli operatori sanitari coinvolti nella ricerca si è voluto indagare i livelli di stress percepiti dagli stessi e attribuiti a variabili diverse, ora a carico dell'organizzazione, ora conseguenti a difficoltà di relazione con pazienti, oppure a imprevisti o danni ai mezzi tecnici che supportano il lavoro.

Per dare ragione della scelta del costrutto della "percezione individuale dello stress", si è inteso ripercorrere in questo secondo capitolo le evoluzioni teoriche che hanno portato alla identificazione del concetto di stress fino al riconoscimento dell'importanza che variabili individuali hanno nella esperienza soggettiva degli eventi stressanti, a parità di stimolazioni esterne.

In particolare la scelta di non includere nell'analisi il burn out è conseguente alla intenzione di identificare situazioni di rischio psicosociale, che non sfociano necessariamente in condizioni di conclamato esaurimento emotivo o depersonalizzazione. E' stato allora funzionale inserire, dopo l'exkursus sullo stress, la teorizzazione relativa appunto alla definizione del rischio psicosociale nelle organizzazioni. Infine, è risultato importante per la completezza della argomentazione dedicare uno spazio al coping e alle strategie alle quali l'individuo ricorre per far fronte alle cause del proprio stress. Questo ha consentito nello

svolgimento della ricerca di identificare appunto sia strategie individuali, sia potenzialità o criticità a carico del contesto di vita degli interlocutori della nostra indagine.

## **2.2 La nascita e i primi sviluppi delle teorie sullo stress: dalla fisiologia alla psicologia**

Gli studi alla base della definizione del costrutto appartengono a Hans Selye (1936), medico endocrinologo ungherese che nella prima metà del XX sec. descrisse la Sindrome Generale di Adattamento. Nei suoi esperimenti sugli animali aveva identificato comuni reazioni somatiche dell'organismo ad una vasta gamma di stimoli ambientali nocivi quali temperature elevate, lesioni fisiche o iniezioni di sostanze tossiche. La natura dello stimolo nocivo poteva variare ma non la reazione dell'organismo che risultava aspecifica e che Selye identificò svilupparsi in tre fasi: la reazione di allarme, la resistenza e l'esaurimento finale.

Agli stessi anni degli studi appena citati risalgono i lavori di Walter B. Cannon (1914; 1929; 1932) che descrisse la reazione di attacco o fuga. Situazioni ambientali potenzialmente minacciose evocano nell'individuo una serie di modificazioni fisiologiche a livello del sistema nervoso simpatico che portano al rilascio di catecolamine. L'organismo sperimenta uno stato di elevata attivazione ed è pronto a reagire alla minaccia esterna. Due tipici effetti dell'azione della catecolamine sono l'aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna che hanno una particolare incidenza sullo sviluppo di patologie cardiovascolari.

Consegue pertanto che la risposta da stress consista in un complesso di reazioni che coinvolgono principalmente il sistema nervoso simpatico e il sistema endocrino e che hanno i seguenti effetti (Quick et al. 1997):

1. incremento dello stato di allerta generale dell'organismo, con sintonizzazione più fine dei processi sensoriali nelle interazioni con l'ambiente;
2. mobilitazione delle risorse energetiche dell'organismo quali glucosio e acidi grassi (il sistema endocrino attraverso l'azione del cortisolo assolve a questa funzione);

3. spostamento di tali risorse energetiche, attraverso il flusso sanguigno, verso quelle parti del corpo deputate al fronteggiamento della minaccia esterna (quali cervello e sistemi muscolari maggiori);
4. riduzione del sistema immunitario e delle attività meno salienti al fine di ottimizzare l'uso delle risorse per rispondere alla minaccia.

Tale attivazione viene percepita dall'individuo come un pervasivo senso di apprensione che risulta essere fortemente adattivo in quanto predispone l'individuo stesso all'azione.

E' importante sottolineare come, nella sua definizione e descrizione della Sindrome Generale di Adattamento, Hans H.B. Selye avesse individuato agenti di ordine psicologico e sociale in grado di elicitare una determinata reazione nell'organismo, finalizzata alla difesa da tali agenti patogeni stessi. Lo stesso affermava infatti (1976)

*è vero che le aggressioni dell'organismo (come una ferita, un'emorragia, un'infezione o un'intossicazione) possono causare un danno ben preciso (...). E' pur anche vero che gli stressori dell'uomo, data la complessità del SNC e la sua forte dipendenza da questo, sono il più spesso di tipo psico-sociale; per di più, anche i disturbi organici hanno un effetto deleterio in gran parte proprio per la risposta emotiva che risvegliano sia essa di paura, di dolore o di frustrazione.*

Tale affermazione è alla base delle ricerche che si sono sviluppate per mano di numerosi ricercatori e che hanno condotto alla definizione di elenchi di potenziali stressori non solo di tipo biologico e fisico, ma anche psicologico e sociale. L'approccio psicologico allo stress sottolinea l'importanza non solo di ciò che facciamo o di ciò che accade, quanto piuttosto l'importanza di come vengono interpretate le nostre azioni e gli eventi che ci coinvolgono (Farnè, 2003).

Gli studi di psiconeuroendocrinologia, che hanno vissuto un notevole sviluppo negli anni '70 del secolo scorso, hanno evidenziato come lo stato psico-emotivo individuale possa influire significativamente sul sistema immunitario; inoltre un carico eccessivo di tensioni psicologiche è in grado di provocare un logorio del sistema immunitario accrescendo la vulnerabilità personale nei confronti di numerose malattie. Uno stato di salute o di malattia sia fisica sia mentale dipende in gran parte

da una condizione di stress causata da eventi psicosociali. Appare pertanto sostanzialmente una priorità dei fattori psicologici sugli altri di ordine fisiologico e ambientale.

Uno studio relativo all'andamento dell'adrenalina e dell'anoradrenalina urinaria in un gruppo di giovani donne prima, durante e dopo la proiezione di 4 film che attivavano rispettivamente tranquillità, sdegno ed irritazione, paura e divertimento ha evidenziato come le reazioni organiche risultino uguali, ciò che fa la differenza è la risposta emotiva (Farnè, 2003). Analogamente infatti Selye aveva evidenziato come “nell'eustress e nel distress l'organismo esibisce praticamente le medesime risposte aspecifiche ai vari stimoli positivi o negativi (..) tuttavia il fatto che l'eustress provochi molto meno danno del distress dimostra che è il “come lo interpretiamo” che alla fin fine determina se riusciamo ad adattarci bene al cambiamento” (Farné, 2003).

La definizione di stress psicologico è da ricondurre principalmente a Richard S. Lazarus (2006) psicologo clinico americano il quale in *Stress and Emotion* fa riferimento diretto ai lavori di Selye e in particolare alla sua affermazione che anche una minaccia di tipo psicologico può causare la sindrome generale di adattamento, analogamente ad agenti nocivi di ordine fisiologico. Lazarus identifica i due livelli distinti dello stress sottolineando, nel caso della reazione fisiologica ad uno stressor psicologico, la funzione di mediazione assolta dalle funzioni cognitive. Il percorso che ha condotto alla definizione di stress psicologico ha compreso i lavori di Holmes e Rahe (1967) volti alla costruzione di una scala di misurazione finalizzata alla rilevazione di eventi che richiedono al singolo un importante sforzo di adattamento. Quindi l'interesse si è concentrato sulla rilevazione delle differenze individuali che incidono positivamente o negativamente sulla performance individuale in condizioni di stress. L'interesse dell'autore si è rivolto ai pensieri, ai sentimenti alle azioni e alle convinzioni che contraddistinguono ogni persona, fino a definire un approccio relazionale. Quindi gli elementi in gioco risultano sia l'individuo con le proprie risorse psicologiche e l'ambiente con le proprie richieste. La rottura dell'equilibrio tra questi due attori definisce il costruirsi di una relazione stressante. La situazione si complica se si tiene conto del fatto che la nocività sul piano psicologico presuppone

la distinzione dei singoli eventi in danno, minaccia o sfida, che sono riconosciuti concetti fortemente dipendenti da una valutazione di tipo soggettivo.

Centrale nella teorizzazione è il concetto di appraisal inteso come la modalità cognitiva con la quale ciascuno valuta soggettivamente il significato di un evento e che è basato ampiamente sulle esperienze passate; le motivazioni e i significati personali assumono quindi un ruolo importante. Gli individui valutano costantemente le proprie relazioni con il mondo circostante ponendo attenzione alle conseguenze per il loro benessere. Lazarus quindi procede distinguendo un appraisal primario da uno secondario. Il primo è connesso alla valutazione individuale degli eventi sulla base dei propri valori, del livello di coinvolgimento negli obiettivi, credenze riguardo al sé e al mondo e le proprie intenzioni. L'appraisal secondario comporta la valutazione di cosa può essere messo in atto al fine di modificare una relazione individuo ambiente stressante.

Le caratteristiche dell'ambiente che condizionano il processo di appraisal sono rispettivamente: le richieste quali le convenzioni sociali e le aspettative sociali esterne; le costrizioni ovvero le leggi che non vanno violate, pena una sanzione; le opportunità intese sia come disponibilità di mezzi e sia come fortuità di essere al posto giusto nel momento giusto; la cultura, sebbene l'appartenenza ad una determinata cultura non sia equivalente al condividere una stessa scala di valori, tuttavia da cultura a cultura sussistono delle costanti che possono essere individuate.

Le caratteristiche individuali che incidono sul processo di appraisal risultano essere: la scala di valori e i propri obiettivi, le credenze su di sé e sul mondo e le risorse personali.

Concludo citando l'autore che definisce

*“lo stress psicologico è una relazione particolare tra la persona e il proprio contesto di vita che è valutato dal singolo come origine di una situazione di sovraccarico o che supera le sue risorse e che incide negativamente sul proprio benessere”* (Stress, appraisal e coping , p. 19).

## 2.3 Lo sviluppo delle teorie in epoca contemporanea: il peso delle percezioni

Le attuali elaborazioni teoriche, che si pongono in continuità con la definizione del costrutto da parte di Lazarus, hanno maggiormente posto l'accento sullo stato interno che interessa le componenti individuali rispettivamente fisica e psicologica (Fraccaroli & Balducci, 2011). Tale risposta psicofisica è parte di un processo più ampio di interazione tra le richieste del lavoro e le caratteristiche personali costituite da risorse, capacità e bisogni (fig.2.1).

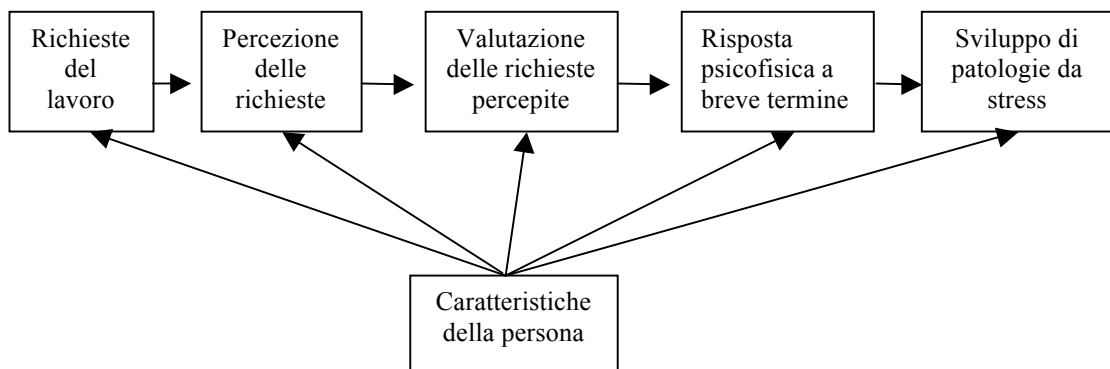


Fig. 2.1 - Il processo dello stress (da Fraccaroli & Balducci, 2011)

Permangono le principali componenti della precedente elaborazione teorica quale l'innescio del processo per mano di un evento esterno e il disequilibrio tra domande poste dal contesto e le risorse dell'individuo per far fronte ad esse, ma maggiormente si pone attenzione ai processi percettivi individuali che mediano tra l'esterno e l'interno e modulano la risposta psicofisica individuale. Le caratteristiche personali risultano in questo modello influire su tutti i passi del processo della risposta da stress. Gli elementi fondamentali presi in esame che emergono sono: gli *stressors*, ovvero gli antecedenti che coincidono con le richieste del lavoro, la risposta psicofisica o *strain* e le caratteristiche individuali. Appare quindi evidente come in condizioni di stressors simili la risposta sia fortemente condizionata dalle risorse o dai deficit individuali che determinano fortemente la relazione tra stressors e strain.



### 2.3.1 Il Burn out

La trattazione sullo stress occupazionale, in questo caso contestualizzato negli ambienti dove svolgono il proprio lavoro i professionisti della cura non può prescindere dal descrivere almeno in sintesi il burn out. In una interessante ed esaustiva rassegna sul tema Schaufeli e Buunk (2003) distinguono lo stress occupazionale dal burn out. Il primo indica genericamente un processo di adattamento che è accompagnato da sintomi fisici e mentali, il secondo identifica il punto di rottura nello stesso processo che risulta dallo squilibrio tra richieste e possibilità individuali di risposta, quindi da un periodo prolungato di stress lavorativo (Brill, 1984). La differenza tra i due è data dal fatto che lo stress lavorativo non è necessariamente accompagnato dai comportamenti identificabili nella sindrome del burn out e che consistono e definiscono uno specifico comportamento agito nei confronti del lavoro stesso e dell'organizzazione (Maslach, 1993). Pertanto consegue che chiunque può sperimentare uno stato di stress, mentre il burn out caratterizza l'esperienza di coloro che intraprendono la propria carriera entusiasticamente con alti obiettivi e aspettative. Ad esempio secondo Pines (1993) avrebbero una predisposizione in questo senso coloro che si attendono di ricavare il senso di sé dal proprio lavoro. Coloro invece che non hanno tali aspettative possono vivere uno stress lavorativo ma non il burn out. Quest'ultimo è contraddistinto da cronicità e da una molteplicità di sintomi.

Schaufeli e Enzmann (1998) definiscono la sindrome:

*è un persistente, negativo, stato della mente fortemente collegato all'ambito lavorativo che colpisce individui 'normali' e che è contraddistinto da esaurimento, accompagnato da distress, un senso di ridotta affettività, diminuita motivazione e sviluppo di atteggiamenti e comportamenti disfunzionali nel contesto lavorativo. Questa condizione psicologica si sviluppa gradualmente ma spesso rimane inosservata per un lungo tempo dallo stesso individuo coinvolto. E' l'esito di una non corrispondenza tra le intenzioni-aspettative individuali e la realtà. Spesso il burn out si auto alimenta a causa di modalità di coping che sono associate alla sindrome".*

Intenzioni ed aspettative frustrate e inadeguate strategie di coping giocano un ruolo come precondizioni nello sviluppo del burn out.

Il termine è stato utilizzato per la prima volta da Bradley (1969) in un articolo relativo all'esperienza lavorativa di operatori sociali nel campo della delinquenza giovanile; il termine è comunque attribuito più comunemente a Herbert Freudenberger (1974) che col suo influente articolo sullo "staff burn out" ha aperto la strada alla diffusione dello stesso. Lo psichiatra newyorkese aveva osservato all'interno del proprio servizio per le tossicodipendenze come alcuni volontari con una forte motivazione sperimentassero, dopo un anno dall'inserimento nel servizio, una diminuzione delle energie e una perdita di motivazione al coinvolgimento, che era accompagnato da vari sintomi fisici e mentali. Lo stesso Freudenberg scelse una parola che fa riferimento agli effetti dell'abuso di sostanze: burn out.

Christina Maslach psicologa sociale all'università di Berkeley ha contribuito alla definizione della sindrome che descrive contraddistinta da senso di frustrazione, mancata realizzazione personale ed esaurimento psichico ed organico; essa è causata dal prolungato coinvolgimento in un'attività emotivamente gravosa. Il burn out può presentarsi in chi lavora a contatto con le persone e con i loro problemi quali ad esempio medici e operatori dei servizi socio-sanitari, assistenti sociali e insegnanti.

E' stata riscontrata anche una particolare sindrome che contraddistingue lo studente di medicina e che sarebbe conseguente all'esperienza di introdursi per la prima volta in ambienti clinici. Jenny Firth psicologa all'università di Sheffield in Inghilterra ha appurato che gli stressori più pesanti nella vita universitaria sono nell'ordine: il colloquio con i pazienti, le conseguenze del ritmo degli studi sulla vita privata, il non sentirsi abbastanza responsabilizzati o il doversi assumere troppe responsabilità, il continuo contatto con la sofferenza e la morte. Tale stress legato alla routine universitaria provoca l'effetto di sentirsi incapaci e di conseguenza alla sconcertante conclusione che la "professione medica non raggiunge il suo scopo". La psicologa inglese afferma che "il rito dell'iniziazione medica può anche condurre ad un senso di impotenza e nel futuro medico di inferiorità" (Farné 2003 p. 68). Ne deriva che negli studenti che mostrano una certa predisposizione si possano avere ansia e depressione, difficoltà nello studio, disturbi nell'identità personale e disadattamento socio-ambientale. Questo potrebbe costituire un primo passo verso il burn out.

Quest'ultimo è favorito da molteplici variabili che possono essere classificate in variabili legate all'ambiente di lavoro oppure in variabili personali, derivanti cioè dalla risposta soggettiva agli stimoli ambientali.

Tra le cause ambientali più importanti che incidono sullo stress del medico si riconoscono: il sovraccarico di lavoro, la coscienza di non avere il controllo della situazione e la insufficienza della gratificazione.

Variabili personali che risultano predisponenti per il burn out sono: scarsa stima di sé, sensi di inadeguatezza, preoccupazioni assillanti ed ansia nella vita sociale (Farné, 2003). Soggetti più giovani mostrano un rischio di burn out più elevato come conseguenza dei problemi emotivi dovuti alla difficoltà di inserimento nel lavoro, alla minore esperienza nel gestire i rapporti col paziente, al ripetuto confronto con la morte. Oltre alla giovane età, fattori di rischio legati alla persona sono il puntare troppo sul lavoro, senza avere altre fonti di soddisfazione, il non riconoscere i propri limiti, la mancanza di fiducia in se stesso, il conseguente bisogno di riuscire, il bisogno eccessivo di essere accettato ed approvato dagli altri, l'aver una personalità di tipo A.

Alcuni autori hanno sottolineato gli aspetti di dinamicità del burn out (Schaufeli e Buunk, 2003). Cherniss (1980) ha definito la sindrome come "il processo nel quale le attitudini e il comportamento dei professionisti cambiano negativamente in risposta alle richieste lavorative". Più dettagliatamente l'autore descrive tre fasi attraverso le quali un lavoratore passa: dallo squilibrio tra richieste e risorse personali si genera un affaticamento ed esaurimento emotivo che porta al mutamento delle personali attitudini e comportamenti, come ad esempio una modalità di rapportarsi con gli utenti in maniera meccanica e automatica, o una cinica preoccupazione di gratificare i propri bisogni.

Edelwich e Brodsky (1980) hanno descritto il burn out nelle professioni sanitarie come una perdita progressiva d'idealismo, energia e motivazione come risultato di alcune condizioni lavorative. Etzion (1987) ha descritto il processo di graduale e non riconosciuto generarsi di una situazione di disadattamento del singolo al proprio contesto lavorativo che porta a una *erosione psicologica*. L'aspetto maggiormente sottolineato dall'autore è proprio il mancato riconoscimento nel tempo del fenomeno, che viene quindi identificato troppo avanti nel tempo. Schaufeli e

Buunk identificano sinteticamente come nelle teorie che hanno posto l'accento sul processo del burn out l'origine è costituita dallo stress che deriva dalla discrepanza tra le aspettative e gli ideali del singolo e dall'altra la dura realtà della vita lavorativa quotidiana. Gradualmente l'individuo si sente emotivamente sovraccaricato e inizia a cambiare il proprio comportamento verso la propria occupazione e le persone del contesto lavorativo fino a raggiungere il livello di burn out. Quindi secondo gli autori la modalità con la quale gli individui cercano di far fronte allo stress è cruciale per lo svilupparsi del burn out.

E' utile porre l'attenzione al fatto che le prime pubblicazioni sulla tematica definita prendessero in considerazione lavoratori di vari settori come insegnanti, operatori sociali, infermieri, pubblici ufficiali e uomini della polizia (Schaufeli & Buunk, 2003). Esse avevano un carattere eminentemente descrittivo e enfatizzavano l'importanza dei fattori individuali come un livello eccessivo di coinvolgimento, idealismo e il perfezionismo.

La fase della vasta produzione scientifica a partire dagli anni '80 ha portato l'attenzione sulla sindrome da parte di diverse discipline come la psicologia sociale e la psicologia delle organizzazioni. Si è avuta l'ampia diffusione del Maslach Burn out Inventory e il dilagare dell'interesse di autori di diversi paesi del mondo per il burn out stesso. Sono stati presi in considerazione aspetti eminentemente organizzativi del fenomeno mentre le variabili individuali sono state poste in secondo piano; si è giunti infatti a livello scientifico a limitare la ricerca a professionisti che operano nell'ambito sanitario. Una recente tendenza sviluppatasi grazie all'impulso di Christina Maslach stessa è quella che ha acceso l'interesse per l'opposto positivo del burn out che è il coinvolgimento lavorativo: l'ambito delle ricerche sul benessere dei lavoratori si è quindi ampliato a tutto lo spettro delle possibili condizioni dal negativo stato di esaurimento emotivo alla positiva condizione di alto coinvolgimento nel contesto quotidiano di lavoro (Maslach et al. 2001).

L'autrice è giunta a identificare le richieste emotive come le più onerose del contesto lavorativo sul singolo lavoratore, che si confronta con le necessità, le sofferenze e i problemi degli utenti. Chi non riesce a difendersi dal carico emotivo con un atteggiamento di "attenzione distaccata" può sviluppare una modalità interpersonale negativa, ruvida e cinica. Mentre la Maslach ha posto l'accento sulla

relazione professionista - utente, altri autori come Leiter (1990, 1991, 1993) hanno preso in considerazione anche le relazioni con i colleghi, in particolare il conflitto interpersonale che risulta incidere sull'esaurimento emotivo. Inoltre, da un altro punto di vista il coinvolgimento personale è positivamente influenzato dalla presenza di risorse come il supporto sociale, opportunità di avanzamento di carriera e la possibilità di partecipare ai processi decisionali. Buunk e Schaufeli (1999) adottando un'ottica maggiormente organizzativa, hanno preso in considerazione alcune variabili a carico della interazione tra colleghi. Secondo gli autori uno degli obiettivi che muove le relazioni tra individui è la ricerca della reciprocità: laddove tale reciprocità non sussiste, non solo il singolo sperimenta emozioni negative ma tende a fare ogni sforzo per ristabilire la reciprocità. Analogamente gli autori sostengono che i lavoratori sotto stress sono incerti delle proprie reazioni quindi tendono a operare un confronto sociale tra sé e gli altri e a ricercare la propria affiliazione al gruppo di lavoro, generando in realtà come conseguenza del proprio senso di incertezza e inferiorità un livello sempre minore di coinvolgimento nei legami lavorativi.

## **2.4 Un'accresciuta attenzione all'individuo**

Il panorama attuale delle ricerche e delle elaborazioni teoriche sullo stress lavorativo ha assistito ad un crescente allargamento dell'interesse verso rischi di tipo psicosociale, che vanno ad aggiungersi a quelli tradizionali di ordine fisico, chimico e biologico. Tali rischi coinvolgono fenomeni di natura psicologica e sociale e possono essere definiti come quegli aspetti relativi sia alla natura e al contenuto del lavoro, sia al contesto organizzativo e sociale del lavoro, che possono incidere negativamente sulla salute psicofisica dei lavoratori, favorendone un peggioramento (Ilo, 1986).

Nel campo delle indagini ad esempio sui contenuti del lavoro si è operata una distinzione tra le tipologie di domande che possono essere rivolte ai lavoratori e che sono basate sulla differenza nella sfera primaria di influenza: richieste di tipo cognitivo coinvolgono primariamente la capacità di elaborare informazioni, così come richieste di tipo emotivo presuppongono abilità di gestione delle relazioni e la conseguente necessità di tenere sotto controllo le emozioni mostrate. La capacità di

gestire relazioni è chiamata in causa particolarmente nel raggiungimento del successo da parte delle occupazioni dei servizi. In questo ambito è stato descritto un fenomeno identificato come *dissonanza emotiva* laddove il singolo vive l'incongruenza tra i propri sentimenti interiori e la manifestazione emotiva richiesta dalle regole esplicitate a livello organizzativo e che vincolano le sue interazioni con l'utenza (Gosserand & Dierferndorff, 2005).

In presenza di regole più o meno esplicite, le modalità di lavoro emotivo finalizzate a regolare le proprie emozioni nelle interazioni con gli altri possono essere due (Zapf et al. 1999). In un caso il lavoratore può limitarsi a dissimulare superficialmente l'emozione esperita interiormente e quindi utilizza il *surface acting*; in altri casi il singolo cerca di modificare l'emozione interna al fine di provare quella che gli è richiesto di manifestare esteriormente ricorrendo al *deep acting*. In questa seconda modalità il cambiamento può essere raggiunto attraverso il tentativo di mettersi nella prospettiva del destinatario dell'azione e quindi il comportamento esteriore sarà più autentico e il livello di dissonanza dell'operatore sarà più lieve.

Zapf e Holz (2006) hanno rilevato che il tipo di lavoro emotivo più frequentemente attuato nelle interazioni lavorative è il *surface acting* che espone il lavoratore a situazioni anche marcate di dissonanza emotiva. Tali esposizioni hanno ripercussioni importanti sulla salute psicofisica dei lavoratori, in particolare nei termini di esaurimento emotivo sperimentato.

Un filone di ricerche della psicologia del lavoro si è focalizzato sull'indagine delle caratteristiche individuali e sul loro effetto sullo stress lavoro correlato. A fianco di variabili demografiche sono state considerate *variabili disposizionali* ritenute tratti stabili della personalità. Sono stati identificati quindi fattori di vulnerabilità e fattori protettivi a carico dell'individuo che incidono sullo stabilirsi di stati di benessere o malessere lavorativo. In particolare tali caratteristiche individuali sono concettualizzate come fattori in grado di modificare principalmente la relazione tra gli stressors e gli strain (Cunningham et al., 2009), ma sono riconosciute anche come mediatori a livelli diversi direttamente sulla risposta da stress o sulle patologie stress-correlate. La comprensione dell'azione di certe caratteristiche individuali nel processo di stress oltre ad avere una valenza teorica ha anche un'importanza

applicativa nel campo preventivo ai fini di definizione di possibili strategie operative volte a favorire situazioni di benessere lavorativo.

E' utile considerare anche come in un mondo del lavoro in continua evoluzione e in crescente complessità le caratteristiche personali arrivino ad avere un effetto anche più forte rispetto ai rischi psicosociali nel determinare la salute dei lavoratori (Cunningham et al., 2009) favorendo un delinarsi della persona come target primario della prevenzione in ambito lavorativo (Fraccaroli & Balducci 2011).

Tra i fattori di vulnerabilità personale sono stati riconosciuti e indagati: il comportamento di tipo A, il *workaholism*, l'alessitimia e l'affettività negativa. Sono individuati come fattori protettivi la hardiness e il senso di coerenza.

La concettualizzazione dei primi tre fattori cioè il comportamento di tipo A, l'overcommitment e il "workaholism" porta ad una parziale sovrapposizione. Il primo è identificato come l'insieme delle seguenti caratteristiche: ambizione, competitività, spinta al successo, impazienza, aggressività, rabbia/ostilità e senso di urgenza del tempo (Korotkov et al. 2010). Ad elevati livelli tale comportamento è ritenuto una vera e propria tendenza psicopatologica pertanto viene considerato anche nel contesto delle valutazioni di personalità nei centri di salute mentale. Diverse delle caratteristiche del comportamento di tipo A sono associate con esiti desiderati dalle organizzazioni, quali ad esempio il lavorare più a lungo (Gangsteret al., 1989) e quindi sostenuti con rinforzi esterni sia tangibili come premi in denaro, sia intangibili come l'approvazione del contesto sociale. Le stesse caratteristiche tendono ad essere associate anche a egoismo, incapacità di ascoltare gli altri e ad un carattere abrasivo pertanto tali individui sperimentano problemi nelle relazioni interpersonali.

La spinta al successo di tali individui è sovrapponibile al *workaholism* definito come una "*spinta irresistibile a lavorare in maniera eccessivamente intensa*" (Schaufeli et al., 2008). Tale caratteristica è stata considerata sia in ambito clinico sia occupazionale con crescente interesse negli ultimi 10-15 anni (McMillian et al., 2003). E' considerata come una dipendenza patologica che vincola i lavoratori a rimanere impegnati in attività lavorative molto di più di quanto richiesto o necessario, trascurando altre sfere della propria esistenza ed andando incontro a seri problemi di disadattamento.

Si distinguono due componenti del workaholism (Schaufeli et al., 2008):

1. Una componente manifesta che si evidenzia nel lavorare eccessivamente e si declina nel continuare sistematicamente a lavorare dopo che i colleghi hanno terminato, essere sempre di fretta e in corsa contro il tempo, continuare a progettare attività;
2. Una componente cognitivo-emotiva più difficilmente osservabile che costituisce il nucleo centrale della sindrome ed è costituita da convinzioni individuali di essere obbligato a lavorare intensamente ed eccessivamente anche quando quello che si fa non piace, sentire una spinta interiore a lavorare intensamente, provare senso di colpa quando si prende tempo libero dal lavoro.

Sebbene questi comportamenti possano trovare rinforzi positivi nei contesti organizzativi, spesso si accompagnano a modalità di azione e abitudini che rendono difficile la convivenza nel contesto relazionale lavorativo come: tendenza al disordine, rigidità, perfezionismo e difficoltà a delegare i compiti (Van Wijhe et al., 2010). L'individuo con tali caratteristiche ha maggior probabilità di sviluppare burn out e problematiche psicosomatiche (Schaufeli et al., 2008).

Un altro tratto preso in esame è quello della Alessitimia che è descritto come un insieme di caratteristiche cognitive tra le quali: la difficoltà a identificare i propri e gli altrui sentimenti, un pensiero scarsamente introspettivo ma piuttosto orientato all'esterno, una limitata capacità immaginativa (Lumley et al., 2007). In dettaglio tale caratteristica individuale si manifesta con un senso di confusione rispetto ai propri vissuti emotivi, una difficoltà ad esprimere verbalmente le proprie emozioni e i propri sentimenti verso gli altri, un disorientamento per le sensazioni corporee, un'incapacità a discriminare tra tristezza, rabbia o spavento davanti ad un turbamento. Il deficit è complessivamente a carico dei processi cognitivi coinvolti nell'esperienza emotiva. Le reazioni emotive costituiscono il sintomo dello stress e allo stesso tempo forniscono la spinta a riconoscere l'origine del proprio malessere e pianificare l'azione per il superamento dell'ostacolo: ne consegue che la persona non in grado di identificare le proprie emozioni vada incontro ad una prolungata esposizione allo stressor e quindi ad un più alto rischio di sviluppare patologie stress correlate.



Alcuni individui tendono a riportare più frequentemente di altri esperienze di insoddisfazione, rabbia, tristezza e paura; queste sono state riconosciute come componenti di un tratto pervasivo di personalità che è l'affettività negativa (Watson & Clark, 1984). Tale caratteristica sembra incidere sulla percezione individuale della realtà esterna portando quindi il singolo a falsificare la descrizione dell'ambiente di lavoro, ma non è ancora chiarito il processo attraverso il quale tale tratto incide sul processo dello stress. Risultano più attendibili le relazioni tra l'affettività negativa e alcuni esiti stress-correlati quali disturbi d'ansia e dell'umore e problematiche fisiche (Smith & MacKenzie, 2006).

Sono state identificate anche alcune caratteristiche individuali che incidono positivamente come fattori protettivi nelle situazioni di stress. L'*hardiness* è definita come il coraggio esistenziale e la motivazione a far fronte a situazioni stressanti e comprende l'impegno personale (*commitment*), la percezione di controllo e l'accettazione delle sfide (Maddi et al. 2006). Rientrano nella definizione di tale dimensione: la tendenza a descrivere la propria vita come prevalentemente occupata in attività significative, il riconoscersi impegnati nel raggiungimento dei propri obiettivi in maniera vincente, il riconoscere come interessanti i cambiamenti della routine quotidiana, un elevato senso di efficacia nel proprio contesto di vita. I lavoratori che riferiscono di possedere livelli più elevati di *hardiness* risultano avere associati minori sintomi dello stress e depressione e l'esperienza di stati affettivi positivi (Florian, et al., 1995; Sodestrom et al., 2000). In particolare le due componenti del *commitment* e del controllo influiscono sull'interpretazione delle diverse situazioni stressanti incontrate e sulle strategie di coping adottate.

Un'altra caratteristica individuale descritta come fattore protettivo è il senso di coerenza sviluppato da Antonovsky (1987) e che indica un orientamento a considerare la propria vita come: comprensibile, gestibile e densa di significato. Quindi si tiene conto del grado col quale la persona ritiene che gli eventi con i quali si confronta sono chiari, coerenti e prevedibili, del grado con cui la persona percepisce che le risorse a sua disposizione sono adeguate per fronteggiare le situazioni problematiche e il grado di motivazione col quale l'individuo affronta le stesse situazioni. Dalle ricerche condotte emerge che il senso di coerenza è un fattore di protezione importante per l'incidenza di malattie croniche (Suominen et al. 2001).

## **2.5 Il modello di Evangelia Demerouti e Arnold Bakker sul rischio psicosociale**

Fino a qui ci siamo soffermati ad analizzare distintamente variabili diverse che possono incidere sul benessere lavorativo. Negli ultimi decenni sono stati costruiti alcuni modelli interpretativi che integrano tali variabili le une alle altre.

La spinta alla definizione di un nuovo modello teorico ha tratto origine per i due Autori proprio dalla intenzione di cogliere la complessità delle organizzazioni lavorative reali. I due elementi principali presi in considerazione sono il carico lavorativo e le risorse a disposizione che comprendono una molteplicità di fattori che nelle diverse situazioni sono alla base del malessere o benessere dei lavoratori. L'intenzione di Demerouti e Bakker era quella di garantire la massima generalizzabilità dello schema interpretativo ad una ampia varietà di contesti lavorativi sebbene alcune richieste, come quelle emotive, siano prevalenti in alcune occupazioni e non in altre nelle quali gli individui sono sottoposti a richieste che coinvolgono principalmente la sfera cognitiva.

Analizzando quindi il modello in questione, il carico lavorativo comprende gli aspetti fisici, psicologici, sociali od organizzativi che richiedono uno sforzo o la messa in campo di abilità fisiche e/o psicologiche che sono conseguentemente associati a determinati costi di natura fisica o psicologica. Esempi di questo possono essere una forte pressione occupazionale, uno sfavorevole contesto fisico e relazioni con utenti contraddistinte da ingenti richieste emotive. Le risorse fanno riferimento agli aspetti fisici, psicologici, sociali od organizzativi che possono essere funzionali al raggiungimento degli obiettivi lavorativi, alla diminuzione delle richieste lavorative connesse a costi emotivi o materiali e infine possono essere funzionali ad incentivare la crescita, l'apprendimento e lo sviluppo personali.

Un secondo elemento dello stesso modello è che sono due i processi psicologici che incidono sulla genesi della tensione lavorativa e della motivazione (fig.2.2). Nel primo processo che porta alla compromissione della salute individuale, le richieste lavorative poste da un contesto scarsamente strutturato oppure cronicizzato, per l'eccessivo carico di lavoro o per le pesanti richieste sul piano emotivo, portano all'esaurimento delle risorse fisiche e mentali dei lavoratori e conducono alla riduzione dell'energia e allo svilupparsi di malattie. Al fine di fronteggiare le

richieste del contesto i soggetti mettono in atto una serie di strategie protettive (Demerouti & Bakker, 2006) fisiologiche e psicologiche; maggiore è l'attivazione, maggiori sono i costi per l'individuo. Tali strategie agiscono indirettamente sulla qualità della prestazione individuale per costi, che possiamo chiamare compensatori quali il maggiore livello di attivazione e di sforzo soggettivo; si aggiungono anche strategie finalizzate ad un riadattamento quali un restringimento del campo attentivo, un'accresciuta selettività, una nuova definizione delle richieste del proprio compito e infine effetti di affaticamento come scelte ad alto rischio, alti livelli di fatica soggettiva. A lungo termine tale attivazione di strategie compensatorie può condurre ad una forte riduzione dell'energia individuale e quindi ad un punto di rottura.

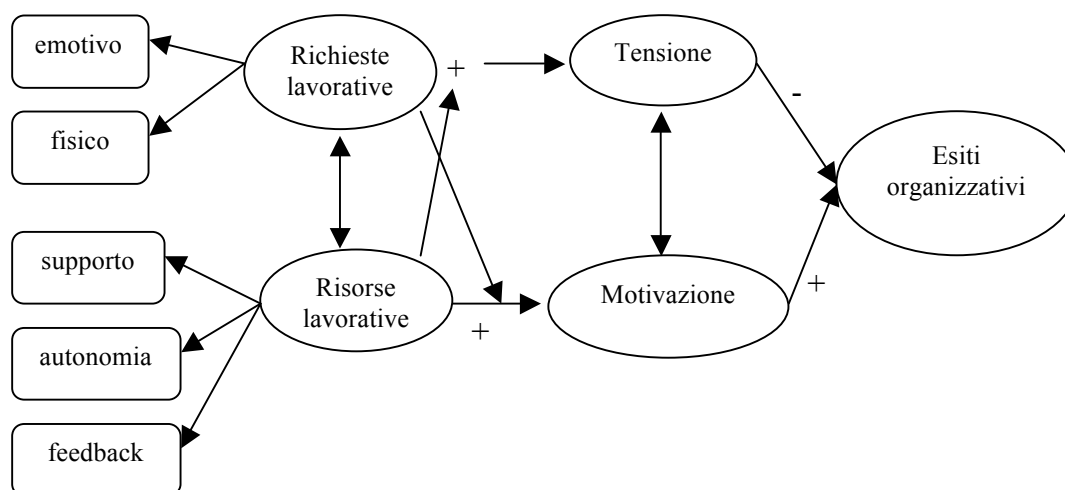


Fig. 2.2: Il modello Domande-risorse lavorative di Demerouti e Bakker (adattato da Bakker & Demerouti, 2006)

Il secondo processo proposto dal modello è di per sé motivante, in quanto presuppone che le risorse lavorative incentivino il livello di motivazione individuale e conducano verso un accresciuto coinvolgimento, accompagnato da livelli più limitati di cinismo e prestazioni più eccellenti. Le risorse lavorative hanno una valenza intrinsecamente motivante in quanto da un lato consentono la crescita del lavoratore, l'apprendimento e il suo sviluppo e dall'altro sono funzionali al raggiungimento degli obiettivi lavorativi.

Il modello propone inoltre il riconoscimento del fatto che l'interazione tra richieste e risorse è importante nello svilupparsi delle tensioni e nella crescita delle motivazioni. Più nello specifico si ritiene che le risorse lavorative possano tamponare l'impatto

delle richieste sullo sforzo individuale, incluso il burn out (Bakker et al. 2003). Ne consegue pertanto che una molteplicità di risorse possano mediare su una varietà di richieste lavorative alla base della cui definizione riconosciamo la fondamentale importanza delle caratteristiche della tipologia di lavoro affrontato. Secondo Kahn e Byosserie (1992) non solo le caratteristiche della situazione lavorativa ma anche quelle individuali modulano l'effetto degli stressor. Le risorse che mediano possono limitare la tendenza di determinate variabili organizzative di generare specifici stressors, alterare le percezioni ed emozioni evocate da tali eventi stressanti, moderare le risposte che conseguono al processo di attivazione o ridurre i danni conseguenti a tali risposte (Kahn & Byosserie, 1992).

Il supporto sociale è una tra le variabili di contesto maggiormente riconosciute e che è stata proposta come un potenziale mediatore nel contrastare la tensione lavorativa.

Altre caratteristiche ambientali che incidono sono: la prevedibilità dell'insorgere di un evento stressante, quale ad esempio la chiarezza del ruolo e il ritorno sulla propria prestazione, il livello di comprensibilità della presenza dell'evento stressante dato ad esempio da informazioni che possono essere ricevute da parte del proprio responsabile e infine il livello di controllabilità da parte della persona che vive l'evento stressogeno.

L'impatto delle risorse lavorative come mediatori è molto diverso nelle molteplici situazioni. Ad esempio una buona interazione con il proprio responsabile può ridurre il peso di alcune domande lavorative, quali il carico di lavoro, le richieste emotive o fisiche, sulla tensione individuale finché lo stesso apprezzamento e supporto non risultano fonte di richieste ulteriori. Gli stessi possono facilitare nel lavoratore le abilità di far fronte alle richieste lavorative, migliorare la prestazione e agire come fattore di protezione nei confronti di una possibile malattia.

L'autonomia lavorativa può rivestire un ruolo cruciale sulla salute del lavoratore in quanto una più ampia autonomia si accompagna con una maggiore probabilità di incorrere in situazioni stressanti (Karasek et al., 1998). Allo stesso tempo il supporto da parte dei colleghi può facilitare il raggiungimento degli obiettivi lavorativi in quanto permette di avere l'aiuto necessario per espletare il lavoro nei tempi prefissati e può alleviare l'impatto del carico di lavoro sulla tensione individuale (Van der Doef & Maes, 1999). Il ritorno positivo sul proprio operato non solo facilita nei

lavoratori la tendenza ad agire il proprio compito in maniera più efficace, ma porta ad un positivo aumento del flusso comunicativo tra supervisore e lavoratore. Quando informazioni specifiche e accurate vengono fornite attraverso una modalità costruttiva sia il supervisore, sia il lavoratore possono migliorare o cambiare la loro prestazione. Riconoscere al lavoratore l'efficacia del proprio operato aiuta a mantenere il livello di motivazione e incoraggia a perseverare in questa direzione. Inoltre, una modalità comunicativa positiva quando è necessario un miglioramento della prestazione consente di prevenire problemi lavorativi.

L'ultima affermazione del modello è che le risorse lavorative incidono particolarmente sulla motivazione o il coinvolgimento quando le richieste lavorative sono alte. Coerentemente con la teoria della conservazione delle risorse (Hobfoll, 2001) le persone tendono a mantenere, conservare e proteggere quelli che ritengono dei valori, ad esempio risorse materiali, sociali, personali. La teoria propone l'idea che lo stress esperito a livello individuale può essere compreso in relazione alla potenziale o reale perdita di risorse. Nello specifico Hobfoll e Shirom (2000) hanno affermato che:

- gli individui devono incrementare le proprie risorse al fine di prevenirne una perdita;
- soggetti con un più ampio pool di risorse sono meno vulnerabili alla perdita di risorse;
- coloro che non hanno accesso a un ampio bagaglio di elementi positivi sono maggiormente esposti ad esperienze di perdite crescenti (“spirale della perdita”);
- un carico maggiore di risorse conduce a situazioni nelle quali gli individui ricercano opportunità di rischiare le proprie risorse al fine di incrementare il livello di risorse ottenute (“spirale del profitto”).

Un passo successivo nello sviluppo della teoria sopra descritta è stato segnato dalla definizione di una nuova ipotesi secondo la quale i due processi della tensione e della motivazione, presi in esame, potessero essere combinati: qualora sia le richieste sia le risorse siano alte, l'aspettativa è che i lavoratori sviluppino tensione e motivazione, mentre qualora le due variabili risultino basse presupponiamo che sia la tensione sia la motivazione siano assenti. Conseguentemente la condizione di alte richieste e

basso livello di risorse coincide con un livello alto di tensione e una bassa motivazione, viceversa disponibilità di risorse in assenza di adeguate domande porterà a bassa tensione e alta motivazione (FIG.2.3)

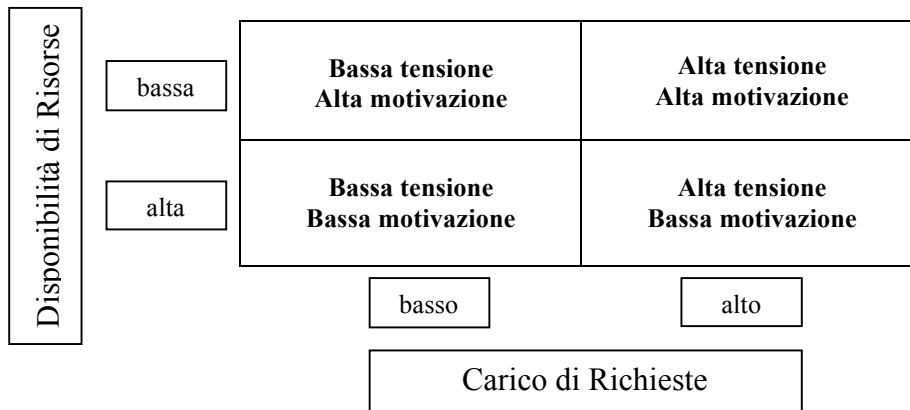


Fig. 2.3 – Prevedibilità degli effetti combinati del modello Domande-Risorse (adattato da Bakker e Demerouti, 2006).

Tale interazione è stata riscontrata in particolare in due studi condotti rispettivamente su dipendenti di un istituto di alta educazione (Bakker, 2005) e su professionisti del settore sanitario (Xanthopoulou et al., 2006). Il primo lavoro ha coinvolto 1000 dipendenti e ha evidenziato come la coesistenza di pesanti richieste sul piano lavorativo e la scarsa disponibilità di risorse facilita l'insorgenza del burnout (esaurimento e cinismo). In particolare il carico di lavoro, richieste di tipo emotivo e fisico e interferenze tra ambito lavorativo e privato risultavano in bassi livelli di burn out in quei lavoratori che sperimentavano autonomia, feedback sul proprio operato, supporto sociale o una buona relazione col proprio supervisore. Da una prospettiva psicologica differenti processi possono essere responsabili per tali effetti di interazione. L'autonomia può aver aiutato nel far fronte alle richieste perché il professionista può aver gestito in autonomia la decisione di quando dare risposta alle domande, mentre il supporto sociale e una buona relazione con il supervisore può aver mediato sull'impatto delle richieste sulla risposta di burn out per il fatto che i lavoratori hanno ricevuto supporto strumentale ed emotivo. Dall'altro lato il ritorno sul proprio operato può aver aiutato perché ha fornito ai lavoratori l'informazione necessaria a mantenere il livello di prestazione e mantenere il proprio benessere.

Nel contesto sanitario è stato riconosciuto come ad esempio la gravità clinica di un paziente interagisca con l'autonomia e il supporto sociale predicendo alti livelli di esaurimento emotivo, mentre il cinismo consegue ad alti livelli di autonomia, supporto e sviluppo professionale. Il livello di autonomia media potentemente sulle richieste lavorative per tutte e due le dimensioni del burn out, quindi agiscono analogamente anche se in grado inferiore il supporto sociale e le opportunità di crescita professionale.

Una ulteriore osservazione scaturita da ricerche finalizzate all'approfondimento del modello fin qui descritto e delle interazioni tra i diversi elementi presi in considerazione è quella di Zapf (Zapf et al. 1996). Gli autori tedeschi hanno evidenziato come, nelle esperienze personali dei lavoratori, il carico delle richieste e la disponibilità di risorse possano risultare filtrate dalle modalità percettive individuali. In particolare persone con disturbo depressivo tendono a descrivere il proprio contesto attraverso connotati maggiormente negativi e contribuiscono allo stabilirsi di un clima difficile e pesante. Il burn out può incidere sulla percezione delle richieste e sulla tendenza a lamentarsi frequentemente del proprio carico lavorativo, ancora andando a peggiorare il clima del contesto di vita professionale. Analogamente quei lavoratori maggiormente coinvolti nella propria occupazione possono avere una percezione più positiva delle risorse a disposizione perché risultano essere colleghi con i quali è più piacevole lavorare. Più approfonditamente le teorie sociali sulla analisi delle informazioni affermano che modalità di dedizione totale al lavoro danno inizio a un fenomeno di razionalizzazione attraverso il quale gli individui costruiscono mentalmente caratteristiche del loro lavoro che vengono agite anche nel proprio contesto sociale (Wong et al. 1998). Ambedue le spiegazioni relative all'effetto inverso sono coerenti con il fenomeno del "job crafting" ovvero con il processo messo in atto dai lavoratori di ridefinizione, modellamento del proprio lavoro. Si prende in esame la natura dei professionisti che non risultano essere dei passivi recettori del contesto di lavoro, ma assumendo un ruolo attivo nell'interpretare dati del contesto contribuiscono nella definizione e costruzione del proprio lavoro (Daniels, 2006).

## 2.6 Il coping

Il termine che si affianca allo stress è quello di *meccanismo di coping* utilizzato per identificare l'insieme delle risposte comportamentali e cognitive mirate alla gestione delle situazioni stressanti che implicano la percezione di minaccia, perdita o sfida (Lazarus, 1966). Le prime teorizzazioni del costrutto risalgono a Lazarus e Folkman (1984) che hanno articolato la propria descrizione del coping distinguendone diverse funzioni connesse rispettivamente o alla finalità cui è rivolta la strategia stessa, o ai risultati del coping, che riguardano invece l'effetto della strategia. Rientrano tra gli obiettivi di gestione del comportamento, la regolazione dell'emozione e dell'attenzione che si attivano ogniqualvolta l'individuo si trovi a dover affrontare situazioni stressanti. Il modello elaborato da Lazarus e Folkman, alla cui base si individua l'analisi delle motivazioni sottostanti i meccanismi di coping, comprende due sole dimensioni: una rivolta a intervenire direttamente sul problema (*problem-focused*), l'altra centrata sulle manifestazioni emotive (*emotion-focused*).

Successivamente nell'ambito del modello sopra descritto Carver, Scheirer e Wintraub (1989) hanno elaborato una distinzione sia all'interno del coping focalizzato sul problema tra il problem solving e la ricerca di supporto negli altri (social support), sia all'interno del coping focalizzato sulle emozioni tra la ricerca di supporto morale, la reinterpretazione positiva della situazione e la sua accettazione.

Una terza dimensione nella tipologia di risposte è stata individuata nelle strategie finalizzate all'evitamento del problema (avoidance-oriented) che in lavori successivi è stata inglobata nelle dimensioni di investimento-disinvestimento (Compas et al., 2001); tali strategie comprendono tutti quei comportamenti di allontanamento o evitamento dello stressor, quali la negazione della minaccia e l'abbassamento della tensione attraverso l'espressione delle emozioni (Carver & Scheirer, 1999; Fields & Prinz, 1997).

Negli anni i modelli teorici del costrutto sono andati sempre più acquisendo complessità e in particolare l'attenzione dei ricercatori si è spostata sulle dimensioni e sui fattori situazionali che attivano le risposte di coping. Lazarus stesso (2006), approdando ad una nuova rielaborazione teorica ha affermato che il coping deriva sia da caratteristiche individuali, in parte biologicamente determinate, sia da variabili



situazionali e ambientali. Tra le caratteristiche individuali rientrano le componenti biologiche, emotive, cognitive ed esperienziali.

Descrivo di seguito alcuni dei modelli sviluppati da vari studiosi e che arricchiscono la mia trattazione.

Rothbaum, Weisz e Snyder (1982) hanno utilizzato come nodo concettuale il controllo dell'individuo sull'ambiente o su se stesso; tale controllo può essere mantenuto, incrementato o modificato attraverso azioni che vengono categorizzate secondo due processi uno primario e uno secondario. Il primo comprende tutte le modalità di coping mirate a influenzare condizioni o eventi, quindi modalità rivolte verso l'esterno come l'azione strumentale e il problem solving. Il secondo focalizza l'attenzione sull'individuo e sulla sua capacità di adattamento ad una determinata situazione stressante. L'intervento in questo caso è rivolto all'accettazione e rielaborazione cognitiva personale (Heckhausen & Schultz, 1995; Rudolph et al., 1995). Gli autori riconoscono un succedersi temporale nel percorso evolutivo personale tra le strategie che possono essere messe in atto: le seconde presuppongono uno sviluppo cognitivo maggiore, che soggetti più giovani possono non aver acquisito.

Il modello psicosociale di Barbara Dohrenwend (1978), psicologa statunitense, prende in esame il peso attribuibile alle variabili individuali, ambientali e situazionali e inserisce tra i mediatori oltre a fattori psicologici quali il coping e le aspirazioni, fattori anche situazionali quali ad esempio il sostegno sociale ed economico. L'autrice afferma come la reazione allo stress risulti sempre transitoria: una stabilizzazione è conseguente alla presenza di vantaggi secondari personali e può comportare condizioni diverse per ciascun individuo come un ritorno alla normalizzazione psicofisica, una maturazione delle proprie competenze o una condizione psicopatologica persistente. La Dohrenwend distingue tra due diversi importanti interventi di prevenzione, rispettivamente ai due livelli comunitario o individuale; descrive inoltre la possibilità di agire al fine di prevenire la crisi oppure l'azione finalizzata a curare la stessa (vedi fig.2.3).

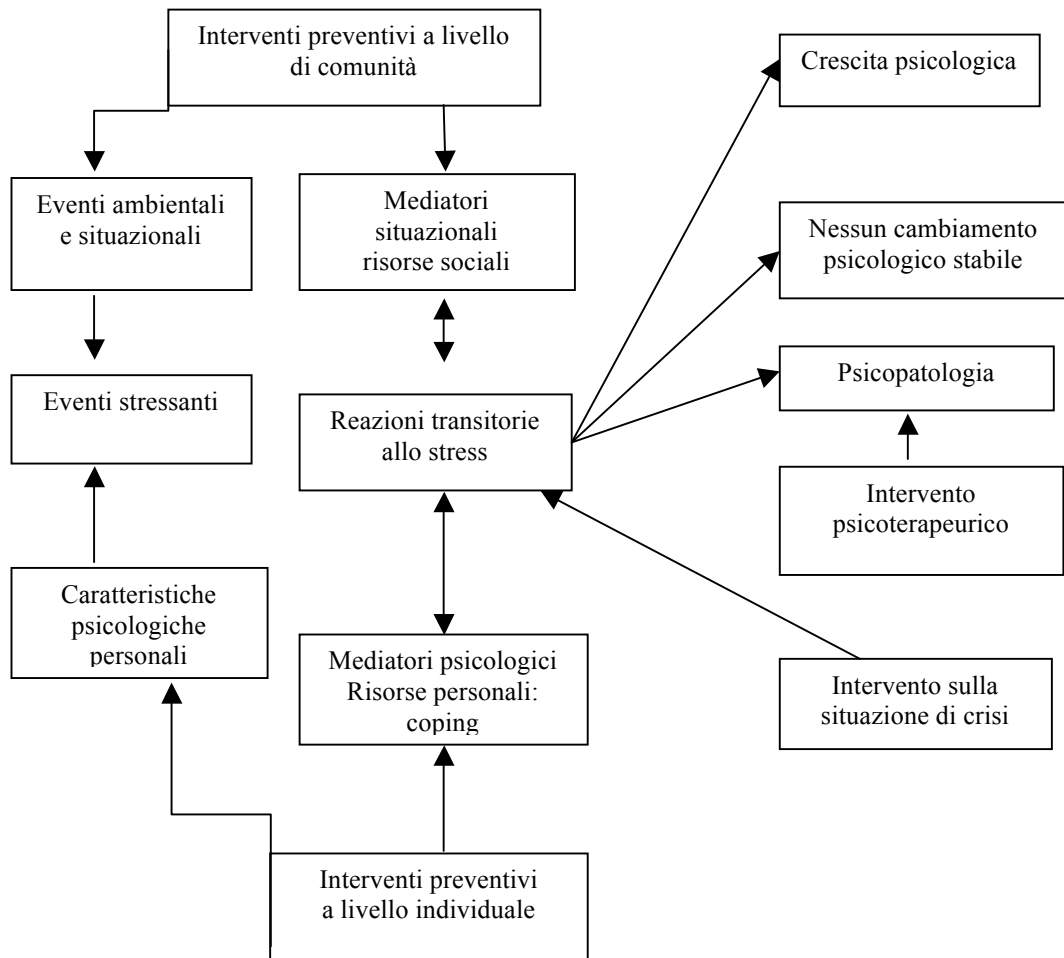


Fig. 2.4 – Modello psicosociale di B. Dohrenwend (1978).

Un modello successivo è stato elaborato da Moos e Schaefer (1993), che riconferma l'interazione tra le variabili individuali e ambientali nella costruzione del processo del coping. Più dettagliatamente il contesto esterno fornisce sia le condizioni avverse per l'individuo, sia le risorse che favoriscono il far fronte agli stressor mentre l'individuo entra in gioco e con le proprie caratteristiche socio anagrafiche e personali positive. L'influenza reciproca di questi due fattori porta alla costituzione di eventi critici o di cambiamenti significativi che agiscono sul benessere psicofisico individuale. Il modello riconosce l'azione mediatrice della valutazione cognitiva e delle risposte di coping sull'influenza degli eventi stressanti e la bidirezionalità tra le diverse fasi del processo stesso. Le risposte individuali possono essere distinte tra quelle che comportano la focalizzazione o l'evitamento del problema e quelle che coinvolgono processi cognitivi o azioni dirette. Moos e Schaefer hanno realizzato, a

partire dalle due modalità di avvicinamento e di allontanamento, una combinazione tra tali due dimensioni approdando ad una definizione di quattro categorie di risposte di coping che sono rispettivamente: l'avvicinamento cognitivo e l'avvicinamento comportamentale; l'evitamento cognitivo e l'evitamento comportamentale. Risulta di particolare interesse l'importanza riconosciuta nel modello della capacità di resilienza individuale, che è in grado di contrastare l'eventuale significato negativo degli stressor attraverso abilità personali di affrontare le stesse situazioni.

Berg, Meegan e Deviney (1998) hanno assunto una prospettiva maggiormente incentrata sul contesto, e hanno descritto differenti strategie di coping attraverso le quali il singolo ricorre al supporto sociale nelle diverse situazioni. A fare la differenza, secondo gli autori, è proprio l'individuo che può assumere una posizione di passività e di dipendenza dagli altri adottando quindi una strategia di coping non funzionale e non risolutiva; laddove invece il ricorso agli altri è finalizzato alla raccolta di maggiori informazioni e quindi conduce ad un intervento sul problema diretto e più efficace il singolo assume un ruolo attivo e autonomo. Il modello si definisce socio contestuale e distingue quattro possibili interazioni tra l'individuo, gli altri e il contesto sociale più ampio. In particolare il singolo può valutare il problema in maniera individuale solitaria, individuale parallela, relazionale diretta o relazionale condivisa.

Nel primo caso la valutazione dello stress conseguente ad un evento avviene sulla base del contesto sociale e psicologico più stretto del singolo. Nel secondo caso la valutazione avviene in maniera analoga ma emergono le differenze personali tra i diversi attori che cercano ciascuno una soluzione diversa. Nel terzo caso un interlocutore influenza con la propria prospettiva il processo di valutazione degli altri e infine, nel quarto caso, la valutazione è condivisa da tutti i partecipanti e la soluzione è cercata insieme con intenti collaborativi. In quest'ultima situazione emergono come elementi facilitanti adeguate strategie di problem solving e di rivalutazione cognitiva quali la negoziazione, la soluzione comune del problema, la divisione dei compiti, la compensazione dei deficit altrui e i dialoghi interattivi che incidono positivamente sulle strategie di coping.

Analizzando sinteticamente gli ultimi sviluppi delle ricerche sul coping un contributo importante è fornito dall'area dell'apprendimento sociale, con il confronto con

costrutti ormai centrali nella ricerca empirica, quali la resilienza, la self efficacy (Bandura, 1982), l'ottimismo (Scheirer e Carver, 1989). Secondo tale ottica è possibile considerare il coping come un processo dinamico, capace di cambiare nel tempo e col cambiare delle situazioni e quindi di significato altamente adattivo.

Risultano quindi importanti, nelle attuali prospettive sul coping come processo dinamico, le risorse disponibili per l'individuo nelle diverse situazioni (Compas, 1987), che riguardano sia aspetti del sé ( ad es. autostima e capacità di problem solving) sia dell'ambiente ( come la rete di sostegno sociale, le risorse economiche o quelle educative) che facilitano o rendono possibile un buon adattamento in situazioni stressanti. La risposta di coping appare derivare innanzitutto dalla percezione soggettiva dell'evento sulla quale influisce anche la disponibilità o meno di risorse personali o sociali. Naturalmente maggiori sono le risorse individuali e ambientali disponibili, maggiore è la percezione del controllo e di conseguenza la possibilità d'intervento attraverso l'utilizzo di strategie di coping adattive. La percezione soggettiva di controllo sulla realtà è strettamente correlata alla valutazione dell'evento stressante, da cui dipendono la qualità dell'emozione che viene generata e la modalità di coping attivata. E' conseguenza di ciò il fatto che di fronte ad uno stesso evento l'individuo può attivare in successione meccanismi di coping diversi in funzione della loro efficacia percepita. Emerge quindi in tutto questo la funzione di auto regolazione del coping che riguarda:

1. I tentativi volti a regolare direttamente l'emozione, come nel caso del coping focalizzato sull'emozione;
2. I tentativi volti a regolare la situazione, come nel caso del coping focalizzato sul problema;
3. Tentativi volti a regolare il comportamento provocato dalle emozioni, come nel caso della regolazione comportamentale (Eisemberg, Fabes e Guthrie, 1997).

La valutazione dei meccanismi di coping è dunque essenziale per poter comprendere la capacità di adattamento e di reazione individuale alle situazioni stressanti.

## 2.7 La prevenzione dello stress

Procedo adesso includendo la descrizione di uno tra i possibili interventi attivabili a seguito di un percorso di valutazione dei rischi psicosociali. La prevenzione che può essere attivata si distingue su tre livelli: il primario intende l'intervento sulle variabili di contesto maggiormente impattanti sullo strain; il secondario comprende azioni finalizzate alla cura dei sintomi o della valutazione cognitiva che precede i sintomi stessi; la terziaria infine riguarda le patologie stress-correlate esplicite.

La prevenzione secondaria risulta di particolare interesse per la mia trattazione. Essa si rivolge in particolare alle reazioni individuali conseguenti alle situazioni lavorative stressanti, con la finalità di moderare la risposta da stress e ridurre con ciò la probabilità degli esiti negativi ad essa associate. Tale prevenzione comprende una serie di interventi che vanno sotto il nome di *stress management*, che mirano ad incrementare la consapevolezza delle cause e delle conseguenze dello stress ed a sviluppare stili di risposta più adattivi e salutari. I lavoratori quindi vengono coinvolti nella protezione e promozione della propria salute lavorativa. Un modello riassuntivo (fig. 2.4) dei possibili interventi di prevenzione secondaria è quello proposto da Quillian-Wolever e Wolever (2003).

Le strategie focalizzate sulla sfera emotiva si basano sulla considerazione del fatto che lo stress spesso si accompagna a stati emotivi, che difficilmente vengono riconosciuti dai lavoratori e considerati come fattori incidenti sul proprio funzionamento. In generale poi, le competenze in questo ambito sono molto scarse anche perché l'educazione emotiva non rientra nella formazione scolastica e lavorativa. È importante quindi favorire un apprendimento nei lavoratori finalizzato al riconoscimento delle proprie reazioni emotive e della modalità con la quale queste incidono sulla salute e sul funzionamento individuale.

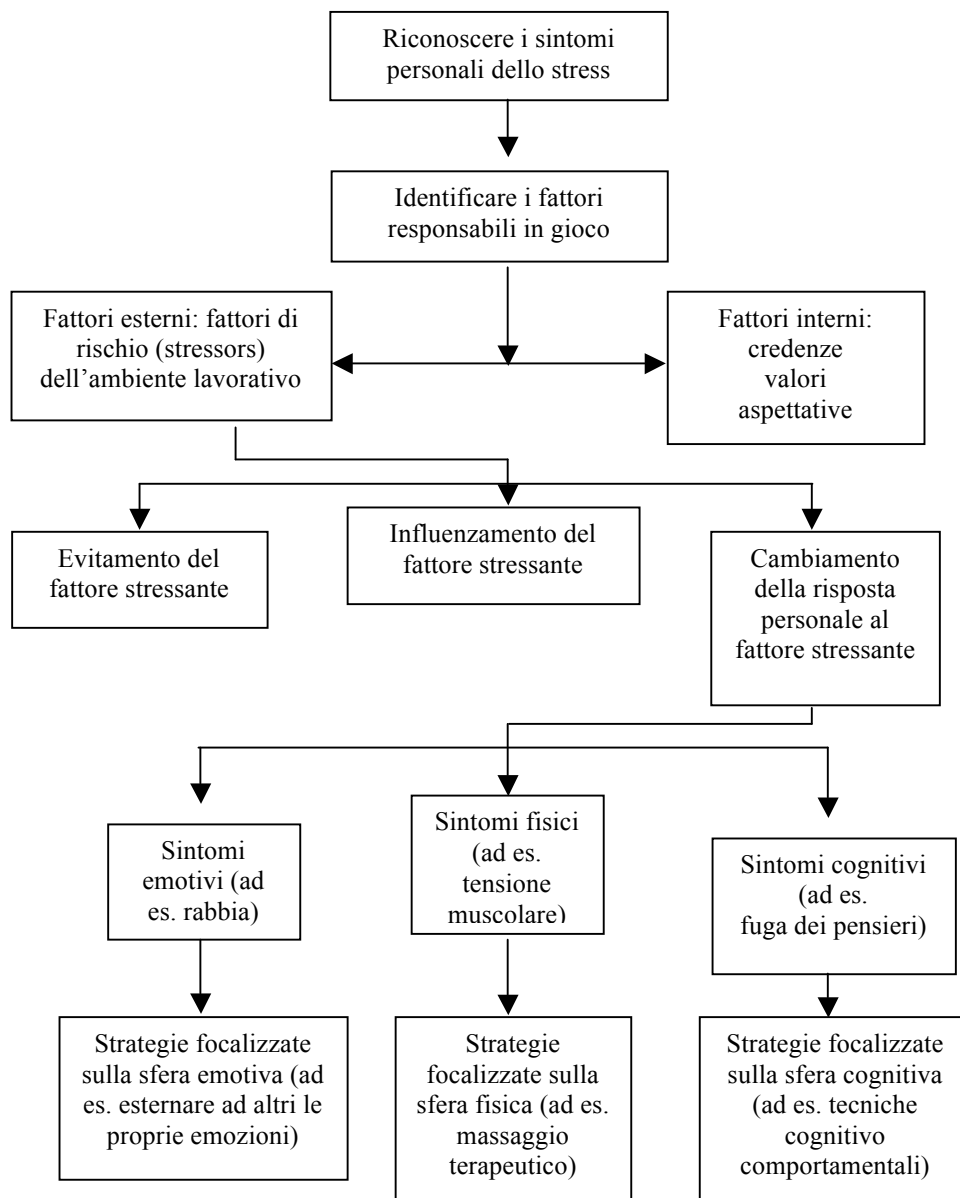


Fig.2.5 - Un modello di prevenzione secondaria.

Pennebaker (1997) riconosce l'efficacia della espressione dei propri stati affettivi negativi al fine di attenuarne l'impatto nocivo sul singolo.

## 2.8 Conclusioni

Concludo questo secondo capitolo con alcune considerazioni inerenti quanto trattato fino a questo punto.

Gli studi hanno evidenziato il peso che le variabili individuali hanno sulle singole fasi del processo dello stress stesso; si è riconosciuta inoltre l'importanza di tener conto dell'impatto di dimensioni, non solo cognitive, ma anche emotive che alcune variabili lavorative, apparentemente più oggettivabili, hanno.

Si è proceduto con la definizione di un modello di rischio psicosociale che ha permesso l'integrazione degli elementi, di varia natura, in gioco.

Le teorizzazioni sul coping si sono aperte e arricchite alla luce di una prospettiva sociocontestuale ed è stato riconosciuto il ruolo svolto dalle caratteristiche dell'ambiente non solo fisico ma anche relazionale. I diversi modelli esistenti hanno sottolineato una bidirezionalità tra le variabili interagenti di contesto e personali.

Di seguito a tali considerazioni mi sembra opportuno affrontare alcune questioni di ordine metodologico dibattute nell'ambito della valutazione dei rischi psicosociali e che sono imprescindibili ai fini della comprensione del lavoro che vado ad esporre.

Il problema centrale nelle discussioni in merito alla metodologia di una valutazione dei rischi psicosociali in un determinato contesto lavorativo è costituito dal così detto *metodo comune* (Fraccaroli & Balducci, 2011). Il rischio riferito ai singoli fattori psicosociali è stimato a partire dal peso della relazione con lo strain: il fatto che si chieda allo stesso lavoratore di valutare sia lo stressor sia lo strain pone questioni rispetto alla possibile distorsione nella rilevazione di tale associazione. Una possibile soluzione a questo potrebbe essere la raccolta di misure oggettive esterne ricavate da altre fonti, quali dati di archivio, oppure dati ricavabili da sistemi informatici.

Il livello della distorsione del legame suddetto sarà maggiore in quei casi, ad esempio, nei quali il lavoratore, per variabili esterne al contesto lavorativo, tende ad alterare la percezione di alcune caratteristiche della fonte dello stress, vedi il carico di lavoro, e quindi a sovrastimare il legame stesso, tra stressor e strain, che nella realtà non è così forte.

Si pone quindi una domanda di oggettività in merito alla valutazione.

Warr (2007) ha cercato di limitare al massimo, nelle proprie ricerche, le distorsioni legate alla valutazione soggettiva e ha rilevato come in realtà sussista un numero molto limitato di indicatori oggettivi, accessibili in maniera agevole. Lo stesso autore elenca tra questi: il livello della retribuzione, il numero di attività diverse richieste

dal lavoro, la velocità di una linea di produzione. Più difficile é ottenere dati oggettivi su fattori di rischio quali il controllo esercitato, il conflitto e l'ambiguità di ruolo. Tutto questo costituisce il motivo del prevalente utilizzo di descrizioni self-report da parte del lavoratore stesso.

Warr ha fatto riferimento ad uno studio di Spector (1992) che ha rilevato come manipolazioni sperimentali delle condizioni di lavoro tendessero a produrre cambiamenti nella direzione attesa nella percezione soggettiva di quelle stesse caratteristiche, sia in studi di laboratorio sia sul campo: si può quindi concludere come la percezione soggettiva delle caratteristiche psicosociali di lavoro possa non discostarsi significativamente dalla natura oggettiva delle stesse.

A sostegno di tale posizione Karasek e Theorell (1990) pongono la questione dell'accuratezza della valutazione di un osservatore esterno, rispetto alla valutazione soggettiva del lavoratore stesso. Un metodo, proposto dai due autori, per limitare la distorsione presente nelle percezioni soggettive dell'ambiente psicosociale é quello di aggregare le informazioni ricavate da diversi lavoratori che agiscono nello stesso ambiente e svolgono le stesse mansioni. Il valore medio delle percezioni risulterebbe quindi come un indicatore più affidabile del livello reale di esposizione ad un certo fattore di rischio.

Analogamente Siegrist e coll. (2004) affermano che *ambienti psicosociali di lavoro che impattano negativamente o positivamente sulla salute sono definite dall'interazione tra le cognizioni, le emozioni e i comportamenti della persona e l'ambiente sociale in cui essa si trova. Gli approcci biomedici tradizionali non possono misurare direttamente questa interazione. [...]il carattere stressante di un fattore psicosociale é più propriamente valutato utilizzando dati di tipo self-report.*

E' possibile quindi affermare come dal punto di vista metodologico sia riconosciuta la necessità di rilevare la percezione che i lavoratori hanno dell'ambiente di lavoro stesso.

Inoltre, gli interventi di prevenzione secondaria dello stress sottolineano come lo stress spesso si accompagna a stati emotivi, che difficilmente vengono riconosciuti dai lavoratori e considerati come fattori incidenti sul proprio funzionamento. Viene riconosciuta l'importanza di favorire un apprendimento nei lavoratori finalizzato al



riconoscimento delle proprie reazioni emotive e della modalità con la quale queste incidono sulla salute e sul funzionamento individuale.

Procediamo adesso con la trattazione delle fondamentali prospettive teoriche sulle emozioni, che possono quindi rientrare legittimamente nella cornice di riferimento della nostra ricerca.

## **CAPITOLO 3**

### **LE EMOZIONI**

#### **3.1 Introduzione**

Il presente capitolo si propone di fornire un quadro teorico di riferimento per le emozioni, che sono andate definendosi come componenti altamente significative e importanti negli scambi del singolo col proprio contesto sia relazionale, sia ambientale.

Sarà preso in esame il contributo che la psicologia dello sviluppo ha fornito nella conoscenza e comprensione delle emozioni. In particolare, i ricercatori del settore hanno fatto emergere la valenza relazionale, motivazionale e di mantenimento dell'omeostasi interna delle emozioni, nel corso della crescita individuale. Un aspetto molto importante messo in luce è l'integrazione tra la crescita sotto il profilo cognitivo e la crescita sotto il profilo emotivo, che contraddistingue lo sviluppo del singolo.

Tale integrazione è riconosciuta nell'attuale dibattito sulle emozioni (Grazzani Gavazzi, 2009) ed è importante al fine di non perdere di vista la complessità della persona, intesa come esito di una molteplicità di acquisizioni e maturazioni sotto i diversi profili, comunicativo, affettivo, cognitivo e sociale.

Frijda (1990) ha introdotto il concetto della funzione regolatoria che interviene nel processo di attivazione delle emozioni. Inoltre, ha descritto il ruolo delle emozioni nello scambio delle relazioni umane distinguendo un valore espressivo, inteso come trasmissione di uno stato emotivo da un soggetto ad un altro, da un valore interattivo, che contraddistingue la comunicazione di stati emotivi finalizzata ad elicitare nell'altro una risposta o un comportamento atteso.

Il contributo fornito da Izard (1991) è quello di una visione socio costruttivista delle emozioni: queste costituiscono una guida per il comportamento individuale anche in conformità con regole sociali condivise.

Le più recenti teorizzazioni (Gross, 2007) focalizzano l'attenzione sui processi regolatori interni alle emozioni e sanciscono definitivamente il superamento della contrapposizione tra emozioni e razionalità.

Chiudo il capitolo includendo gli studi di matrice cognitivo costruttivista post-razionalista, che hanno evidenziato differenze nell'assetto emozionale, ovvero tra emozioni di base o di autocoscienza, tra soggetti afferenti a organizzazioni di significato personale diverse (Nardi & Bellantuono, 2008). Tali studi stanno alla base di una delle domande della mia ricerca, se sussistano cioè delle differenze nella regolazione delle emozioni tra organizzazioni di significato distinte.

### **3.2 Il contributo degli studi di psicologia dello sviluppo all'attuale definizione delle emozioni**

Il presente paragrafo prende in esame le più recenti definizioni e teorizzazioni sulle emozioni, sviluppate anche grazie agli studi della psicologia evolutiva. In particolare è risultato di particolare interesse ai fini di questa trattazione il filone degli studi che pongono l'accento sul valore adattivo delle emozioni (Arnold 1960; Izard, 1991; Schore, 1994; Thomson, 1990) e sull'importanza comunicativa delle stesse (Sroufe, 2000).

Analizzando le differenti teorie elaborate si riconoscono comuni meccanismi sottostanti l'esperienza emotiva che sono: la percezione, il riconoscimento, la valutazione, il giudizio o analisi del significato. L'accento poi, viene posto dai diversi autori limitatamente ad alcuni di questi.

Rispettivamente Arnold (1960) e in epoche più recenti Frijda (1988) ritengono che l'emozione rivesta un ruolo importante nel condurre e dirigere il comportamento, definendo il nucleo fondamentale della stessa una tendenza esperita all'azione: l'accento quindi viene posto sulla funzione valutativa che comprende le susseguenti reazioni fisiologiche. Il peso maggiore viene attribuito alla componente cognitiva che precede le modificazioni a livello sottocorticale. Riprendendo quindi le parole di Sroufe (2000) una definizione che sintetizza tale prospettiva è quella che descrive l'emozione come *“una reazione soggettiva ad un evento saliente, caratterizzata da modificazioni fisiologiche, esperienziali e a livello di comportamento esplicito* (p.23).

Nel contesto delle interazioni umane le emozioni assolvono a tre funzioni principali:

1. Comunicare gli stati interni ad altri significativi;

2. Promuovere la competenza esplorativa dell'ambiente;
3. Promuovere risposte adeguate alle situazioni di emergenza.

Le reazioni emotive trasmettono i bisogni, le intenzioni o i desideri dell'organismo e sono quindi fondamentali per la vita degli esseri umani, la cui esistenza è indissolubilmente legata alle interazioni sociali e di gruppo. Lo stesso sviluppo delle emozioni si è mostrato finalizzato alla promozione dei legami sociali, pertanto si impone la necessità di comprendere e analizzare tali componenti del vissuto umano nel contesto delle interazioni tra individui. Secondo Fogel (1993) e Stern (1974) le emozioni costituiscono la punteggiatura della comunicazione umana.

Gli studi che hanno focalizzato l'attenzione sulle componenti neurofisiologiche dell'esperienza emotiva hanno riconosciuto le reazioni fisiologiche come parte della risposta emozionale stessa, piuttosto che come elemento determinante nel processo reattivo. Cannon (1927) in particolare ha elaborato l'idea della simultaneità tra esperienza psicologica e reazione vegetativa. Inoltre, a sostegno di questa posizione si è evidenziato come possano sussistere attivazioni fisiologiche di tale bassa intensità da non produrre la stimolazione corticale delle strutture limbiche preposte. Quindi, la conclusione prevalente che consegue alla considerazione della fisiologia delle emozioni è il concetto di emozione come processo complesso. L'esperienza emozionale è la risultante della complessa interazione tra strutture cerebrali che si influenzano reciprocamente in un flusso continuo. Lazarus (1991) ritiene che questo è sempre vero e che laddove sussiste una reazione immediata ad uno stimolo, senza l'intervento della mediazione cognitiva, si dovrebbe parlare di riflesso e non di un'emozione in senso proprio.

Sono diverse le prospettive teoriche che hanno considerato la componente cognitiva delle emozioni. Una in particolare ha posto l'accento sulla valutazione soggettiva effettuata dall'individuo stesso (Frijda, 1988; Lazarus 1991). Oggetto della valutazione non risultano solo lo stato di attivazione o le caratteristiche dello stimolo esterno ma l'evento stesso nella totalità del suo contesto, a partire dal significato che l'evento assume per il soggetto. Ne consegue pertanto lo stretto legame tra sviluppo cognitivo ed emotivo. L'acquisizione della abilità relazionali è fondamentale in quanto, secondo una prospettiva evolutiva, il bambino fonda la propria interpretazione dello stato di attivazione sui dati del contesto, ma allo stesso modo,

acquisendo una crescente abilità di gestire le componenti contestuali, impara a tollerare anche alti livelli di attivazione, passando pertanto da un'esperienza emotiva negativa ad una esperienza positiva.

Dopo una breve descrizione della multidimensionalità delle emozioni può essere interessante ripercorrere in sintesi i contenuti salienti del dibattito sulla metodologia di indagine dell'argomento in esame. In particolare l'interesse dei ricercatori si è concentrato sul dare risposta alla domanda relativa al come determinare se un'emozione faccia parte del repertorio di un particolare bambino. L'emozione stessa è un fenomeno complesso che coinvolge sia il comportamento esplicito, sia l'esperienza soggettiva, sia il cambiamento somatico. Le metodologie adottate possono essere ricondotte a tre categorie principali: definizioni basate sullo stimolo e sulla risposta, riconoscimento delle espressioni facciali come indicatori delle emozioni e infine la combinazione di più criteri.

Il principale limite riscontrato nella metodologia basata sulla risposta è la forte rilevanza del contesto e il riconoscimento della possibilità di uno stesso comportamento di assumere significati diversi in differenti contesti. Si impone quindi l'importanza di leggere un determinato comportamento in un dato ambiente fisico e relazionale e di poter riconoscere variazioni comportamentali distinte accomunate però dallo stesso messaggio comunicativo.

Le criticità riscontrate nella identificazione della emozione con l'espressione facciale sono di tipo sia teorico, sia pratico. L'accento sulle funzioni comunicative mette in secondo piano, da un punto di vista teorico, le specifiche funzioni di guida, orientamento, amplificazione e armonizzazione che l'emozione assolve per l'individuo. Se si opera la distinzione tra la funzione comunicativa e le altre funzioni, quali la preparazione alla fuga o all'attacco, la riduzione della tensione e la messa in atto di un'azione, può essere comprensibile il fatto che la comparsa e lo sviluppo delle emozioni potrebbero almeno parzialmente essere indipendenti dalla espressione facciale.

Quindi, dopo queste riflessioni di ordine sia teorico, sia metodologico, che ci aiutano ad entrare nel panorama attuale che va sotto l'etichetta di "emozioni" si può concludere come attualmente l'integrazione tra le diverse prospettive abbia portato ad un punto di convergenza riconosciuto nella funzione motivazionale delle risposte

emotive. In particolare l'attenzione si è focalizzata sugli scopi della regolazione emozionale e della sincronia, armonia e reciprocità interattiva (Sroufe, 2000). Tali scopi non comportano delle intenzioni esplicite, ma si ritiene che i bambini siano impegnati sia ad interagire con l'ambiente sociale e fisico, sia a mantenere un'armonia interna. Pertanto, in tale prospettiva la motivazione non risulta incompatibile con alti livelli di tensione o eccitazione, che potrebbero persino essere attivamente ricercati dall'individuo. Le emozioni pertanto non vengono viste come esiti negativi disorganizzanti, quanto come aspetti positivi e in grado di produrre organizzazione. Esse risultano integrate con la percezione e la cognizione al servizio del comportamento sociale e di altri comportamenti adattivi. In sintonia con quanto detto Campos è uno degli autori che si è soffermato sul ruolo di guida e di orientamento che l'emozione ha per il comportamento individuale e per l'integrazione della personalità. Quindi a partire dalla definizione dell'emozione come complessa reazione percetto-cognitivo-fisiologico-comportamentale gli studi di psicologia dello sviluppo si sono concentrati al fine di descrivere i cambiamenti evolutivi in questa associazione di processi. Nel percorso di crescita individuale il ruolo della valutazione soggettiva assume un ruolo crescente e avviene anche un incremento nell'abilità di acquisire informazione una volta che si è attivata la reazione emozionale.

Lo studio della evoluzione emozionale risulta particolarmente intrecciato con altri aspetti del funzionamento umano (Fogel, 1993). In particolare le emozioni e le cognizioni risultano fortemente interconnesse in quanto ambedue sono aspetti dello stesso processo di transazione tra l'individuo e l'ambiente. Se una determinata esperienza emozionale si configura come l'esito di una valutazione cognitiva del carattere di novità di uno specifico evento è altrettanto vera l'influenza che le "memorie affettive" esercitano sulla percezione stessa. Così è indiscusso il legame profondo e circolare tra le due dimensioni, incastonate ed emergenti ambedue in una matrice decisamente sociale.

Si può aggiungere quindi come la valutazione cognitiva possa risultare indispensabile ai fini dell'attivazione emozionale come dall'altro lato gli eventi possono assumere significato quando amplificati dall'emozione (Sroufe, 2000). Gli stessi Piaget e Inhelder avevano affermato:

*Non esiste dunque alcuna condotta, per quanto intellettuale essa sia, che non comporti come moventi dei fattori affettivi; ma reciprocamente non potrebbero esservi stati affettivi senza intervento di percezioni o di comprensione che ne costituiscono la struttura conoscitiva. La condotta è dunque una anche se le strutture non spiegano la sua energetica e se, viceversa, questa non rende conto di quelle; i due aspetti, affettivo e conoscitivo sono contemporaneamente inseparabili e irriducibili (Piaget, Inhelder, 1969, p.135)*

Trattando di affettività e intelligenza lo stesso Piaget (1962) ha affermato come non esista uno stato puramente cognitivo e come condotte intelligenti abbiano origine da un vissuto di interesse e non possano essere disgiunte dalla regolazione affettiva che avviene nel corso dell'azione stessa. La gioia emerge come effetto del successo e il dispiacere segue un fallimento. Analogamente è impossibile distinguere uno stato puramente emozionale in quanto anche le forme più semplici di emozione presuppongono una certa discriminazione e quindi una componente di pensiero. Piaget afferma la indissociabilità delle due esperienze.

Recenti sviluppi delle ricerche hanno mirato ad evidenziare l'effetto dell'una componente sull'altra. Hoffman (1985) ha in particolare descritto l'influenza dell'emozione sulla cognizione delineando tre modalità, evidenziate attraverso il suo lavoro con adulti e ragazzi: l'emozione può dare l'avvio o interrompere l'elaborazione dell'informazione oppure causare una elaborazione selettiva; l'emozione inoltre può organizzare il richiamo delle informazioni memorizzate. Nel corso dello sviluppo lo stato emotivo soggettivo favorisce il richiamo dell'informazione congruente con esso. Hoffman sostiene che tale funzione organizzante può essere alla base dell'apprendimento di script da parte di bambini piccoli, poiché tali situazioni hanno una forte base emotiva. Infine l'emozione contribuisce alla formazione di categorie e schemi emozionalmente connotati: quando i nuovi stimoli sono assimilati a tali schemi, l'emozione trasmessa è trasferita ad essi.

Altri autori (Kellerman, 1983; Stechler & Carpenter, 1967) hanno posto l'accento sull'emozione come mezzo primario di comunicazione e di significato e come base per la formazione dei concetti. Un altro contributo riconosciuto delle emozioni sul

pensiero è quello di promuovere, ispirare e chiamare in causa i processi cognitivi stessi (Escalona, 1969; Stern, 1974).

Un altro autore, Haviland (1975) ha riportato come la sfera emozionale possa essere utilizzata per rivelare i progressi nello sviluppo cognitivo come il livello di interesse e sorpresa nel determinare il livello di prestazione cognitiva.

Infine, altri lavori hanno evidenziato come le misurazioni delle emozioni siano predittori delle successive prestazioni cognitive. Un esempio di questo è un lavoro di Birns e Golden (1972) che hanno riscontrato come il piacere nell'esecuzione di un compito possa essere un predittore migliore del successivo sviluppo cognitivo anche rispetto ai precoci indici cognitivi.

Si può quindi concludere sottolineando la funzione integrativa svolta dalle emozioni nel corso dello sviluppo individuale, rispetto alle abilità motivazionali, attentive, cognitive.

### **3.3 Le emozioni come cambiamenti di preparazione all'azione**

L'elaborazione teorica di Frijda (1986) assume un punto di vista fortemente focalizzato sulle emozioni come esperienze e fenomeni: l'uso della terminologia esprime una concezione processuale dell'oggetto in questione.

Lo stesso autore afferma l'esistenza di tre classi di "fenomeni emotivi": i comportamenti espressivi, i cambiamenti fisiologici e l'esperienza emotiva soggettiva.

Nell'ampia esposizione che l'Autore delinea alcuni nodi concettuali emergono come particolarmente interessanti. Uno tra questi è la funzionalità del comportamento espressivo: esaminando la componente esteriore, che consente ad un osservatore di attribuire uno stato emotivo ad un'altra persona, la stessa viene ad assumere un significato funzionale nell'interazione del soggetto col proprio ambiente. Le espressioni suggeriscono quindi che le emozioni siano delle tendenze verso certe modalità di interazione.

Inoltre, il comportamento espressivo è dotato di un suo intrinseco significato in quanto attività relazionale, ovvero modalità individuale di collocarsi ed entrare in relazione con l'ambiente circostante.



Con il termine di comportamento relazionale vengono individuate le variazioni di atteggiamento che modulano continuamente le interazioni sociali quali le differenze nei livelli di accettazione, interesse, reticenza, timidezza ecc. Secondo Frijda il termine indica sia cambiamenti nelle attività di avvicinamento e di ricezione sensoriale sia il loro stesso attenuarsi per effetto delle contemporanee tendenze a ritrarsi o a non essere disponibili, dello stesso individuo. Possiamo allora aggiungere come il comportamento relazionale consista nello stabilire, mantenere o interrompere un contatto con l'ambiente, cambiando le relazioni spaziali e la preparazione all'azione e alla percezione.

A partire dalla posizione secondo la quale le emozioni sono cambiamenti volti all'azione esistono molteplici espressioni, come ad esempio atteggiamenti di vergogna, che risultano comprensibili qualora si consideri il loro effetto sugli altri. In tal senso sono state definite come *espressioni interattive*, ovvero espressioni che hanno come principale funzione quella di influenzare il comportamento altrui. In particolare, pur essendo comportamenti scatenati da situazioni emozionali e finalizzati allo stabilirsi o al modificarsi della relazione soggetto-ambiente, utilizzano mezzi diversi. Le espressioni relazionali agiscono direttamente, mentre le espressioni interattive agiscono in modo indiretto, implicando il cambiamento del comportamento altrui. Questi due aspetti si rinforzano a vicenda.

Ciò che le espressioni interattive veicolano non sono dei sentimenti, piuttosto comunicano invece l'intenzione di comportarsi in un certo modo oppure certe richieste di azione.

In sintesi possiamo affermare come le componenti comportamentali risultino complementari nella definizione e nel vissuto dell'emozione, mentre le risposte fisiologiche risultano dare colore all'emozione stessa ma non assolvere al compito di definizione dell'esperienza. Il ruolo predominante viene attribuito alla consapevolezza della tendenza all'azione che si configura come la risultante di un processo che ha origine in un evento situato nell'interazione dell'individuo con il proprio ambiente.

L'analisi condotta approda concettualmente ad un punto di convergenza delle emozioni come tipologie di risposta ad un evento; evento che esercita un'azione

sull'individuo mediante il proprio significato, la propria natura ricompensante o avversiva.

Nell'impianto teorico tre sono i presupposti espliciti:

1. Le emozioni sono fondate su di una base biologica nel duplice senso non solo di presupporre l'attivazione di meccanismi fisiologici, ma anche perché sono fenomeni presenti nelle specie animali. Devono quindi essere esaminati come fenomeni mirati a favorire la sopravvivenza.
2. Essendo manifestazioni umane, le emozioni devono essere connesse ad elementi tipicamente umani quali la consapevolezza e l'azione intenzionale.
3. Le esperienze emotive sottostanno a processi di regolazione, quali l'inibizione e il controllo.

L'autore quindi sistematizza la descrizione della complessità del processo emotivo in un flusso di elaborazione dell'informazione (Fig.3.1)

Il processo risulta composto da tre distinti percorsi: il processo centrale o processo emotivo vero e proprio, che porta dall'evento stimolo alla risposta; il percorso della regolazione, contenente i processi che intervengono nel processo centrale e il percorso riguardante gli input diversi dall'evento stimolo vero e proprio. Gli output sono costituiti dalle risposte comportamentali, da quelle fisiologiche e dall'esperienza del soggetto.

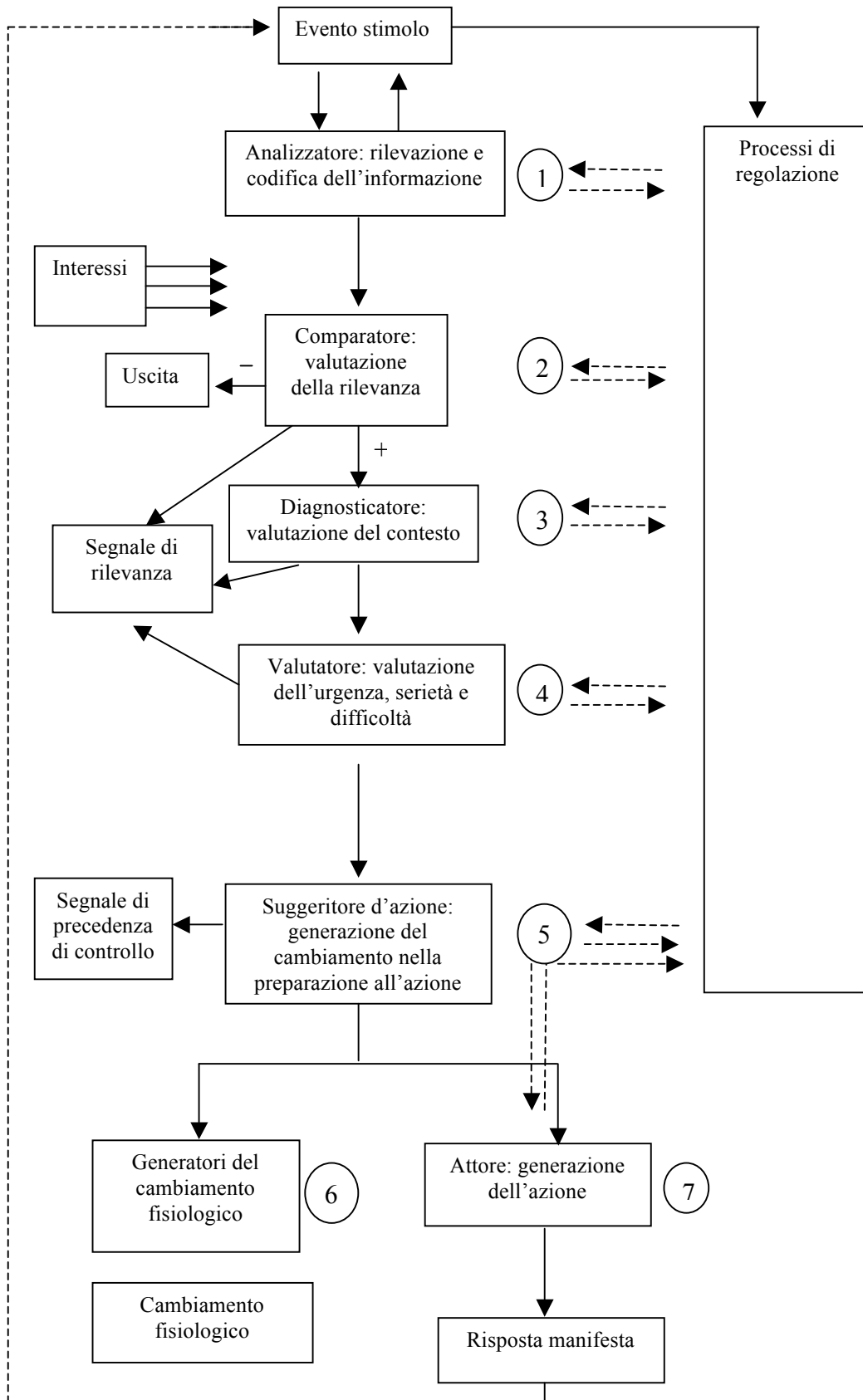


Fig. 3.1 - Il processo emotivo (Frijda, 1986).

Il processo emotivo centrale è descritto come una sequenza di valutazioni operate dal soggetto e basate, in maniera sequenziale, su criteri differenti: la prima analisi viene effettuata sul livello di notorietà dell'evento e sulla base delle implicazioni che l'evento stesso ha per la persona (*Analizzatore*); successivamente avviene una valutazione della rilevanza a partire da uno o più interessi del soggetto stesso (*Comparatore*). Quindi la situazione stimolo è valutata nel suo complesso secondo criteri basati sulla possibilità per il soggetto di agire o meno rispetto alla situazione stessa (*Diagnosticatore*), quindi vengono fornite informazioni circa il grado di difficoltà, l'urgenza o la gravità degli eventi. La persona può decidere, sulla base di tali indicatori, di interrompere l'azione, oppure può risultarne distratto nei casi in cui l'azione precedente continui (*Valutatore*). Si giunge pertanto a questo punto alla genesi del cambiamento nella preparazione dell'azione e/o della modalità di attivazione (*Suggeritore d'Azione*). Gli esiti del processo possono essere finalizzati al cambiamento fisiologico oppure alla realizzazione di un'azione e quindi ad una risposta manifesta.

In ognuna delle fasi del processo emotivo appena descritte le emozioni sono soggette ad azione regolatoria. Una forma di regolazione è rivolta al confronto con gli eventi che possono essere ricercati oppure evitati. A livello della valutazione l'attenzione selettiva e una serie di attività cognitive a beneficio dell'individuo possono modificare le valutazioni dell'evento. Il controllo dell'impulso può avvenire attraverso un processo di soppressione dell'impulso dalla coscienza oppure attraverso un processo di amplificazione. Infine la risposta manifesta può essere trattenuta, oppure attenuata, modificata o sostituita da un'altra risposta. Frijda paragona la regolazione ad una manipolazione dell'emozione che solo apparentemente è volontaria e intenzionale in tutte le sue fasi. La regolazione stessa appare maggiormente influenzata dalla situazione stimolo. La regolazione coinvolge sia un'attività regolatrice sia un'attività che viene regolata, pertanto la preparazione avviene sia nel caso in cui una risposta non venga emessa, sia nel caso in cui una risposta venga parzialmente emessa, oppure nel caso in cui la stessa risposta risulti amplificata rispetto all'azione preparatoria. In altre parole la regolazione opera sia nella direzione dell'inibizione, sia dell'attenuazione, sia dell'incremento della risposta emotiva.

Laddove l'esperienza emotiva provoca disagio, ovvero una situazione di stress, l'individuo è chiamato ad occuparsi sia degli aspetti dell'emozione sia delle caratteristiche dello stesso stressore. L'autore quindi procede con la descrizione delle modalità di coping possibili: la ricerca di informazioni, il coping intrapsichico, l'inibizione dell'azione e l'azione diretta. Il coping intrapsichico si riferisce a processi cognitivi che hanno lo scopo di ottenere una valutazione più accettabile degli eventi stressanti.

I processi di regolazione secondo Frijda hanno un'origine sociale ovvero derivano dalle ripercussioni, disapprovazioni e approvazioni sociali che agiscono mediante il senso delle convenienze e i sentimenti di colpa e di vergogna.

Gli stessi processi vengono distinti in tre grandi categorie: meccanismi inibitori, processi controllati dal risultato e azioni volontarie. Tra i primi riconosciamo tutti quei processi automatici predisposti dall'organismo e conseguenti a stimoli non appresi di paura, stimoli condizionati che segnalano eventi sfavorevoli. I processi controllati dall'esito si verificano in base a risposte non apprese o condizionate in modo classico.

Tra i processi mirati a regolare l'impatto dell'evento stimolante sul soggetto Frijda descrive la negazione come la categoria dei processi che conducono a distorsioni difensive della realtà, distinte dal processo definito di rivalutazione costruttiva. Quest'ultimo implica un controllo interno dell'individuo sull'evento, ovvero sulla valutazione in modo realistico dell'evento e sulla propria risposta.

L'autore procede quindi ad argomentare come, sulla base delle ricerche pubblicate fino a quel momento, le modalità di regolazione difensive e non difensive risultino egualmente efficaci ai fini della riduzione del disagio e del disturbo. Giunge quindi a precisare come tale efficacia della valutazione difensiva debba essere distinta dal valore adattivo dei meccanismi di regolazione nel far fronte all'ambiente in casi specifici. In particolare i meccanismi che permettono di ottenere un guadagno in tempi brevi non fanno altrettanto su tempi più lunghi. Le valutazioni difensive inoltre risultano non adattive quando diventano una tendenza di risposta cognitiva e si generalizzano ad altri contesti oltre a quelli per i quali la regolazione era funzionale. Per usare le parole dell'autore (Frijda, 1986)

*I costi e i benefici della negazione e di altre forme di valutazione difensiva variano da una situazione all'altra. (...) i benefici sono maggiori dei costi quando non c'è niente di costruttivo che le persone possano fare per superare il danno o la minaccia; lo sono anche quando la valutazione difensiva è ristretta a certi aspetti della situazione e non si estende al tutto; e soprattutto lo sono quando non si applica a fatti che possono e devono essere fronteggiati in quel momento(p.576).*

Procediamo con alcune considerazioni inerenti l'evento stimolo che costituisce il punto di partenza del processo stesso. Sono eventi stimolo sia cose che accadono, sia situazioni che si vengono ad instaurare. Nello scambio con l'ambiente circostante il soggetto mostra una determinata disposizione che è conseguente agli interessi individuali e che vengono definiti come una preferenza per il verificarsi di specifici stati di cose. Gli eventi stimolo hanno funzione di avvio anche per i processi di regolazione. Nella descrizione Frijda precisa come il processo di valutazione, che dà l'innescio ai processi che generano la struttura di significato situazionale, sia inconscio. Ciò deriva dal fatto che solitamente il soggetto non conosce quale sia l'aspetto, la caratteristica dell'evento stimolo che interagisce con l'interesse e quale è l'interesse implicato; inoltre appare non necessaria la conoscenza di ciò al fine di lasciare emergere la stessa struttura di significato situazionale, ovvero la percezione di qualcosa di orribile, o molto piacevole o attraente. La consapevolezza insorge al termine del processo, dopo che la struttura di significato situazionale ha suscitato un cambiamento nella preparazione all'azione. L'esperienza riflessiva ha un effetto limitato, pertanto si può affermare che l'autore riconosce l'emozione come un fenomeno essenzialmente non conscio. Così Frijda (1986) descrive

*Sebbene l'emozione sia in larga misura suscitata da fattori cognitivi, il modo in cui insorge non possiede "penetrabilità cognitiva". Non si può suscitare un'emozione a volontà, si può solo cercare di arrivarci, di "entrare" in un qualche grado nello stato emotivo; similmente non si può abolire a volontà un'emozione, si può solo cercare di uscirne, in una qualche misura, per un certo periodo di tempo. Ciò implica due aspetti contrapposti. L'elicitazione dell'emozione non è cognitivamente penetrabile dal lato degli stimoli: l'individuo non può scegliere di avere o non avere delle emozioni dati certi stimoli; c'è un certo margine, ma non c'è vera libertà di azione. Lo stesso vale per quanto riguarda gli interessi: l'individuo non può entrare*

*in contatto con ciò che per lui conta, non può entrare in contatto con i propri sentimenti a meno che gli stimoli, così come sono elaborati, non cooperino. La modalità di funzionamento dell'organismo impone dei vincoli (p.621).*

Possiamo quindi in sintesi concludere come le emozioni siano concepite nella teorizzazione dell'autore come processi che coinvolgono una complessità di componenti, ognuna delle quali assolve ad un ruolo più o meno centrale nella soggettiva esperienza emotiva. Le emozioni stesse si mostrano come manifestazioni degli interessi dell'individuo del sistema di soddisfazione degli stessi.

### **3.4 Le emozioni in età adulta**

Le emozioni e le loro implicazioni nel corso della fase adulta della vita umana sono state oggetto dell'elaborazione di Carrol E. Izard, psicologo americano dell'Università di Delaware.

La prospettiva di partenza è connotata dalla collocazione della riflessione nell'ambito della vita quotidiana, nel contesto delle relazioni interpersonali e quindi a partire dal riconoscimento dell'importanza per l'individuo di agire per mantenere relazioni armoniose, evitare scontri conseguenti alla competizione e mantenere il proprio senso di autostima nel rispetto degli altri. Inoltre è imprescindibile l'influenza delle convenzioni sociali che incidono sulla modalità di espressione ed eventuale inibizione dei propri vissuti emotivi; con il raggiungimento della maturità la modalità espressiva degli individuali vissuti emotivi tende ad assumere toni meno intensi, ma questo non significa che il contenuto interno sia meno forte, rispetto a quanto possiamo riscontrare in età più precoci dello sviluppo umano. Izard parla quindi di visione socio costruttivista delle emozioni, intese come sistemi o schemi di credenze che guidano la valutazione delle situazioni, la pianificazione della risposta e l'automonitoraggio del comportamento; tali schemi sono identificabili con la rappresentazione interna delle norme o regole sociali. Alla base di tali rappresentazioni sussiste uno strato biologico di partenza, quali determinate modalità di reazione, il cui sviluppo viene generato da una matrice prettamente sociale.

Inoltre il dibattito sulle emozioni si arricchisce di contenuti inerenti lo sviluppo e l'evoluzione delle emozioni stesse in età adulta: superata l'idea della maturità come

fase di stabilità e di una crescita raggiunta, si rivaluta una prospettiva che include la possibilità per gli adulti di crescere ulteriormente. Quindi la discussione verte sui concetti di sviluppo posto a confronto con quello di cambiamento e si articola nella distinzione tra cambiamento semplice, conseguente all'accumulo delle conoscenze e allo sviluppo individuale, e la progressione evolutiva che implica invece una crescita e un incremento di qualcosa di nuovo. Vengono quindi introdotti concetti quali quelli di maturità e integrità emozionale (Frank, 1954), che vengono associati piuttosto che, ad un cambiamento dall'emotività alla razionalità, ad un cambiamento caratterizzato dall'acquisizione di modalità interattive maggiormente adattive.

Distinguendo il tipo di sviluppo che l'adulto vive, diverso da quello infantile, si approda alla definizione di socializzazione secondaria, ovvero l'acquisizione delle regole sociali che forniscono le componenti semantiche e sintattiche della risposta, ovvero che definiscono il significato e il sistema di strutturazione delle risposte stesse.

Le regole che l'autore descrive vengono suddivise in tre categorie: regole costitutive, ovvero che concorrono alla definizione delle emozioni stesse, regole normative, che incidono su come le emozioni vengono agite e infine le euristiche che influenzano le strategie del processo emotivo. Il fatto poi che le emozioni siano costituite da una molteplicità di componenti e siano generate in un processo costituito da fasi distinte porta alla descrizione di regole inerenti rispettivamente o la valutazione delle situazioni, o l'organizzazione e l'espressione delle risposte, o le conseguenze delle esperienze emotive o la modalità con la quale una emozione viene spiegata e legittimata.

Quindi in età adulta la socializzazione secondaria può essere vista come l'acquisizione e il perfezionamento delle euristiche nell'esperienza emotiva individuale. Ciò può corrispondere ad una più raffinata selezione delle situazioni elicитanti, oppure alla scelta di risposte più adattive, alla definizione di aspettative più realistiche e chiaramente stabilite e infine al compiere attribuzioni più sofisticate nei confronti di sé e degli altri. Lo sviluppo nell'età della maturità si pone sia in continuità sia in discontinuità con lo sviluppo emotivo dell'infanzia, per l'intervento dell'influenza del contesto sociale.



Alcuni autori (Werner, 1940; Lewin, 1951) sono concordi nel riconoscere e sottolineare come l'adulto acquisisca due abilità distinte: da un lato una maggiore differenziazione, dall'altra una crescente integrazione o unità. Un altro autore Angyal (1941) descrive lo sviluppo nei termini dell'acquisizione di una maggiore autonomia, nel senso di essere più sganciato e indipendente dagli altri, e da un altro versante una maggiore capacità di costruire relazioni positive e forti e di porsi in legami di interdipendenza con gli altri. Un ulteriore punto di contatto tra tali autori è costituito dal riconoscere una tensione nell'adulto verso la ricerca di un significato per la propria esistenza, sia attraverso il cammino dell'autonomia, sia quello dell'appartenenza ad una realtà condivisa con altri.

Sommers (1981) ha rilevato la relazione positiva tra il numero dei termini usati per definire emozioni distinte e la complessità in termini cognitivi delle descrizioni sociali effettuate dal soggetto. Con la definizione di *range emotivo*, ovvero con il riconoscimento di un'ampiezza maggiore o minore dei contenuti dei vissuti emotivi, si è giunti a descrivere una variabile individuale correlata con una più evoluta struttura cognitiva e un sistema valoriale più articolato. Izard (1991) propone come contenuti fondamentali per un adeguato sviluppo emotivo in età adulta i seguenti:

1. La cura delle emozioni positive che sono utili per l'adattamento personale;
2. La capacità di lasciar fluire le emozioni sia positive, sia negative che minacciano in talune circostanze;
3. L'abilità di inventarsi espressioni adattive per manifestare le emozioni negative;
4. La capacità di rispettare e non bloccare le emozioni negative;
5. Imparare a riconoscere e creare espressioni appropriate da un punto di vista sociale, per qualunque emozione venga sperimentata.

### **3.5 La più recente impostazione teorica sulle emozioni: la struttura modale**

L'elaborazione teorica inerente l'argomento è giunta ad una ricca e complessa sintesi per mano di James Gross, psicologo americano docente alla Stanford University (2007). Il dibattito sulle emozioni si è gradualmente focalizzato sul processo

regolativo delle esperienze emotive, ampliando e rendendo ancora più complesso e dettagliato quanto elaborato rispettivamente da Frijda e Izard.

La prospettiva attuale individua tre elementi fondamentali nella definizione delle emozioni, che derivano dalle precedenti elaborazioni teoriche: il primo è l'insorgenza dell'esperienza come conseguenza di eventi o situazioni che risultano rilevanti per gli scopi individuali. L'obiettivo sul quale è fondata tale valutazione può assumere carattere di durevolezza nel tempo, come aver garantita la sopravvivenza, oppure può essere transitoria, come il vincere una partita. Può avere un ruolo più o meno centrale nella definizione del senso di sé, oppure avere una funzione più periferica; gli scopi inoltre possono essere maggiormente condivisi da altri oppure essere idiosincratici.

Un altro elemento imprescindibile è la multiforme natura delle emozioni, che coinvolgono cambiamenti a livello della esperienza soggettiva, del comportamento e della fisiologia corporea centrale e periferica.

E infine, l'ultimo indispensabile elemento da considerare è la funzione regolatoria che l'individuo esercita sulle proprie esperienze emotive; tali esperienze pur avendo la facoltà di interromperci nelle nostre attività e di imporsi alla nostra consapevolezza devono comunque competere con altre risposte e attivazioni generate dall'interazione individuale con il contesto sociale.

Pertanto deriva da ciò la considerazione che le emozioni emergono nelle transazioni tra l'individuo e il suo ambiente, in particolare sulla base del sistema di aspirazioni e progetti che l'individuo ha. L'evento esterno assume un particolare significato e origina un sistema flessibile multimodale e coordinato di risposta. Si è giunti quindi a definire un modello modale semplificato della sequenza che a partire da una situazione reale elicitava una risposta emotiva (Fig.3.2). Il punto di partenza della sequenza è dato da una situazione psicologicamente rilevante, di solito reale e concreta; altre situazioni possono essere interne, ovvero basate semplicemente su di una rappresentazione mentale. L'individuo si attiva operando quindi una valutazione dei dati contingenti secondo criteri di familiarità e di rilevanza. Teorici diversi hanno ipotizzato livelli differenti di attivazione o dimensioni diverse nell'attivazione stessa, ma sussiste un accordo generale in merito alla funzione di elicitazione del processo emotivo che la stessa esercita. L'attivazione origina quindi un cambiamento nell'esperienza, nel comportamento e nel sistema neurobiologico di risposta.

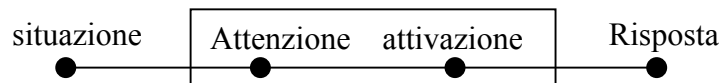


Fig. 3.2 Modello modale dell'emozione (da Gross, 2007)

Analogamente ad altre tipologie di risposta, una risposta emotiva spesso cambia la situazione stessa che fornisce l'innescò del processo stesso.

Il fenomeno preso in esame rientra nella grande categoria degli stati affettivi, che comprendono sia risposte generali da stress collegate a determinate circostanze, emozioni come rabbia e tristezza, stati dell'umore quali depressione e euforia e infine altri impulsi quali quelli relativi al consumo del cibo, all'aggressività o alla paura.

Mentre l'esperienza dello stress è prevalentemente riferita a risposte affettive negative, le emozioni sono attribuite sia a stati negativi sia a stati positivi. Analogamente le emozioni possono essere distinte dagli stati dell'umore che perdurano più a lungo e non sono riferiti a obiettivi specifici. Le emozioni poi si differenziano dalle spinte motivazionali in quanto si mostrano, a confronto con queste ultime, più flessibili ed estese ad un più ampio spettro di obiettivi che l'individuo si può prefiggere.

Lo studio delle emozioni si è venuto alternativamente focalizzando su aspetti diversi quali la funzione regolatoria che le emozioni svolgerebbero nei confronti di altre abilità umane, quali il pensiero, la fisiologia o il comportamento; recentemente il dibattito si è concentrato sull'approfondimento della funzione di regolazione delle emozioni. Quindi si è preso in esame un processo interno, che può essere sia automatico, sia volontario e che può avere effetto in uno o in molteplici momenti del processo generativo dell'esperienza emotiva. Il dibattito sull'eventuale distinzione o meno tra emozioni e processo di regolazione stesso è in corso. A sostegno della convergenza tra i due costrutti viene sottolineata l'evidenza delle emozioni degli adulti come esperienze regolate (Tomkins, 1984) e viene adottata la sostanziale coincidenza nella corteccia prefrontale tra le aree neuronali implicate nelle emozioni e nella regolazione delle stesse (Struss & Benson, 1986). La prospettiva modale supporta invece un'impostazione che mantiene distinte le emozioni dai rispettivi processi regolativi.

Iniziamo quindi ad analizzare i punti salienti dell'attuale impostazione sui meccanismi di regolazione delle emozioni. Intuitivamente si può capire come le persone possano consapevolmente modulare le proprie emozioni nel senso di diminuire o aumentare la loro intensità.

A partire dalla prospettiva modale della genesi delle emozioni è stato sviluppato un modello relativo ai meccanismi di regolazione che individua per ciascuna fase del processo emotivo stesso specifici meccanismi di regolazione (Fig.3.3).

A partire quindi dalle fasi del percorso di generazione di un'emozione si sono individuate cinque categorie di sistemi di regolazione: quelli di selezione della situazione, quelli di modifica della situazione, di attivazione attentiva, di cambiamento cognitivo e di modulazione della risposta. Tali famiglie di meccanismi, si distinguono per il momento del processo generativo dell'emozione sul quale hanno il principale impatto. Alcuni vengono quindi definiti come antecedent-focused, ovvero focalizzati sull'antecedente perché intervengono nella interazione tra individuo e contesto, altri invece sono detti response-focused, ovvero focalizzati sulla risposta perché modulano la risposta nel momento in cui essa è già stata generata.

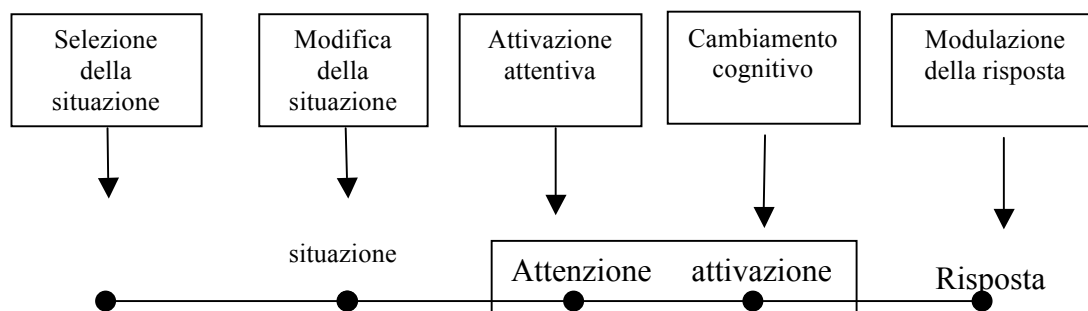


Fig. 3.3 - Modello processuale di regolazione delle emozioni che evidenzia 5 famiglie di strategie di regolazione (Gross, 2007).

Analizziamo brevemente ad una ad una le classi di meccanismi. La prima comprende tutti quei comportamenti volti a ricercare le situazioni che ci mettono nella condizione di sperimentare emozioni desiderabili, viceversa tendiamo ad evitare quelle situazioni che sono all'origine di esperienze emotive negative. Tale processo di selezione delle situazioni presuppone una comprensione dei dati del contesto sulla

base di esperienze pregresse e a partire da aspettative in merito a possibili esperienze emotive conseguenti a tali eventi. Tali meccanismi implicano alcune considerazioni in merito ai vantaggi a breve e a lungo termine: pur garantendo i vantaggi a breve termine forse sul lungo periodo possono risultare svantaggiosi e disadattivi per l'individuo.

L'altra classe di meccanismi tende ad intervenire direttamente sulla situazione ed è conseguente sia alla presenza supportiva di una persona affettivamente significativa, sia all'intervento diretto di tale persona sulla situazione stessa.

Un'altra possibilità di regolare la risposta emotiva è legata alla regolazione dei processi dell'attenzione. La persona infatti può utilizzare la distrazione, orientando la propria attenzione su aspetti diversi della situazione, oppure può concentrare l'attenzione sulla situazione stessa e si attiva pertanto un processo di ruminazione.

Una volta che la situazione è stata selezionata, modificata e resa oggetto o meno di attenzione, il contenuto della percezione deve essere compreso dal soggetto nel suo significato, ovvero la persona deve valutare la propria capacità di gestire la situazione. Il cambiamento cognitivo richiede che la persona valuti la situazione nella sua pregnanza emotiva, sia cambiando il pensiero sulla situazione stessa sia cambiando l'idea sulla propria capacità di gestire le richieste poste dal contesto. Un meccanismo particolarmente indagato di ristrutturazione cognitiva è il *reappraisal* ovvero quella forma di cambiamento del pensiero che altera l'impatto dell'emozione stessa.

Infine al termine del processo emotivo, quando le tendenze di risposta sono già state stimulate, intervengono i meccanismi di modulazione della risposta che influenzano direttamente le componenti fisiologiche, esperienziali e comportamentali dell'emozione. Rientrano in tale categoria le forme di rilassamento o il ricorrere ad alcol, al fumo. Un'altra modalità che afferisce a tali meccanismi è la regolazione della espressione comportamentale delle emozioni. E' interessante sottolineare come il diminuire l'espressione esterna dell'emozione ha un effetto misto sull'esperienza stessa in quanto sembra abbassare l'emotività positiva e non quella negativa, infatti nei casi di regolazione della risposta permane una elevata attivazione fisiologica.

L'impostazione teorica appena descritta ha fornito l'avvio per una varietà di filoni di ricerca. Uno di questi si è focalizzato sull'indagine di eventuali correlazioni fra

fattori temperamentali e meccanismi di regolazione delle emozioni. Il temperamento è considerato come l'esito di processi biologici ed esperienziali ed è stato indagato non solo nell'infanzia e nella prima fanciullezza ma anche in età più avanzate della vita (Rothbart & Posner, 2006). Il temperamento in particolare è riconosciuto come il fondamento delle individuali predisposizioni alla reazione e alla autoregolazione nei domini degli affetti, del comportamento e dell'attenzione.

Per quanto concerne la reattività soprattutto i due sistemi della paura e dell'ansia risultano essere mantenuti lungo l'arco evolutivo individuale, e si mostrano finalizzati alla possibilità di agire comportamenti adattivi. Livelli troppo bassi di ansia e paura emergono come problematici e alla base della messa in atto di comportamenti non adattivi e quindi di predisposizione al rischio individuale. La reazione di paura appare implicata anche nella messa in atto, in età più mature, di comportamenti di esplorazione o di aggressività verso contesti nuovi e sconosciuti. Nello specifico livelli medi di attivazione in termini di paura risultano correlati con livelli più alti di empatia, vergogna e timidezza nella prima infanzia, fattori predisponenti per lo sviluppo del comportamento morale. Dall'altro lato una reazione di paura troppo intensa è stata riconosciuta alla base di comportamenti troppo rigidi che inibiscono e limitano in bambino anche nel fare esperienze positive. Quindi la paura temperamentale e la sua componente comportamentale di inibizione consentono il primo sistema di controllo sull'esplorazione e l'approccio individuale all'ambiente.

Risulta fondamentale la predisposizione al controllo e in particolare la capacità di inibire le reazioni che emergono come dominanti ma che devono essere sottoposte alla pianificazione delle risposte mirate all'evitamento degli errori. Le ricerche hanno dimostrato come la diretta regolazione delle reazioni negative come la rabbia, l'ansia o la paura rappresenti un prerequisito per la capacità di regolazione volontaria che può essere associata con l'espressione e la maturazione del comportamento pro sociale o antisociale in età più avanzate. Nel corso della prima infanzia inoltre, la capacità di ritardare intenzionalmente l'ottenimento di una gratificazione risulta predisporre ad un migliore autocontrollo e ad una capacità più evoluta di regolare le reazioni allo stress e alla frustrazione. Tale capacità risulta inoltre predisporre a

capacità attentive migliori, maggior concentrazione, regolazione delle emozioni più adattiva e livelli superiori di intelligenza in adolescenza.

Un altro possibile e interessante filone di ricerche è quello sui legami tra caratteristiche di personalità, in età adulta, e specifici meccanismi di regolazione delle emozioni. In particolare è risultato interessante focalizzare l'attenzione su due meccanismi: il reappraisal e la suppression. La ristrutturazione cognitiva, intervenendo all'inizio del processo generativo delle emozioni prima che la tendenza alla risposta sia stata completamente attivata, consente la modificazione dell'intera sequenza emotiva, portando a sperimentare emozioni più positive e meno negative, senza un significativo costo dal punto di vista cognitivo, emotivo o interpersonale. L'inibizione della risposta, al contrario, intervenendo in fase avanzata sul processo generativo dell'emozione modifica la componente comportamentale della tendenza alla risposta, senza ridurre l'esperienza della emozione negativa. Inoltre, agendo tardi sul processo emotivo richiede all'individuo uno sforzo di gestione delle tendenze di risposta che continuano ad emergere, consumando le risorse cognitive che potrebbero altrimenti essere utilizzate ai fini della realizzazione di una migliore performance nel contesto sociale all'interno del quale le emozioni emergono. Inoltre, tale meccanismo provoca un senso di discrepanza tra l'esperienza interna e l'espressione esterna, provocando sentimenti negativi verso di sé e un'esperienza di alienazione nei confronti degli altri, impedendo la costruzione di relazioni emotivamente significative.

Le variabili di personalità prese in esame assieme alle strategie di regolazione sono: la coscienziosità intesa come il controllo delle spinte impulsive al fine di agire un comportamento pianificato e diretto al raggiungimento di un obiettivo; l'estroversione, il nevroticismo, l'apertura alle esperienze e la gradevolezza nelle relazioni interpersonali. L'esistenza di eventuali correlazioni e il segno positivo o negativo delle stesse è stato solamente ipotizzato a livello teorico, in termini di aspettative. Analogamente si è proceduto alla formulazione di ipotesi di correlazioni tra meccanismi di regolazione e strategie di coping, ampliando l'orizzonte dal campo delle emozioni a quello dello stress e delle capacità adattive individuali. Sul piano metodologico sussistono delle differenze in quanto mentre i meccanismi di regolazione risultano indagati secondo modalità che mirano ad evidenziare una

tendenza individuale non contestualizzata, gli studi sullo stress e sul coping sono prevalentemente contesto specifici.

A livello teorico permane la considerazione dell'importanza della regolazione delle emozioni come processo in grado di intervenire sulla attivazione patogena della risposta da stress conseguente a fattori psicologici e sulla messa in atto di risposte comportamentali maggiormente adattive.

La ricerca che ho condotto e che è descritta nel prossimo capitolo è finalizzata a dire qualcosa su possibili connessioni tra regolazione delle emozioni, livelli di stress e strategie di coping.

### **3.6 L'esperienza emotiva come modo di percepire se stessi, gli altri e gli eventi nel costruzionismo psicologico**

Una più recente e innovativa prospettiva sulle emozioni è quella proposta dall'approccio costruttivista, inserito nel contesto della psicoterapia cognitiva.

Tale impostazione teorica riconosce le proprie radici nei lavori di Damasio (1994, 1999) grazie al quale si è giunti al recupero della dimensione incarnata dell'emozione e allo studio dell'*embodiment*, ovvero dell'esperienza incarnata in cui l'emozione diventa un elemento centrale (Rezzonico & De Marco 2012).

Le emozioni quindi emergono come sfondo imprescindibile per la coscienza, la memoria, il ragionamento e il linguaggio individuali (Rezzonico & De Marco, 2012), in quanto strumenti in grado di orientare l'individuo nella continua e incessante attività di costruzione di nuovi significati.

La compromissione della capacità di sperimentare vissuti emotivi relativi alle situazioni correnti si accompagna ad un'incapacità di prendere decisioni in modo intelligente (Bechara e Damasio, 2005). Il vissuto emotivo pertanto emerge come una componente fondamentale nel processo di presa di decisione e non tanto come fonte di interferenza nel conseguimento del successo stesso.

In questo senso approdiamo quindi al superamento della dicotomia tra *mente fredda* e *mente calda* e al riconoscimento della conoscenza, non tanto come dato oggettivo esterno all'individuo, quanto piuttosto come costruzione della mente individuale in interazione con il mondo, la cui oggettività è fondata sulle capacità umane di



intersoggettività (Mate & Tirassa, 2010). In altri termini possiamo definire le emozioni non come stati mentali, ma come modalità di essere presenti agli stati intenzionali che esperiamo (Brizio & Tirassa, 2012) e quindi le emozioni risultano appropriate per quella che è la ragione personale in quanto ne costituiscono parte inscindibile e ineliminabile.

Da tutto ciò traiamo due ordini di conseguenze: la prima è che le emozioni, come la cognizione umana, si strutturano anche grazie agli scambi che vengono intrattenuti, fin dall'età neonatale, con i nostri consimili; la seconda è che le emozioni che proviamo e quelle che manifestiamo all'esterno, che non necessariamente coincidono, svolgono un ruolo importante nella definizione delle specifiche dinamiche interazionali nelle quali ci troviamo immersi.

Provando a sintetizzare possiamo quindi intendere la dinamica cognitiva complessiva di ciascun individuo come la risultante della combinazione tra l'interpretazione della situazione corrente, le ricadute cognitive ed emozionali derivanti dalle situazioni passate e le aspettative cognitive ed emozionali sui possibili sviluppi della situazione corrente e su tutte le situazioni che inabitiamo istante per istante; il tutto inserito nella cornice delle interazioni sociali e delle emozioni che le contraddistinguono.

La prospettiva assunta rimanda al concetto di embodiment già citato. In particolare possiamo riconoscere come gli approcci alle emozioni risultino essere distinti tra quelli che si focalizzano sull'espressione in prima persona, altrimenti definiti come soggettivi, e quelli in terza persona, od oggettivi. Il punto d'incontro tra psicologia e neuroscienze quindi risulta il corpo, inteso secondo la tradizione fenomenologica (Merleau-Ponty, 1945) sia come "corpo-oggetto" ovvero come luogo materiale oggetto di studio della scienza naturalistica, sia come "corpo-proprio" per indicare il corpo vivo, luogo dell'insieme delle affezioni e delle attività intenzionali umane (Husserl, 1987). Le emozioni appartengono all'esperienza viva di un essere umano il cui corpo lo rende soggetto esperienziale situato (Liccione, 2012). Il concetto fondamentale che emerge è quindi quello di un essere umano che partecipa all'ambiente attraverso il corpo secondo coordinate fondamentalmente pre-riflessive, ovvero non sempre mediate dall'atto riflessivo linguistico, ma piuttosto date dalla semplice esposizione dell'individuo all'ambiente, esposizione che lo obbliga a tendere verso gli oggetti e alla configurazione degli stessi sulla base delle possibilità

motorie di accedervi (Liccione, 2012). Questa concezione dell'essere come costantemente incarnato e situato, secondo modi pre-riflessivi, riconosce l'individuo costantemente nell'atto concreto di valutazione. Essendo inseriti nell'ambiente secondo le nostre inclinazioni, ogni azione risulta contemporaneamente un agire-in e un sentirci-in; quindi l'essere incarnati corrisponde a un modo di sentirci ed è sempre una valutazione su un certo modo di essere in quell'ambiente.

Deriva da ciò come le emozioni, essendo alla base del nostro declinarci nel mondo risultino un'esperienza sia fisica, sia sociale. In questo senso è stato evidenziato il ruolo fondamentale dell'emozionarsi ai fini dell'acquisizione delle regole implicite dell'intersoggettività e della cultura di appartenenza (Griffiths, 1997, 2004; Gallagher 2007a, 2007b); in altre parole le emozioni costituiscono il gioco relazionale a base genetica che obbliga all'intersoggettività. Spostare l'attenzione alle esperienze emotive come apertura al mondo significa porre in rilievo la funzione strategica, passare dal piano intrapsichico a quello interpersonale. Le emozioni vengono quindi considerate non solo come risposte a bisogni intrapsichici, quanto piuttosto strategie di regolazione intersoggettiva e sociale. L'attenzione dei ricercatori si è quindi spostata allo studio dell'episodio emotivo, nel quale la manifestazione emotiva è equiparata ad una comunicazione sociale vera e propria.

Il costruzionismo psicologico riconosce come assunto di base la concezione delle emozioni come categorie di senso comune, che corrispondono ad una variabilità di eventi mentali generati dall'interazione di ingredienti psicologici più basilari ed elementari, risultati dal processo evolutivo (Barrett, 2009). Vengono quindi riconosciuti alle emozioni sia un carattere di altissima variabilità, sia per come si manifestano, sia per come vengono sperimentate, sia conseguentemente la natura di costruzioni sociali; pur riconoscendo quali aspetti basilari per la nascita dell'esperienza emotiva le componenti evoluzionistiche delle emozioni di base, l'attribuzione di significato è interamente soggettiva e non conseguente alle situazioni-stimolo.

La valutazione che l'individuo fa di una certa situazione è pertanto alla base sia del tipo, sia dell'intensità delle emozioni che la persona sperimenta; non è tanto la natura dell'evento in sé ad elicitare l'emozione, quanto il significato che l'individuo costruisce in relazione al proprio benessere. In questo contesto allora vengono ad

assumere un'importanza molto rilevante le diverse strategie di regolazione delle emozioni, che risultano in grado di cambiare lo scenario della situazione che ha generato la risposta emotiva, aprendo la possibilità di intervenire a livelli diversi per modificare i propri vissuti emotivi (Gross & Thomson, 2007).

### **3.7 L'assetto emotivo nella teoria delle organizzazioni di significato personale del costruttivismo post-razionalista**

Gli studi di neuroimaging condotti da Nardi e Bellantuono (2008) in continuità con altri precedenti studi (Nardi & Capecchi, 2007) hanno posto in evidenza le differenze significative che sussistono nella attivazione emozionale di soggetti che vengono riconosciuti in organizzazioni di significato personale o inward o outward. Tali differenze sono state riscontrate sia in prove di riconoscimento di espressioni di paura e di rabbia, sia nelle percezioni di espressioni facciali proprie o di sconosciuti. Le aree cerebrali che vengono attivate dalla stimolazione sono differenti così come l'intensità della attivazione stessa contraddistingue organizzazioni inward dalle outward.

Queste due categorie sono state sviluppate da Guidano e Arciero (Nardi, 2007) e identificano due tendenze di base nella messa a fuoco di sé e del mondo che si pongono lungo un continuum.

La messa a fuoco dall'interno (*inward*) polarizza la costruzione dell'identità sull'interiorità e sul mantenimento del senso di sé. Tale orientamento si accompagna alla tendenza a modificare l'ambiente esterno per renderlo coerente con le attivazioni interne. Si sviluppa in questi casi una precoce messa a fuoco delle emozioni di base (paura, rabbia, tristezza, gioia) e quindi il soggetto percepisce come primario ciò che sente.

Nella messa a fuoco dall'esterno (*outward*) la costruzione dell'identità si sintonizza su di un riferimento esterno. Tale orientamento è centrato sull'alterità e sulla variabilità del contesto relazionale e comporta la tendenza a modificare il mondo interno al fine di conformarlo al mondo esterno. Prevalgono stati emotivi autocoscienti quali vergogna, colpa, orgoglio, imbarazzo, che dirigono l'attenzione sulla corrispondenza con le figure esterne percepite come più significative. Tali

tonalità emotive richiedono capacità autoriflessive pertanto, compaiono più tardi rispetto alle emozioni di base e sono più sfumate rispetto ad esse nelle espressioni comportamentali.

All'interno di ciascuna modalità di conoscenza di sé e del mondo possono essere contraddistinte rispettivamente due ulteriori più specifiche e differenti organizzazioni di significato personale: *contestualizzata* e *normativa* per il versante outward e *controllante* e *distaccata* per il versante inward. Tali termini corrispondono dal punto di vista concettuale alla suddivisione precedentemente proposta da Guidano: l'organizzazione controllante equivale alla fobica, la distaccata alla depressiva, la contestualizzata alla organizzazione con disturbo alimentare psicogeno e la normativa all'ossessiva.

Nei soggetti nei quali la chiusura organizzativa principale risulta quella contestualizzata le tematiche centrali nella definizione di sé e nella lettura del mondo risultano quelle della adeguatezza o inadeguatezza personale, della ricerca della approvazione di sé e del proprio punto di vista, atteggiamenti in risposta a critiche esterne alla propria persona o al proprio valore. In tali soggetti prevale la tendenza a mettere in relazione tali emozioni di inadeguatezza con i risultati che raggiungono e prevalentemente vivono le molteplici situazioni come giudizi, dedotti da ciò che gli altri possono pensare.

L'organizzazione normativa si caratterizza per la centralità di temi quali l'equità, l'adesione alle norme, l'impegno ed è contraddistinta da una preferenza per il canale cognitivo, rispetto a quello emotivo. L'adeguatezza viene identificata non con il giudizio esterno, quanto con l'adesione a norme e principi.

All'organizzazione controllante appartengono tematiche quali la protezione, il controllo e la libertà; quest'ultima viene intesa come controllo di una situazione, come movimento fisico e come movimento in senso astratto.

Infine, l'organizzazione distaccata fa riferimento a contesti di solitudine e distacco. I contenuti emotivi negativi vengono evitati in situazioni di solitudine percepita come ineluttabile, di difficoltà, di distanza da parte degli altri. Questa modalità essendo a messa a fuoco interna è stata valutata come percezione di una tendenza interna al distacco piuttosto che come conseguenza di atteggiamenti negativi esterni.

Tali organizzazioni di significato personale sono esito di un processo che coinvolge l'individuo a partire dalla sua nascita. In particolare nelle fasi precoci dello sviluppo le sensazioni, le percezioni e le emozioni strutturano le modalità di contatto con l'ambiente e si esprimono attraverso schemi senso-motori, dapprima generali e poi sempre più specifici, sulla base della maggiore o minore consonanza che hanno rispetto alla coerenza interna del soggetto. Nella strutturazione delle primitive attivazioni emotive di eccitazione generalizzata in configurazioni d'insieme gioca un ruolo predominante l'attaccamento alle figure di accudimento. Tali configurazioni d'insieme permettono di ordinare l'esperienza in modo da ottenere una percezione stabile e definita di sé e della realtà esterna. Tutto questo accade a partire da elementi emozionali di base, in parte geneticamente determinati, che mano a mano si strutturano attraverso gli apprendimenti in schemi emozionali più complessi ed integrati denominati *emotional schemata*. Le emozioni sono costituite da componenti sensitive, percettive, modificazioni neurovegetative e reazioni comportamentali. Il livello di stabilità e di definizione dei margini emotivi del contesto di accudimento risultano determinanti per lo sviluppo emotivo del bambino e per la maturazione della sua organizzazione di significato personale. Se il contesto accudente presenta margini emotivi sufficientemente stabili e ben definiti, sia in positivo sia in negativo, esso favorisce nel bambino il riconoscimento precoce dei propri pattern di attivazione emotiva e l'acquisizione di un altrettanto precoce senso di continuità e di stabilità personale. Le attivazioni interne vengono percepite come primarie, esistendo una precoce messa a fuoco delle emozioni di base. Il bambino tende quindi a mettere a fuoco attraverso la propria continuità ogni cambiamento ambientale, come modalità diverse di percepirsi giorno per giorno, pur essendo sempre lo stesso. Il bambino sviluppa così una modalità inward di lettura dell'ambiente.

Qualora invece il contesto di accudimento risulti imprevedibile, incostante, instabile, ambiguo o ambivalente e non è in grado di assicurare una sincronia dei propri ritmi psicofisiologici con quelli del bambino, genera in quest'ultimo una difficoltà a differenziare i propri ritmi psicofisiologici dalle attivazioni emotive e a riconoscere i propri pattern emozionali. Sviluppando la tendenza a modificare il mondo interno al fine di conformarlo al mondo esterno il bambino appare incerto nel mettere a fuoco le attivazioni emotive di base, mentre privilegia le tonalità emotive autocoscienti a

comparsa più tardiva quali colpa, vergogna, disgusto. Il bambino tende sempre più a mettere a fuoco la variabilità che coglie, attimo dopo attimo, dall'ambiente e a costruire il senso di stabilità, di costanza e di permanenza di sé proprio attraverso questa variabilità, sviluppando una lettura outward del mondo.

La maturazione emotiva ed affettiva si realizza a partire da forme generali di reattività lungo l'asse placidità-aggressività e di attivazione positiva o negativa lungo l'asse piacere-dispiacere. Tale maturazione consente il riconoscimento e la memorizzazione degli stimoli ambientali, che vengono così ad attivare specifiche reazioni soggettive in rapporto alle aspettative, che si esprimono sia attraverso manifestazioni comportamentali, sia tramite comunicazioni non verbali e poi, in fasi più avanzate dello sviluppo, verbali.

Nella crescita individuale, a partire dalla relazione di attaccamento, le emozioni vengono utilizzate nella costruzione del sistema di rappresentazione di sé e delle altre figure significative; l'auto rappresentazione delle emozioni, ovvero la loro rappresentazione a livello consapevole, costituisce l'elemento centrale intorno al quale si articola la costruzione del sé rispetto allo spazio intersoggettivo nel quale l'individuo si trova a vivere.

Sotto il profilo adattivo, le funzioni emotive ed affettive, orientano quindi, i processi cognitivi, in particolare l'apprendimento e l'attenzione, fornendo a tali processi una valutazione soggettiva che ne condiziona anche le modalità con cui vengono espressi agli altri nell'ambito delle relazioni significative.

Sintetizzando e precisando quanto detto fino ad adesso, in accordo con le teorizzazioni e le ricerche di Watson, Fonagy e la Crittenden, l'attaccamento risulta assolvere nei confronti delle emozioni le seguenti funzioni:

1. Differenziare ed organizzare una gamma di emozioni di base;
2. Modulare progressivamente l'intensità, la durata e la frequenza degli stati emotivi;
3. Organizzare il flusso senso motorio in sentimenti sempre più orientati, consentendo l'acquisizione di una organizzazione soggettiva del dominio emozionale.

Le dimensioni dell'attaccamento particolarmente coinvolte nella strutturazione delle organizzazioni di significato personale risultano essere la prevedibilità/non

prevedibilità dell'atteggiamento della figura accidentata, con conseguente focus sulle emozioni di base o auto valutative e poi la reciprocità della comunicazione tra accidentata e accaduto che può essere prevalentemente fisica negli inward, con livelli più bassi o più alti di interazione, oppure semantica negli outward. La reciprocità fisica tra accidentata e accaduto si realizza nella maggiore o minore distanza fisica, nella disponibilità del caregiver in termini di protezione o distacco; la reciprocità semantica invece si realizza in termini di approvazione, di esplicitazione di regole e di valori di riferimento.

Le emozioni risultano pertanto alla base della strutturazione delle organizzazioni di significato personale inoltre, in un'ottica evuzionista costituiscono le prime fasi dell'operare dei sistemi motivazionali (Liotti, 2005). Tali sistemi di comportamento sono conseguenti alla forte dipendenza del piccolo umano al contesto relazionale e assolvono pertanto alla funzione di stimolare la ricerca e l'ottenimento delle risposte adeguate alle necessità individuali. Sulla base della tripartizione del cervello dei primati formata dalla sovrapposizione tra complesso rettiliano, sistema limbico e neocorteccia, viene descritta una stratificazione a tre livelli delle spinte motivazionali: il livello delle motivazioni rettiliane quali l'alimentazione, l'esplorazione dell'ambiente fisico circostante, la territorialità, la predazione; il secondo livello è quello delle motivazioni sociali "limbiche" come attaccamento, accudimento, accoppiamento sessuale durevole, competizione per il rango, cooperazione paritetica; infine il terzo livello delle motivazioni puramente "neocorticali" che consente di ordinare e rendere coese tutte le informazioni o conoscenze legate all'operare dei sistemi motivazionali evolutivamente più antichi. Le operazioni consentite dai sistemi motivazionali neocorticali permette una coerente visione di sé, degli altri e del mondo (Liotti, 2009).

Tali sistemi vengono attivati in risposta ai segnali comunicativi esterni quali posture aggressive, o espressioni sottomissione, sorrisi, lacrime che esprimono richiesta di vicinanza e aiuto ecc., che vengono emessi da un altro essere umano. Viene inoltre riconosciuta una continuità, piuttosto che una contrapposizione, tra predisposizioni innate e realtà ambientali in cui tali predisposizioni sono agite (Liotti & Iannucci 1993).

Tali sistemi motivazionali cooperano tra loro orientando il comportamento verso il conseguimento di uno scopo ben definito nell'ambito di un determinato assetto relazionale. Dato che le relazioni con gli altri significativi sono indispensabili per sopravvivere e maturare, i sistemi motivazionali che consentono la costruzione e il mantenimento di questi rapporti hanno un ruolo centrale.



## **CAPITOLO 4**

### **LA RICERCA**

#### **4.1 Obiettivi della ricerca**

L'indagine impostata secondo le considerazioni teoriche prese in esame nei capitoli precedenti si configura come un intervento di prevenzione secondaria in ambito sanitario che pone il focus sulla dimensione individuale e su variabili personali, che vanno ad incidere e a loro volta sono influenzate, in un processo circolare, dalla qualità delle relazioni interpersonali esperite nel contesto lavorativo.

In particolare la domanda di partenza dell'intervento descritto nel presente capitolo, che è stata delineata nella introduzione al presente elaborato, è *quanto* le difficoltà nelle relazioni tra professionisti del settore sanitario incidano su stati di maggiore o minore malessere lavorativo.

L'ambito circoscritto pertanto è quello del rischio psicosociale

. La considerazione dell'importanza dei rischi psicosociali alimenta un dibattito in merito alla possibile valutazione degli stessi. Infatti, se la determinazione del danno conseguente all'esposizione ad uno stimolo ambientale dannoso risulta facilmente quantificabile, non altrettanto accade per la valutazione dell'effetto di un determinato carico di lavoro o di determinate variabili del contesto relazionale su uno specifico individuo. I pericoli di tipo fisico tendono ad avere conseguenze sempre negative e immediatamente osservabili. Lo stesso non accade per i pericoli psicosociali: gli effetti derivanti da una esposizione ad un evento stressante possono rimanere latenti per un lungo periodo e non sempre è possibile indicarne la valenza sugli individui. Ad esempio, se variabili quali l'autonomia e il controllo sul proprio lavoro a certi livelli emergono come aspetti positivi per la salute psicologica del lavoratore, a livelli eccessivi possono essere indice di scarsa chiarezza e definizione dei ruoli, entrambi riconosciuti come potenziali pericoli a livello organizzativo.

Una ulteriore importante considerazione è quella che riconosce la totale o parziale determinazione dei rischi psicosociali da parte della personale percezione delle persone. Mentre ogni pericolo fisico ha una rilevabile connessione con un infortunio o una malattia diagnosticata tramite specifici sintomi, non è sempre chiaro

quali siano gli effetti dell'esposizione ai rischi psicosociali. Questi si possono manifestare sotto forma di stati emotivi (depressione, ansia o irritabilità), così come stati affettivi (scarsa soddisfazione lavorativa, scarso impegno sul lavoro) o sintomi psicosomatici quali emicranie, insonnia, dolori muscolo-scheletrici (Cox & Griffiths, 1996).

Le linee interregionali fornite dal comitato tecnico costituito specificatamente (Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro, 2010), per chiarire alcuni dubbi metodologici, individuano altre differenze tra le diverse categorie di rischi, sottolineando l'importanza di quelli legati allo stress lavorativo:

- Nel caso dello stress lavorativo il rischio sussiste sempre. Anche se esistono settori e mansioni a più alto rischio, non è corretto definire aprioristicamente quali sono i luoghi di lavoro a rischio in base alla tipologia produttiva, escludendo altri dal processo di valutazione. Ne deriva che in tutte le aziende deve essere fatta una valutazione del rischio.
- Se il fine della valutazione è intervenire preventivamente, la valutazione stessa non può limitarsi all'osservazione di indicatori soggettivi od oggettivi che dimostrino la presenza o l'assenza di stress lavoro-correlato, ma si deve addentrare ad analizzare proprio gli aspetti dell'organizzazione del lavoro che possono essere affrontati e migliorati con azioni correttive.
- A differenza di altri rischi per la salute e la sicurezza, la valutazione del rischio stress deve basarsi sulla partecipazione effettiva dei lavoratori, attraverso un processo di coinvolgimento degli stessi e/o dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i quali devono essere consultati dalle fasi iniziali dell'intervento fino all'individuazione delle misure correttive.

Il dibattito inerente il rischio si concentra inoltre su elementi di oggettività e di soggettività, in seguito anche alla considerazione che eventuali misure di correzione adottate a livello del contesto, potrebbero comunque risultare inefficaci ai fini del miglioramento della situazione di malessere individuale (Magnani & Majer, 2011). In particolare, l'Accordo Quadro Europeo del 2004 (Framework Agreement on

Work-Related Stress) al quale si riferisce il Decreto legislativo 81/08 pone l'accento sulla dimensione individuale del costrutto di *work-related stress*, arrivando quindi ad affermare come individui diversi possano reagire in modo differente a situazioni simili. Inoltre, è importante sottolineare come risulti rilevante misurare non tanto "il livello di stress", quanto il *rischio di stress*, ovvero la probabilità di incorrere in condizioni patologiche con conseguenze evidenti sullo stato di salute individuale e organizzativo. E' necessario che tale valutazione confronti due aspetti distinti del sistema organizzativo: da un lato, le difficoltà percepite e caratterizzanti il contesto di riferimento, dall'altro le risorse che il gruppo dei lavoratori possiede per far fronte alle stesse. Quindi risulta importante la *stima della probabilità* che certe fonti di pressione sul lavoro (generali o specifiche) indeboliscano le risorse dei dipendenti fino a costituire un effettivo danno psicofisico o un infortunio personale. Queste premesse sono indispensabili ai fini della comprensione dell'importanza del filtro soggettivo nell'interpretazione dell'ambiente di lavoro e degli strumenti da utilizzare per una corretta valutazione del rischio stress lavoro-correlato.

In particolare nell'ambito sanitario, il dibattito sulla formazione continua, ai fini del raggiungimento di standard di qualità, ha spostato l'attenzione da conoscenze di tipo tecnico alle abilità di tipo relazionale che dovrebbero contraddistinguere i singoli professionisti, chiamati a muoversi in un contesto in continuo cambiamento e che assume caratteristiche di complessità crescente. Le situazioni che i sanitari si trovano a vivere quotidianamente coinvolgono e sollecitano i singoli non solo da un punto di vista razionale e cognitivo ma anche da un punto di vista emotivo e richiedono una gestione e un'attenzione anche a tale componente dell'esperienza individuale, che inevitabilmente si ripercuote sulle relazioni tra colleghi e sul clima organizzativo. Alcune *professioni* possono essere definite come *emozionali* in quanto ai professionisti è richiesto di gestire i propri vissuti interni al fine di mostrare un'espressione esterna che sia connotata da emozioni in accordo con le richieste dell'ambiente circostante (Hochschild, 1983). In una ricerca condotta nei servizi di polizia (Gelderen et al., 2011) è stato evidenziato come al fine di mostrare un'espressione professionale e raggiungere gli obiettivi organizzativi, gli operatori di polizia hanno la necessità di sopprimere i propri vissuti emotivi oppure di mostrare emozioni che in realtà non vivono. Tale stato di discrepanza tra emozioni vissute e

emozioni mostrate è chiamata dissonanza emotiva, che è considerata dannosa per il benessere psicologico individuale (Heuven & Bakker, 2003). Inoltre altre ricerche (Kruml & Geddes, 2000; Zapf, 2002) hanno mostrato come tale dissonanza sia legata a vissuti di esaurimento emotivo e depersonalizzazione.

La soppressione dei propri vissuti emotivi può avere tre diversi effetti sul benessere personale (Gelderen et al., 2011) il primo dei quali è l'aumento della attività del sistema simpatico e quindi una amplificazione del vissuto negativo collegato all'emozione. Il secondo effetto negativo è il costo cognitivo conseguente alla necessità di investire risorse nel processo stesso di darsi istruzioni al fine di gestire il percorso di inibizione del vissuto emotivo (Gross, 2002). Il terzo effetto è quello di incidere negativamente nelle relazioni interpersonali in conseguenza della non condivisione dei propri vissuti emotivi (Gross, 2002).

L'esperienza della dissonanza emotiva viene sperimentata in contesto clinico, all'interno della relazione terapeuta paziente, qualora il primo sperimentati vissuti che risultano non in sintonia con i contenuti emotivi espressi dal paziente in merito a specifiche esperienze passate, oppure qualora la risposta emotiva del terapeuta rischi di risultare incongruente con i comportamenti del paziente, volti ad ottenere una specifica risposta. Emerge così l'importanza, al fine del ristabilimento dell'equilibrio e della congruenza emotiva, della sempre crescente acquisizione della consapevolezza circa il proprio stile affettivo e l'affinamento sia delle capacità meta cognitive, che ci consentono di inferire gli stati mentali altrui, sia dell'autoriflessività, come capacità di guardarsi in terza persona.

Lo stato di salute dei professionisti della sanità è stato prevalentemente rilevato secondo le dimensioni indagate dal Maslach Burn out Inventory che evidenzia vissuti problematici stabilizzati che in realtà sono esito di un processo che coinvolge l'individuo e il suo contesto di azione. La presente ricerca ha voluto porre l'accento su tale processo che può condurre allo stabilirsi di una condizione di esaurimento emotivo e depersonalizzazione. L'attenzione si è posta sulla rilevazione di livelli di stress percepito e strategie di coping adottate. In particolare un ruolo determinante nello stabilirsi di una relazione individuo- ambiente ad alto o basso contenuto di stress è giocato da variabili personali che filtrano gli scambi tra i due interlocutori in questione.

Le caratteristiche individuali di modalità di gestione delle emozioni e di relazione con il contesto fisico e dei legami interpersonali incidono sulla percezione degli stressors incontrati. In una recente ricerca che ha indagato le caratteristiche del lavoro, la personalità e sintomi post traumatici da stress (Balducci et al., 2011) è stato evidenziato il ruolo predisponente di alti livelli di nevroticismo, che incidono sulla reattività agli stressors e sulla probabilità di diventare vittime di prepotenze e intimidazioni nel contesto lavorativo. I meccanismi che possono spiegare l'effetto del nevroticismo sul consolidamento della relazione di prevaricazione nel contesto lavorativo sono molteplici, uno di questi può essere l'assunzione da parte dei lavoratori, con alto livello di nevroticismo, di comportamenti noiosi che sollecitano condotte di prevaricazione da parte degli altri (Bowling et al., 2010).

Veniamo adesso alla ricerca condotta con medici e infermieri delle tre Aziende Ospedaliere di Parma, Cremona e Vignola

Il primo obiettivo dell'indagine è stato quello di delineare un quadro descrittivo dello stato di salute degli operatori sanitari rilevando il livello di stress percepito, le strategie di coping utilizzate e le modalità di regolazione delle emozioni. Si sono intese inoltre individuare le distinte organizzazioni di significato personale dei componenti del nostro campione. Quindi ci si è proposti di rilevare la variabilità nelle modalità di regolazione delle emozioni e di fronteggiamento dello stress conseguente ad una specifica organizzazione personale. In particolare si è ipotizzato che in persone appartenenti ad organizzazioni di significato personale *inward* (controllante, distaccata), nelle quali prevale una modalità di emozionarsi calda e più viscerale, si rilevi una tendenza all'utilizzo della suppression come modalità di regolazione emotiva. Per le organizzazioni *outward* (contestualizzata, normativa), che si riconoscono invece in una modalità più fredda e cognitiva di emozionarsi, ovvero maggiormente legata alla valutazione dell'altro e del contesto, si può ipotizzare un maggiore ricorso al reappraisal, al fine di gestire i propri vissuti emotivi (Liccione, 2011). Ci aspetteremmo inoltre, una possibile correlazione tra modalità passive di fronteggiamento del problema quali *evitamento del problema* e *disagio emotivo* e strategie di *inibizione* del vissuto emotivo e un'altra possibile correlazione tra *rielaborazione cognitiva* delle emozioni e strategie attive di coping, ovvero *risoluzione del problema* e *richiesta di supporto sociale*.

## 4.2 Il campione

### 4.2.1 Caratteristiche anagrafiche: città, genere, età, ruolo, anzianità, tipologia contrattuale

Il campione della ricerca è composto da 231 professionisti ed afferiscono a tre aziende ospedaliere (figura 4.1): 99 (42.9%) operano presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, 87 (37.7%) appartengono agli Ospedali Riuniti di Cremona, 45 (19.5%) sono operatori della Azienda Ospedaliera di Vignola, nella provincia di Modena.

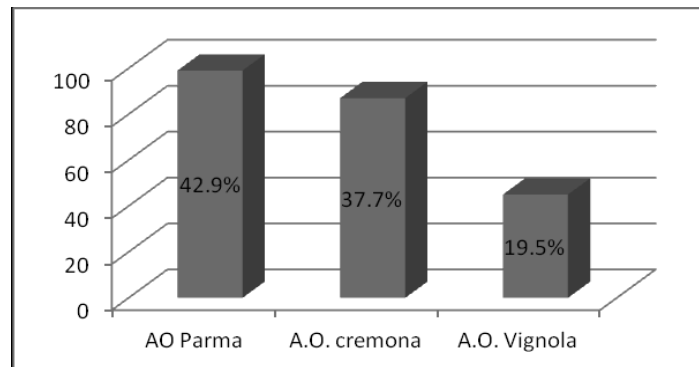


Figura 4.1 – Appartenenza aziendale dei membri del campione

Rispettivamente 155 (67.1%) sono professioniste donne, 76 (32.9%) sono operatori uomini.

L'età media di 44.1 anni (DS=10.5) è piuttosto elevata.

Del totale rispettivamente 156 (67.5%) sono infermieri e 75 (32.5%) medici. Tra gli infermieri 16 (6.9% del campione totale) rivestono il ruolo di coordinatori.

L'anzianità aziendale media è di 15.7 anni (DS=10.1), mentre l'anzianità dipartimentale è di 10.4 anni (DS=8.7), che rileva un basso livello di turn over tra i professionisti coinvolti nella ricerca.

Analizzando più in dettaglio i raggruppamenti dei professionisti per anzianità aziendale (fig 4.2) osserviamo che un'importante numerosità del nostro campione si colloca nell'intervallo che comprende le prime due fasce di anzianità, da 0-9 e 10-19 anni, rispettivamente 74 (32%) e 64 (27.7%).

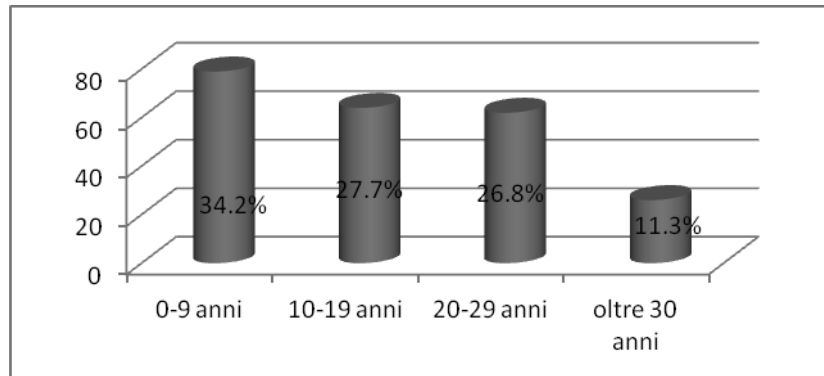


Figura 4.2- Anzianità aziendale dei lavoratori

Osservando il dettaglio delle distribuzioni dei nostri professionisti per quanto concerne l'anzianità dipartimentale (fig.4.3) si rileva una analoga distribuzione nelle prime due fasce ovvero tra 0-9 anni rispettivamente 122 (52.8%) professionisti e tra 10-19 anni un totale di 66 (28.6%) soggetti.

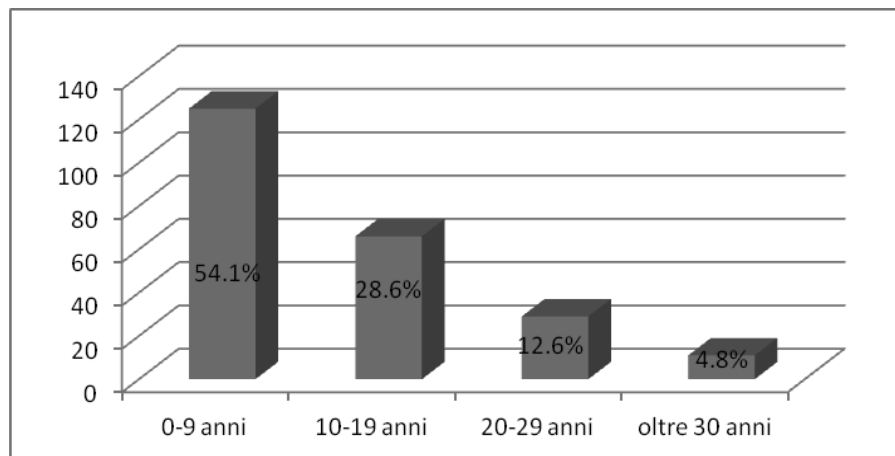


Figura 4.3 – Anzianità dipartimentale

Nel campione complessivo riscontriamo, a livello contrattuale, un profilo dominato da una numerosità elevata di contratti a tempo indeterminato che sono 193 (83%), quindi 20 contratti part time a tempo indeterminato (8.7%) e infine 17 contratti a tempo determinato (7.4%).

#### 4.2.2 Specialità mediche

Le specialità mediche rappresentate sono riportate nel grafico di seguito (fig.4.4). La suddivisione utilizzata per raggruppare le discipline è la seguente:

- **cardionefropolmonare:** anestesia e terapia intensiva cardiocirurgica, cardiocirurgia, cardiologia, clinica e immunologia medica, clinica pneumologica, day hospital pneumologico, fisiopatologia respiratoria, funzionalità polmonare, lungodegenza pneumologica, nefrologia, pneumologia ed endoscopia toracica, semeiotica medica.
- **chirurgia:** anestesia, rianimazione e terapia antalgica, chirurgia plastica e centro ustioni, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, clinica chirurgica e terapia chirurgica, clinica chirurgica e trapianti d'organo, clinica ortopedica, day surgery, ortopedia, patologia dell'apparato locomotore, urologia.
- **emergenza urgenza:** anestesia e rianimazione, centrale operativa del 118, chirurgia d'urgenza, medicina interna, neurochirurgia, neuro traumatologia, pronto soccorso e medicina d'urgenza.
- **geriatrico riabilitativo:** clinica geriatrica, geriatria, lungodegenza critica, medicina riabilitativa.
- **materno infantile:** la chirurgia pediatrica, la clinica pediatrica, l'ostetricia e ginecologia, la pediatria e la oncoematologia.
- **polispecialistico:** la gastroenterologia, medicina interna a indirizzo angiologico e coagulativo, medicina interna e reumatologia.
- **neuroscienze:** la neurochirurgia, la neurologia e la neuroradiologia.
- **onco ematologico internistico:** anatomia e istologia patologica, dermatologia, ematologia, centro trapianti midollo osseo, oncologia medica e radioterapia.
- **radiologia e diagnostica per immagine:** la medicina nucleare e la radiologia.
- **testa collo:** l'oculistica e l'otorinolaringoiatria.



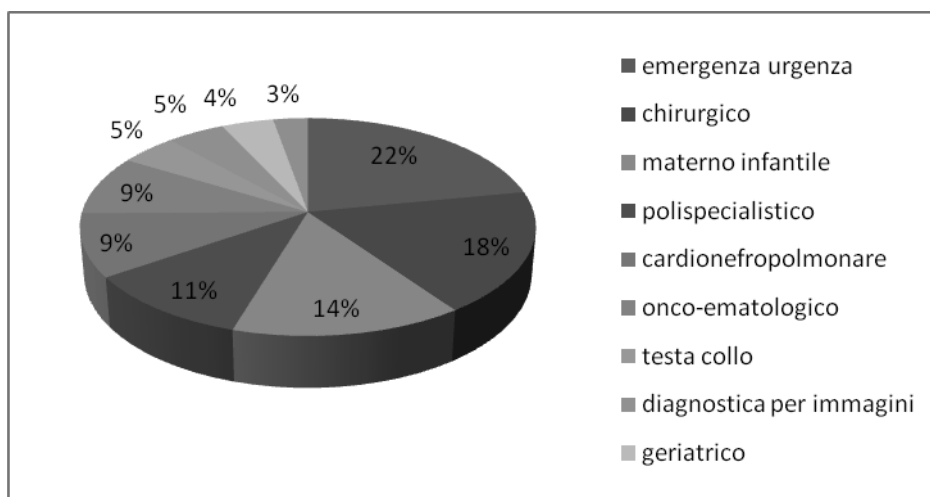


Fig. 4.4 – Le specialità mediche del campione

Le specialità maggiormente presenti sono quelle afferenti al raggruppamento dell'emergenza urgenza 47 (20.3%), seguite dalla chirurgia 39 (16.9%). Quindi rileviamo una numerosità importante tra i professionisti dell'area materno infantile di 31 unità (13.4%) e a seguire i professionisti delle discipline afferenti al polispecialistico che sono 23 (10.4%).

#### 4.2.3 Un confronto tra i tre distinti raggruppamenti aziendali

Confrontando i raggruppamenti dei nostri professionisti per afferenza aziendale non si sono evidenziate differenze statisticamente significative (Anova).

Le donne risultano la percentuale più elevata nei tre sottogruppi.

I valori medi delle età anagrafiche risultano uniformi e sono rispettivamente 43.9 per gli operatori dell'ospedale di Parma, 44.9 per gli operatori dell'ospedale di Cremona e 42.9 per gli operatori dell'Ospedale di Vignola. Inoltre la tipologia di contratto maggiormente presentata è quella del tempo pieno indeterminato. I valori rispettivamente della anzianità lavorativa e di afferenza dipartimentale sono simili nei professionisti delle tre aziende. E' possibile riscontrare una differenza per quanto concerne la anzianità aziendale: medici e infermieri dell'ospedale di Cremona e di Vignola risultano da più tempo appartenere alla propria struttura (17.4 anni) rispetto ai loro colleghi della azienda ospedaliera di Parma che presentano una anzianità aziendale di 13.4 anni.

Osserviamo le distribuzioni per anzianità all'interno delle singole strutture (fig.4.5) e rileviamo che mentre nell'azienda parmigiana gli operatori sono maggiormente distribuiti nelle due fasce di anzianità che vanno dagli 0-9 anni e 10-19, i colleghi di Cremona e Vignola tendono a distribuirsi nelle due fasce che vanno da 10-19 e da 20-29.

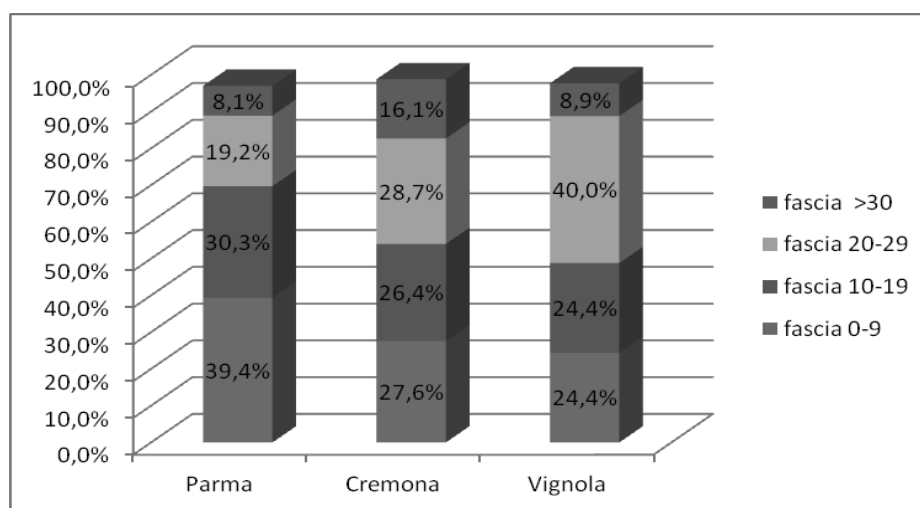


Fig. 4.5 – Anzianità lavorativa/città di appartenenza

Per quanto riguarda il ruolo, la numerosità maggiore dei medici è tra i professionisti di Parma che sono 48 (48.5%), mentre sono assenti totalmente nel gruppo di Vignola. Se confrontiamo i tre campioni, mentre gli infermieri risultano aver aderito in percentuale maggiore a Cremona e a Vignola a Parma sono i medici che hanno mostrato un livello maggiore di adesione alla ricerca. I coordinatori, quindi infermieri che assumono un ruolo dirigenziale, sono maggiormente presenti nel gruppo dell'azienda ospedaliera di Parma con una numerosità di 10 (10%).

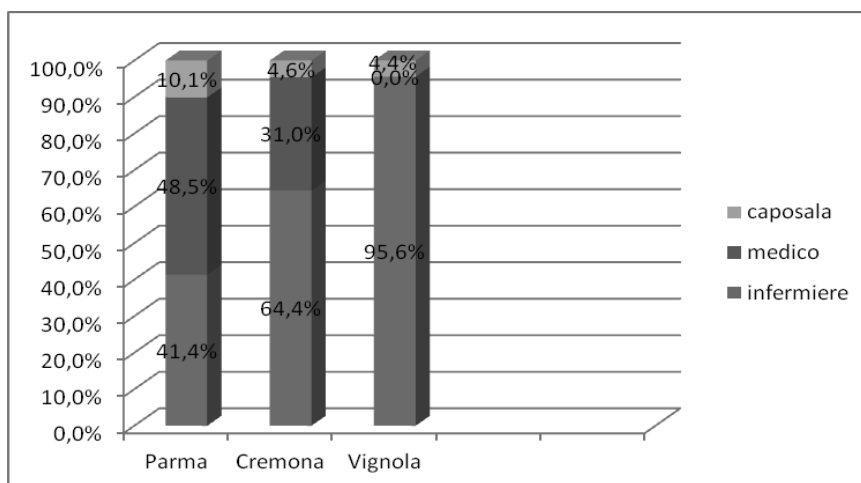


Fig. 4.6 – Ruoli professionali per città

Infine osserviamo le discipline (tabella 4.1) alle quali afferiscono i professionisti nelle tre aziende e vediamo che in particolare gli specialisti dell'ospedale di Vignola afferiscono a discipline riunite sotto i tre ambiti dell'emergenza urgenza (35.6%), del chirurgico (33,3%) e del polispecialistico (17,7%). Il campione dell'ospedale di Cremona comprende prevalentemente le specialità afferenti al settore dell'emergenza urgenza (23%), del materno infantile (23%), del chirurgico (18.4%). Il campione dell'azienda ospedaliera di Parma, composto da una maggiore numerosità di discipline, presenta una concentrazione maggiore di operatori nel settore chirurgico (23.2%), quindi materno infantile (11.1%), infine nella diagnostica per immagini (10.1%) e a seguire le diverse discipline in proporzione minore.

	Parma	Cremona	Vignola
cardionefro	(9) 9,1%	(11) 12,6%	
chirurgico	(8) 8,1%	(16) 18,4%	(15) 33,3%
geriatrico	(8) 8,1%	(1) 1,1%	
testa-collo	(6) 6,1%	(4) 4,6%	
polispecialistico	(23) 23,2%		(8) 17,7%
onco-ematologico	(7) 7,1%	(12) 13,8%	
medicina interna	(1) 1%		
materno-inf.	(11) 11,1%	(20) 23%	
neuroscienze	(6) 6,1%		
emergenza urgenza	(8) 8,1%	(23) 26,4%	(16) 35,6%
diagnostica per immagini	(10) 10,1%		
dati mancanti	(2) 2%		(6) 13,4%
TOTALE	(99) 100%	(87) 100%	(45) 100%

Tabella 4.1 – Specialità mediche per città

### 4.3 Gli strumenti

#### 4.3.1 L'Emotion Regulation Questionnaire

L'Emotion Regulation Questionnaire di recente validato in contesto italiano (Balzarotti et al., 2010) è un questionario self report. E' composto da 10 items che consentono di individuare due distinte strategie di regolazione delle emozioni: il reappraisal cognitivo (6 items) e l'inibizione dell'espressione emotiva (4 items). Un esempio di item relativo alla ristrutturazione cognitiva è "*Per sentirmi meglio, cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa*", mentre un esempio di item inerente l'inibizione dell'emozione è "*Controllo le mie emozioni non esprimendole*".

Le istruzioni che vengono fornite ai fini della compilazione del questionario chiedono al soggetto di dire quanto le affermazioni che riguardano la sua vita

emotiva e in particolare la sua modalità di controllare, ovvero regolare e gestire, le emozioni corrispondano alla sua condotta abituale. Le risposte sono date su una scala likert a 7 punti, che individua un continuum da un livello di totale disaccordo ad uno di totale accordo (1= disaccordo totale, 7= accordo totale).

#### **4.3.2 L'Health Professions Stress and Coping Scale**

Il questionario (Ripamonti, Steca, Prunas, 2007) è stato sviluppato al fine di valutare lo stress percepito e rilevare le strategie di coping di professionisti del contesto sanitario. E' uno strumento di tipo auto-valutativo, che prevede una forma specifica per i medici e una per i professionisti sanitari. Vengono proposte situazioni lavorative potenzialmente stressanti e sono prese in considerazione aree e situazioni problematiche, sia comuni ai diversi ruoli come *“Avere un paziente in grave pericolo di vita”*, sia specifiche come *“Avere la necessità di comunicare al paziente una diagnosi infausta”*, che è pertinente alla figura del medico, oppure *“Danni imprevisti all'equipaggiamento sanitario del suo reparto rendono difficoltoso l'espletamento delle sue mansioni”*, che è pertinente al professionista sanitario.

Per ciascuna delle situazioni proposte, al compilatore viene richiesto di indicare il livello di stress ad essa associato su una scala Likert a 4 punti (0=per nulla, 1=poco, 2=abbastanza, 3=molto), quindi è richiesto di indicare, utilizzando la stessa scala di risposta, la frequenza con cui utilizza ciascuna delle quattro strategie di coping proposte.

Le strategie di coping selezionate sulla base della letteratura fanno riferimento a:

- Coping centrato sulla soluzione del problema (*Soluzione del problema*), caratterizzato dal tentativo di affrontare la situazione problematica, cercando le soluzioni più adeguate e facendo ampio ricorso a risorse ed esperienze personali. Sono esempi di risposta relativi a questa strategia di coping *“Cerco di trovare soluzioni efficaci”* e *“Opero con i mezzi che ho a disposizione”*;
- Coping centrato sulla richiesta di supporto sociale (*Richiesta di supporto sociale*), contraddistinto dalla tendenza a ricercare il sostegno, il consiglio e l'aiuto di altre persone per risolvere la situazione problematica. Due esempi di risposta relativi a questa modalità sono: *“Cerco l'aiuto dei colleghi”* e *“Mi consiglio con un collega che stimo”*;

- Coping centrato sul disagio emotivo (*Disagio emotivo*), caratterizzato dalla tendenza a reagire fortemente a livello emotivo di fronte al problema e dall'incapacità a gestire e controllare adeguatamente le proprie emozioni. Alcuni esempi di risposta che rientrano in tale strategia sono: “*Ho difficoltà a controllare le mie emozioni*” e “*Entro in uno stato di forte agitazione*”;
- Coping centrato sull'evitamento del problema (*Evitamento del problema*), contraddistinto dalla tendenza a cercare di evitare la situazione problematica a livello cognitivo o comportamentale. Sono esempi di risposta relativi a tale strategia di coping: “*Evito di pensarci*” e “*Delego la soluzione del problema a un mio diretto superiore*”.

La scala per *infermieri* è composta da 19 item che descrivono altrettante situazioni che fanno riferimento a cinque aree potenzialmente problematiche in ambito sanitario:

- *Emergenza clinica*, riferita a tutte quelle situazioni di elevata emergenza, quale un repentino peggioramento della condizione clinica del paziente, rischio o effettiva morte del paziente. Un esempio delle situazioni proposte è “*Avere un paziente in grave pericolo di vita*” (item: 2, 6, 7, 8);
- *Attacco personale*, che comprende situazioni di attacco, diretto o indiretto, o di comportamento sleale rivolti all'infermiere da parte di colleghi, superiori o familiari dei pazienti. E' costituita da situazioni quale “*La sua richiesta di aiuto a un collega non viene accolta per motivi che non le vengono spiegati*” (item: 1, 3, 5, 11).
- *Imprevisti organizzativi*, scala relativa a situazioni di improvvise difficoltà sul versante organizzativo che compromettono il normale espletamento delle proprie mansioni o interferiscono con la propria vita privata. E' costituita da situazioni come, per esempio, “*Danni imprevisti all'equipaggiamento sanitario del suo reparto rendono difficoltoso l'espletamento delle sue mansioni*” (item: 14, 17, 19).
- *Svalutazione personale*, che considera le situazioni in cui l'infermiere ha la sensazione che le proprie richieste, i suggerimenti proposti e le proprie necessità di formazione non vengano ascoltati dal resto del personale o dai superiori. E' costituita da situazioni quale ad esempio “*Le viene negata la*

*possibilità di aggiornamento professionale che viene concessa ad altri”* (item: 10, 12, 13).

- *Relazioni problematiche con pazienti e familiari*, riferita a situazioni caratterizzate da problemi nei rapporti con il paziente o con i suoi familiari, che rendono più difficoltoso o ostacolano lo svolgimento regolare dell’attività lavorativa. E’ costituita da situazioni come, per esempio, “*Avere pazienti che provengono da una realtà socioculturale diversa dalla sua*” (item: 4, 9, 15, 16, 18).

La forma per *medici* è composta da 23 item, ovvero 23 situazioni, riferite a cinque aree, in particolare comprendenti un maggior numero di situazioni di cura e relazione con il paziente, al fine di riflettere la maggiore complessità in termini di attività e responsabilità che caratterizza l’operato medico rispetto a quello infermieristico.

Ecco di seguito le aree prese in esame:

- *Emergenza clinica*, relativa a situazioni caratterizzate da elevata emergenza clinica o repentino peggioramento della condizione del paziente. E’ costituita da situazioni come, per esempio, “*Un repentino e inaspettato peggioramento del quadro clinico del paziente*” (item: 1, 7, 8).
- *Attacco personale e imprevisti organizzativi*, che racchiude situazioni di attacco o di comportamento sleale da parte di colleghi, superiori o familiari dei pazienti e situazioni caratterizzate da improvvise difficoltà organizzative che compromettono il normale svolgimento del proprio lavoro o interferiscono con la propria vita privata. E’ costituita da situazioni quale ad esempio “*Le vengono meno i mezzi e le risorse necessari per svolgere adeguatamente il suo lavoro*” (item: 3, 5, 10, 12, 18, 20, 23).
- *Svalutazione personale*, che riguarda situazioni in cui il medico ha la sensazione che le proprie richieste, necessità di formazione e il proprio avanzamento di carriera non trovino il sostegno o vengano ostacolati dal resto del personale o dai superiori. E’ costituita da situazioni come, per esempio, “*Incontra difficoltà impreviste che ostacolano il suo avanzamento professionale*” (item: 11, 13, 14, 17).
- *Relazioni problematiche con i pazienti*, relative a situazioni contraddistinte da problemi nella relazione e nella prestazione delle attività di cura al paziente.

E' costituita da situazioni come, per esempio, *“Il paziente esprime una forte angoscia nella separazione dai familiari”* (item: 4, 9, 16, 22).

- *Confronto con la morte*, che si riferisce a situazioni di malattia grave o cronica del paziente, di comunicazione di diagnosi molto negative o di effettiva morte del paziente. E' costituita da situazioni come, per esempio, *“Avere la necessità di comunicare al paziente una diagnosi infausta”*(item: 2, 6, 15, 19, 21).

Sia nella forma per gli infermieri sia in quella per i medici è possibile calcolare lo stress percepito e le strategie di coping riferiti sia alla totalità delle situazioni, sia circoscritto alle cinque aree sopra descritte. La somministrazione è possibile sia individualmente sia in gruppo. I punteggi grezzi delle scale devono essere convertiti in punteggi standard: le scale sono espresse in punti T con media 50 e deviazione standard pari a 10.

I livelli di stress possono variare quindi secondo un range che identifica:

$T < 35$ : molto basso

$35 \leq T < 45$ : basso

$45 \leq T < 55$ : medio

$55 \leq T < 65$ : elevato

$T \geq 65$ : molto elevato

I punteggi relativi alle strategie di coping sia per la scala in generale, sia per le cinque aree specifiche identificano livelli diversi di frequenza con la quale i professionisti ricorrono alle modalità di fronteggiamento:

$T < 35$ : molto di rado;

$35 \leq T < 45$ : poco;

$45 \leq T < 55$ : mediamente;

$55 \leq T < 65$ : di frequente;

$T \geq 65$ : molto di frequente.

#### **4.3.3 Il Mini questionario sulle Organizzazioni Personali di Significato**

Il questionario auto valutativo è composto da 20 item ed è stato progettato a partire dalla dimostrazione di differenze significative nella attivazione emozionale tra



soggetti inward e outward. In particolare il questionario indaga tre assi invarianti dell'attaccamento ovvero la prevedibilità/non prevedibilità della figura accidentata, la reciprocità fisica e la reciprocità semantica tra accidentata e accidentato arrivando a definire 4 diverse tipologie di funzionamento e di immagine di sé. Gli item descrivono stati d'animo provati in situazioni specifiche e consentono di indagare, secondo la prospettiva costruttivista post-razionalista la chiusura organizzativa principale (Arimatea et al. 2009).

Le 4 scale che compongono il questionario sono pertanto:

1. **Scala contestualizzata:** individua un funzionamento sul versante outward, relativo ad un'alta reciprocità semantica. Le domande approfondiscono temi di adeguatezza, ricerca di approvazione personale e del proprio punto di vista, atteggiamenti verso una disapprovazione o una critica esterna alla propria persona o al proprio valore. I soggetti contestualizzati tendono a mettere in relazione le emozioni di adeguatezza-inadeguatezza e vergogna con i risultati che raggiungono e vivono quasi tutte le situazioni come giudizio, dedotto da ciò che gli altri possono pensare (item: 1, 5, 9, 13, 17).
2. **Scala normativa:** individua ancora un funzionamento sul versante outward incentrato su parametri esterni di adesione a criteri e a norme, essendo questa una organizzazione di personalità basata su una reciprocità semantica bassa con la figura di accidentato. I temi che contraddistinguono questa organizzazione sono l'equità, l'adesione alle norme, l'impegno e la giustizia. In tutti i soggetti outward la reciprocità che si struttura a livello semantico determina la preferenza del canale cognitivo su quello emotivo, mentre l'adeguatezza viene riconosciuta non direttamente dal giudizio esterno, ma attraverso l'adesione a norme e principi (item: 3, 7, 11, 15, 19).
3. **Scala controllante:** individua un funzionamento sul versante inward basato su un'alta reciprocità fisica. I temi predominanti sono la protezione, il controllo e la libertà, intesa come controllo di una situazione, come movimento in senso fisico e come movimento in senso astratto. Il controllo che si agisce è identificato come potenziale fonte di costrizione e percezione di non affidabilità dell'altro. L'alta reciprocità fisica si intende sia come controllo dell'altro, che altrimenti viene percepito come non affidabile, sia

come controllo sulle situazioni. Questi soggetti tendono ad avere una percezione dei propri stati fisici che prevale sulle proprie sensazioni emotive ed usano i primi per rappresentare le seconde, ponendo l'attenzione prevalentemente su elementi di fisicità dei propri vissuti (item: 2, 6, 10, 14, 18).

4. **Scala distaccata:** Individua un funzionamento inward basato su una bassa reciprocità fisica. Sono predominanti stati emotivi che fanno riferimento a contesti e situazioni di solitudine e distacco. Viene messo in rilievo l'evitamento di contenuti emotivi negativi in situazioni di solitudine percepita come ineluttabile, di difficoltà, di distanza da parte degli altri. Questa modalità, essendo a messa a fuoco interna, è stata valutata come percezione di una tendenza interna al distacco piuttosto che come conseguenza di atteggiamenti negativi esterni (item: 4, 8, 12, 16, 20).

#### **4.4 La procedura**

La raccolta dei dati di seguito presentati è stata svolta nell'arco di circa un anno a partire da ottobre 2010 fino a novembre 2011. I questionari sono stati distribuiti ai professionisti dai propri responsabili durante il turno lavorativo in azienda. La compilazione, che richiedeva circa 20' di tempo, è stata pertanto realizzata secondo una modalità individuale. Il protocollo preparato prevedeva una breve presentazione della ricerca, concordata con la direzione aziendale, quindi facevano seguito i tre questionari. L'intervallo di tempo tra la distribuzione del protocollo e la raccolta è stato di circa un mese.

## **4.5 Analisi dei dati: statistiche descrittive**

La prima fase dell'analisi dei dati ha consistito nella valutazione della struttura fattoriale e delle proprietà psicometriche degli strumenti utilizzati, attraverso il supporto del software SPSS18.

In particolare ho effettuato, a fini esplorativi, una analisi fattoriale esplorativa, il calcolo del coefficiente alpha di Cronbach e un'analisi fattoriale confermativa sull'Emotion Regulation Questionnaire.

Quindi, mi sono limitata al calcolo del coefficiente alpha di Cronbach sulla Health Profession Stress and Coping Scale, che è uno strumento già validato in contesto italiano.

Per il Mini Questionario sulle Organizzazioni di Significato Personale ho proceduto con l'effettuazione di un'analisi fattoriale confermativa e con il calcolo dell'alpha di Cronbach, essendo uno strumento per il quale è stato effettuato uno studio preliminare di validazione (Arimatea et al., 2009; Nardi et al. 2012) nel contesto italiano, che ha mostrato buoni risultati di validità di costrutto, validità interna e stabilità test-retest.

### **4.5.1. L'Emotion Regulation Questionnaire**

L'analisi fattoriale esplorativa (metodo delle componenti principali, con rotazione varimax), effettuata sulle singole risposte di ciascun componente del nostro campione ai singoli item del questionario sulla regolazione delle emozioni, ha evidenziato una struttura a due fattori. La percentuale della varianza spiegata (tabella 4.2) è di 51,2%, rispettivamente di 30,2% per il primo fattore e del 21% per il secondo fattore. E' riportata di seguito la tabella con le saturazioni dei singoli items su ciascun fattore. Le domande 1, 3, 5, 7, 8, 10 si riferiscono a modalità di regolazione mediate a livello cognitivo e quindi saturano sullo stesso fattore che è quindi identificato con la scala della ristrutturazione cognitiva. Gli items 2, 4, 6, 9 evidenziano atteggiamenti di inibizione della risposta emotiva, pertanto saturano sul secondo medesimo fattore che è riconosciuto quindi come scala della suppression.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	3,027	30,272	30,272	3,027
2	2,101	21,007	51,280	2,101
3	,948	9,483	60,763	

Tabella 4.2 – Autovalori e varianza spiegata nell'analisi fattoriale (ERQ)

	Component	
	1	2
D_1	,685	-,271
D_3	,592	-,223
D_5	,648	,163
D_7	,686	,079
D_8	,773	,164
D_10	,741	,124
D_2	-,071	,733
D_4	-,105	,577
D_6	,106	,759
D_9	,282	,720

Tabella 4.3 - Soluzione fattoriale (matrice pattern relativa alla rotazione Varimax con normalizzazione Kaiser) dell'analisi effettuata sugli item (ERQ)

La rotazione ha raggiunto i criteri di convergenza in tre iterazioni.

Quindi, ho proceduto con l'analisi fattoriale confermativa, realizzata attraverso il metodo delle equazioni strutturali, per il campione costituito da medici e infermieri (Fig.4.7). I dati offrono supporto all'accettazione della struttura fattoriale identificata in precedenza.

Il quadro complessivo rivela un buon grado di adattamento del modello con i dati osservati. Come ci si poteva aspettare, a causa della numerosità del campione (> 200), il valore di *chi quadrato* (232)= 101.08,  $p = .000$  non rispetta i parametri dell'adattamento. In casi di numerosità elevata del campione, si calcola il valore di *chi quadrato normalizzato*, ovvero il valore di *chi quadrato* riscalato sul numero di

gradi di libertà, che deve essere compreso tra 1.0 e 3.0: nel nostro caso CMIN/DF risulta 2.97, che rientra all'interno del range suggerito.

Il Goodness of Fit Index (GFI), che misura la varianza e covarianza dei dati osservati predetta dalla matrice riprodotta sulla base del modello teorizzato, assume nel nostro modello il valore di .91, superiore al limite inferiore comunemente accettato per questo indice di .90.

L'Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), che è una misura riscalata del GFI sulla base dei gradi di libertà del modello e della numerosità del campione, è .85, anche in questo caso valori vicini a .90 vengono considerati indici di buon adattamento.

Il Normative of Fit Index, che permette di riscalare il valore del chi quadrato con l'obiettivo di ridurre l'influenza della numerosità del campione e della presenza di distribuzioni che si allontanano dalla normalità, è di .54, ovvero compreso nel range tra 0 (nessun adattamento) e 1 (adattamento perfetto).

Infine, l'indice RMSEA, che riflette il grado di non adattamento del modello, è di .093. Il valore limite per l'accettazione del modello è fissato a .06, ma già il valore di RMSEA del modello dell'analisi fattoriale confermativa nella validazione in contesto italiano del ERQ era di .084. Inoltre i pesi di regressione standardizzati per l'intervallo di confidenza del 90% variano tra 0.37 e 0.72.

Quindi possiamo concludere che il modello qui presentato mostra un livello accettabile di adattamento.

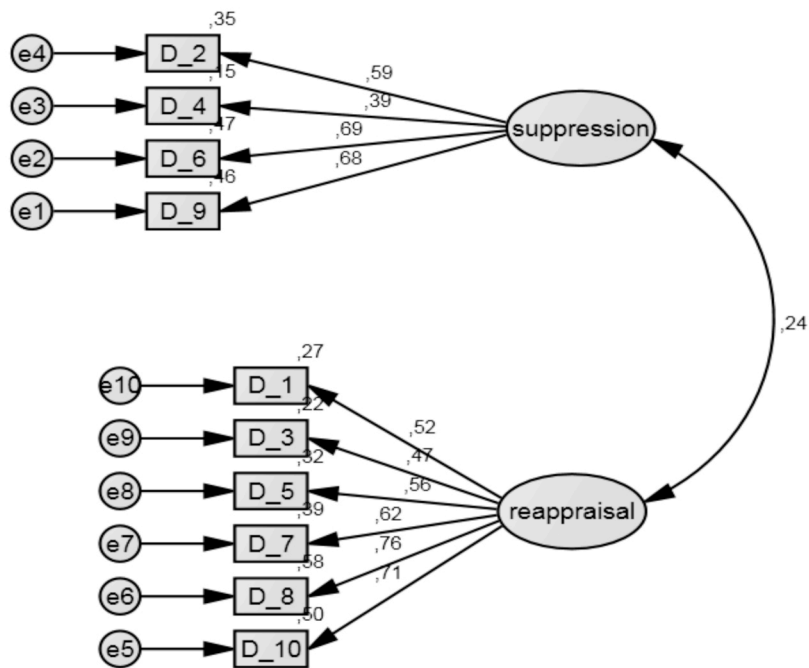


Fig 4.7 – Modello di analisi fattoriale confermativa (ERQ).

Il livello di affidabilità (alpha di Cronbach) dell'Emotion Regulation Questionnaire è risultato rispettivamente di .76 per la Scala della ristrutturazione cognitiva e .68 per la Scala della inibizione dell'espressione emotiva. Come è mostrato nella tabella l'analisi degli item ha confermato la consistenza interna per entrambe le scale: la correlazione item totale è compresa tra .42 e .60 per gli item del Reappraisal e tra .33 e .50 per gli items della Scala della Suppression.

	Corrected Item-Total Correlation
<b>Reappraisal Items</b>	
1 <i>Per sentirmi meglio, cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa</i>	.51
3 <i>Per non starci male cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa</i>	.42
5 <i>Quando devo affrontare una situazione difficile, cerco di considerarla da una prospettiva che mi aiuta a stare calmo/a</i>	.45
7 <i>Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a sentirmi meglio.</i>	.52
8 <i>Cerco di controllare i miei sentimenti provando a cambiare il modo di considerare la situazione in cui mi trovo.</i>	.61
10 <i>Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a non starci male.</i>	.57

Tab. 4.4 - Reappraisal: correlazione item totale per ogni item (Emotion Regulation Questionnaire)

	Corrected Item-Total Correlation
<b>Suppression Items</b>	
<i>Tengo i miei sentimenti per me</i>	.50
<i>Quando sono contento /felice cerco di non farlo notare</i>	.33
<i>Controllo le mie emozioni non esprimendole</i>	.54
<i>Se provo sentimenti negativi, faccio attenzione a non esprimerli</i>	.48

Tab. 4.5 - Suppression: correlazione item totale per ogni item (Emotion Regulation Questionnaire)

#### 4.5.2. Health Profession Stress and Coping Scale

Il livello di affidabilità (alpha di Cronbach) delle scale della Health Profession Stress and Coping Scale per gli infermieri è risultato rispettivamente: per la scala dell'emergenza clinica di 0.79, con una correlazione item-totale media di 0.54, per la scala dell'attacco personale il valore è di 0.70 e la correlazione media item-totale è di 0.49. L'affidabilità della scala degli imprevisti organizzativi è di 0.67, con una correlazione media item-totale di 0.42. Per la scala della svalutazione personale il livello di affidabilità è di 0.65 con una correlazione item-totale media di 0.42. Infine,

la scala delle relazioni problematiche risulta avere una affidabilità di 0.60 con una correlazione item-totale media di 0.35.

<b>Scala</b>	<b>alpha di Cronbach</b>	<b>Media correlazioni item-totale</b>
Emergenza clinica (item 2, 6, 7, 8)	.74	.54
Attacco personale (item 1, 3, 5, 11)	.70	.49
Imprevisti organizzativi (item 14, 17, 19)	.60	.42
Svalutazione personale (item 10, 12 e 13)	.65	.42
Relazioni problematiche (item 4,9, 15, 16, 18)	.60	.35

Tabella 4.6- Consistenza interna delle singole scale e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle scale (HPSCS per infermieri)

Per il nostro campione due sono risultati gli item problematici: il 12 per la scala della svalutazione personale e il 15 per la scala delle relazioni problematiche. I livelli di affidabilità delle due scale riportati sono calcolati in caso di eliminazione dei rispettivi item.

Il livello di affidabilità delle quattro strategie di coping generali, relative a tutti gli item della scala per gli infermieri analizzato mediante il coefficiente alpha di Cronbach è riportato nella tabella di seguito, con i valori medi delle correlazioni item totale per ogni strategia.

<b>Strategia</b>	<b>alpha di Cronbach</b>	<b>Media correlazioni item-totale</b>
Soluzione del problema	.82	.40
Disagio emotivo	.84	.43
Supporto sociale	.90	.54
Evitamento del problema	.77	.35

Tabella 4.7- Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle strategie di coping (HPSCS infermieri)



Quindi analogamente si è proceduto con l'analisi dell'affidabilità delle singole scale della HPSCS forma per *medici*, sulla base delle singole risposte fornite agli items sulla percezione delle situazioni che creano disagio per i professionisti. Il livello di affidabilità è risultato: per la scala dell'emergenza clinica di .89, con una correlazione media item-totale di .78; per la scala dell'attacco personale-imprevisti organizzativi di .90, con una correlazione item totale di .71; per la scala confronto con la morte .89 e una correlazione media item totale di .72, per la scala delle relazioni problematiche di .85 con una correlazione di .60 e infine per la scala della svalutazione personale è di .79 con correlazione media di .69.

<b>scala</b>	<b>alpha di Cronbach</b>	<b>Media correlazioni item-totale</b>
Emergenza clinica (item 1, 7, 8)	.89	.78
Attacco personale (item 3, 5, 10, 12, 18, 20, 23)	.90	.71
Confronto con la morte (item 2, 6, 15, 19, 21)	.89	.72
Relazioni problematiche (item 4, 9, 16, 22)	.85	.60
Svalutazione personale (item 11, 13, 14, 17)	.79	.69

Tabella 4.8 - Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle singole scale (HPSCS per medici)

I livelli di affidabilità delle modalità di fronteggiamento dei livelli di stress valutati attraverso l'alpha di Cronbach sono risultati così come presentati nella tabella di seguito.

<b>Strategia</b>	<b>alpha di Cronbach</b>	<b>Media correlazioni item-totale</b>
Soluzione del problema	.87	.45
Disagio emotivo	.89	.49
Supporto sociale	.91	.53
Evitamento del problema	.76	.33

Tabella 4.9– Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle modalità di coping (HPSCS per medici)

#### **4.5.3. Il Mini Questionario sulle Organizzazioni di Significato Personale**

Ho effettuato un'analisi fattoriale confermativa, realizzata attraverso il metodo delle equazioni strutturali, per il campione costituito da medici e infermieri (Fig.4.8). I dati offrono supporto all'accettazione della struttura fattoriale identificata in precedenza.

Il quadro complessivo rivela un buon grado di adattamento del modello con i dati osservati. Come ci si poteva aspettare, a causa della numerosità del campione (> 150), il valore di *chi quadrato* (232)= 321.49,  $p = .000$  non rispetta i parametri dell'adattamento. In casi di numerosità elevata del campione, si calcola il valore di *chi quadrato normalizzato*, ovvero il valore di chi quadrato riscalato sul numero di gradi di libertà, che deve essere compreso tra 1.0 e 3.0: nel nostro caso CMIN/DF risulta 1.96, che rientra all'interno del range suggerito.

Il Goodness of Fit Index (GFI), che misura la varianza e covarianza dei dati osservati predetta dalla matrice riprodotta sulla base del modello teorizzato, assume nel nostro modello il valore di .80, compreso quindi tra i valori auspicabili di 0 e 1. L'Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI), che è una misura riscalata del GFI sulla base dei gradi di libertà del modello e della numerosità del campione, è .75, anche in questo caso valori vicini a .90 vengono considerati indici di buon adattamento.

Il Normative of Fit Index, che permette di riscalare il valore del chi quadrato con l'obiettivo di ridurre l'influenza della numerosità del campione e della presenza di distribuzioni che si allontanano dalla normalità, è di .65, ovvero compreso nel range tra 0 (nessun adattamento) e 1 (adattamento perfetto).

Infine, l'indice RMSEA, che riflette il grado di non adattamento del modello, è di .086. Inoltre i pesi di regressione standardizzati per l'intervallo di confidenza del 90% variano tra 0.33 e 0.75.

Quindi possiamo concludere che il modello qui presentato mostra un livello accettabile di adattamento.

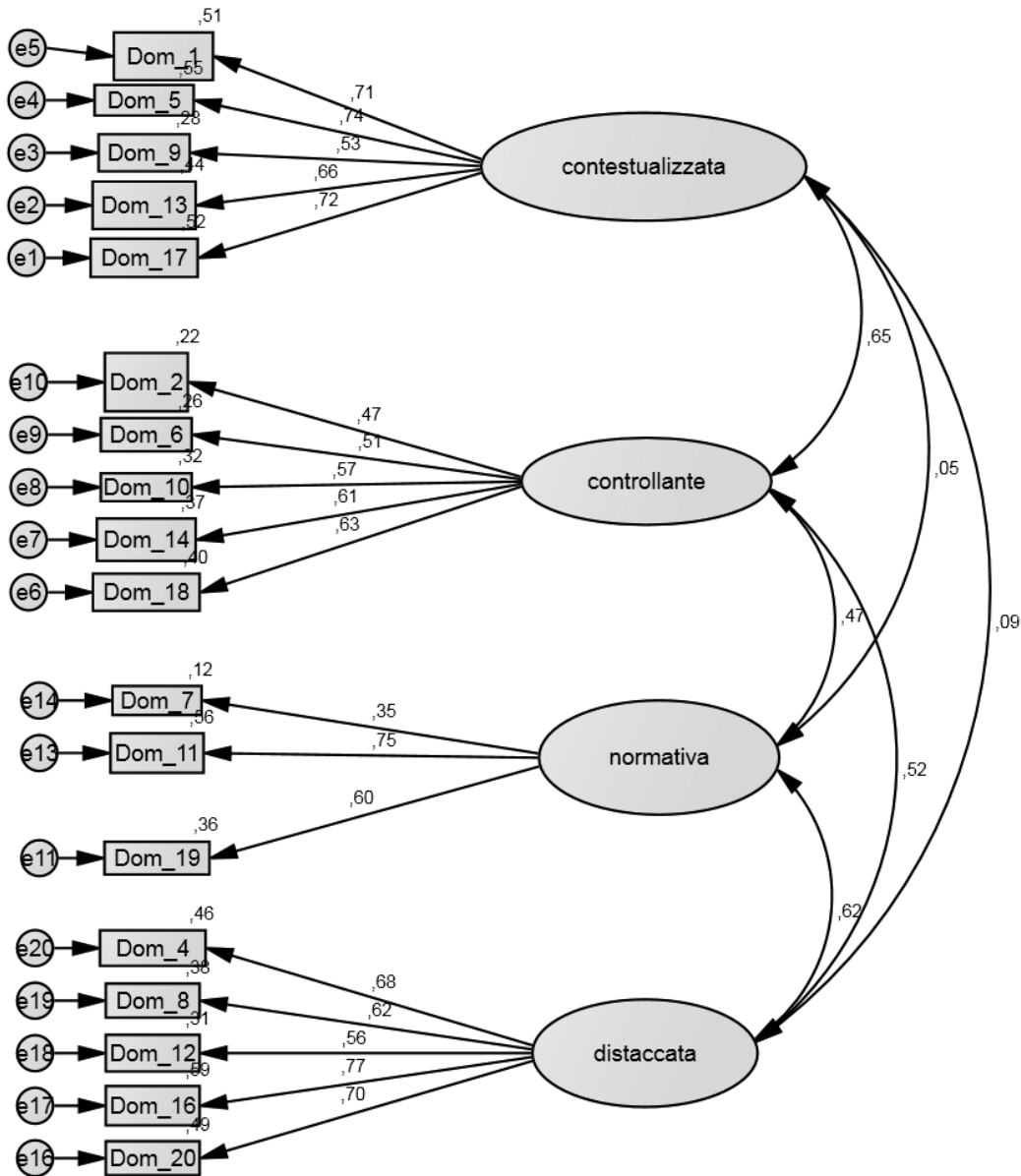


Figura 4.8 – Modello di analisi fattoriale confermativa (MOPQ)

Ho quindi proceduto con l'analisi dell'affidabilità delle singole scale del Mini Questionario sulle Organizzazioni di Significato Personale, sulla base delle singole risposte, fornite dai partecipanti alla ricerca, agli items sulle modalità di comportamento abitualmente adottate nelle diverse situazioni presentate. Il livello di affidabilità è risultato: per la scala dell'organizzazione contestualizzata di .80, con una correlazione media item-totale corretta di .59, per la scala dell'organizzazione controllante di .69, con una correlazione media item-totale corretta di .45 ; per la scala dell'organizzazione di significato normativa .58, con una valore medio di correlazione item-totale di .34; infine, per la scala dell'organizzazione di significato personale distaccata il valore è di .79, con una correlazione media item-totale corretta di .57.

Il livello di affidabilità per la scala dell'organizzazione di significato normativa resta al limite dell'accettabilità, qualora si elimini qualcuno degli item compresi.

Tutte le altre scale mostrano un livello adeguato di affidabilità.

<b>Organizzazione di Significato Personale</b>	<b>alpha di Cronbach</b>	<b>Media correlazioni item-totale</b>
Contestualizzata (item 1, 5, 9, 13, 17)	.80	.59
Controllante (item 2, 6, 10, 14, 18)	.69	.63
Normativa (item 3, 7, 11, 15, 19)	.58	.34
Distaccata (item 4, 8, 12, 16, 20)	.79	.57

Tabella 4.10 – Consistenza interna e coefficienti di correlazione item-totale relativi alle Scale delle Organizzazioni di Significato Personale (MOPQ)

## **4.6 Risultati**

### **4.6.1 Lo stato di salute dei professionisti: regolazione delle emozioni, stress, coping e organizzazioni di significato personale**

#### 4.6.1.1 Modalità di regolazione delle emozioni

Per quanto concerne la modalità di regolazione delle emozioni il punteggio medio per il reappraisal nei soggetti di genere maschile risulta di 4.6 (DS=1.11), mentre per

i soggetti di genere femminile è di 4.9 (DS=.95); per la scala della suppression, il punteggio è di 4.1 (DS=1.44) per i maschi, mentre nei soggetti di genere femminile è di 3.6 (DS=1.2).

I valori normativi di riferimento, riscontrati nella popolazione italiana sulla quale è stata effettuata la validazione dello strumento, sono rispettivamente per la scala del Reappraisal per gli uomini 4.31 (SD= 1.19) e per le donne 4.38 (SD = 1.14); per la scala della Suppression negli uomini 3.82 (SD= 1.24), nelle donne 2.82 (SD= 1.16). Ad un confronto tra le medie del nostro campione e i valori medi nelle due modalità di regolazione del campione normativo, sono risultate statisticamente significative le differenze per le donne, così come è possibile osservare nelle tabelle riportate di seguito.

Regolazione	Maschi campione normativo Media (DS)	Maschi campione N(74) Media (DS)	F	gdl
Reappraisal	4.31 (1.19)	4.6 (1.11)	n.s.	(1,72)
Suppression	3.82 (1.24)	4.18 (1.44)	n.s.	(1,72)

Regolazione	Donne campione normativo Media (DS)	Donne campione N(152) Media (DS)	F	gdl.
Reappraisal	4.38 (1.14)	4.9 (.96)	6.7 **	(1,150)
Suppression	2.82 (1.16)	3.6 (1.20)	7.97**	(1,150)

\*\*p<.001 a due code

Tabella 4.11- Statistiche descrittive dei sottogruppi per genere (maschi e femmine) rispettivamente del campione normativo e del campione della ricerca relative alle scale dell'ERQ.

Le donne del nostro campione mostrano punteggi medi significativamente superiori alle donne del campione di validazione; si evidenzia pertanto una tendenza maggiore, nelle donne che svolgono una professione sanitaria, al ricorrere ad ambedue le strategie di regolazione delle emozioni.

Altre differenze nelle due modalità di regolazione delle emozioni, che sono risultate statisticamente significative all'analisi della varianza, sono a carico dell'anzianità lavorativa. In particolare infatti, chi ha un'anzianità lavorativa maggiore di 15 anni mostra una tendenza significativamente maggiore dei colleghi più giovani di

rielaborare gli eventi emotivamente attivanti. Nella tabella di seguito sono riportate le medie e le deviazioni standard relative alle due modalità di regolazione delle emozioni nei diversi sottogruppi del campione suddivisi per genere, anzianità lavorativa e per ruolo professionale.

Regolazione	Maschi N(74) Media (DS)	Femmine N(152) Media (DS)	F	gdl
Reappraisal	4.6 (1.11)	4.9 (.96)	n.s.	(1,150)
Suppression	4.2 (1.44)	3.6 (1.2)	n.s.	(1,150)

Regolazione	Anzianità Lav. < 15 aa. N(104) Media (DS)	Anzianità Lav. >15 aa. N(121) Media (DS)	F	gdl
Reappraisal	4.7 (1.15)	4.9 (.87)	8.2*	(1, 119)
Suppression	3.8 (1.19)	3.8 (1.42)	n.s.	(1, 119)

\*p<.01 a due code.

Regolazione	Infermiere N(126) Media (DS)	Medico N(73) Media (DS)	F	gdl
Reappraisal	4.8 (1.09)	4.8 (.92)	n.s.	(1, 124)
Suppression	3.76 (1.2)	3.86 (1.54)	n.s.	(1,124)

Tabella 4.12 - Statistiche descrittive dei sottogruppi per genere (maschi e femmine), anzianità lavorativa (<15 anni, >15 anni) e ruolo professionale (medico e infermiere) del campione della ricerca relative alle scale dell'ERQ.

#### 4.6.1.2 Livelli di stress percepito e modalità di coping negli infermieri

Per i livelli di stress percepito e le modalità di coping attuate ho proceduto con un'analisi distinta tra i due sottogruppi del campione rispettivamente costituiti dai *medici* e dagli *infermieri*.

A partire dai punteggi grezzi del campione di infermieri ho effettuato un confronto con i punteggi grezzi medi del campione normativo (Tabelle 4.13 – 4.14).

	Campion e ricerca Media e DS	Campione normativo Media e DS	T test	Gdl
<b>Stress</b>				
Emergenza clinica	8.0 (2.3)	9.0 (2.0)	-4.895*	114
Attacco personale	7.9 (2.6)	9.3 (2.1)	-5.837*	122
Imprevisti organizzativi	5.9 (1.7)	6.9 (1.6)	-8.414*	128
Svalutazione personale	5.0 (1.8)	6.1(1.8)	-7.518*	133
Relazioni problematiche	7.5 (2.3)	7.9(2.6)	n.s.	
Stress totale	34.2 (8.1)	39.3 (7.4)	- 7.178*	137
<b>Strategie di coping</b>				
Soluzione del problema	40.2 (6.9)	43.5(6.9)	-5.921*	155
Richiesta di supporto sociale	30.9 (7.7)	30.5 (8.2)	n.s.	
Disagio emotivo	20.6 (9.4)	20.9(9.7)	n.s.	
Evitamento del problema	16.8 (7.2)	15.6(7.1)	n.s.	

\*P<0.05

Tabella 4.13 – HPSCS infermieri: statistiche descrittive dello stress totale e delle strategie di coping degli infermieri del campione della ricerca e del campione normativo (confrontati con t test).

Al confronto (t test per un campione) le medie dei punteggi del campione della ricerca sono risultate significativamente inferiori a quelle del campione normativo rispettivamente nei punteggi dello stress totale, dello stress conseguente all'emergenza clinica, all'attacco personale, agli imprevisti organizzativi e alla svalutazione personale. I partecipanti alla ricerca non differiscono per quanto riguarda il punteggio medio dello stress dovuto a relazioni problematiche, e per quanto riguarda il punteggio medio di utilizzo di tre su 4 delle strategie di coping, ovvero la richiesta di supporto sociale, il disagio emotivo e l'evitamento del problema. Il campione della ricerca mostra un punteggio medio di utilizzo della risoluzione del problema significativamente inferiore rispetto al campione normativo.

	Campione ricerca Media e DS	Campione normativo Media e DS	T test	Gdl
<b>Emergenza clinica</b>				
Soluzione del problema	8.8 (1.8)	9.2 (1.7)	-3.077*	155
Richiesta di supporto sociale	7.7 (2.0)	7.6 (2.0)	n.s.	
Disagio emotivo	6.0 (2.2)	6.5 (2.6)	-2.662*	155
Evitamento del problema	3.6 (1.9)	3.0 (1.8)	3.762**	155
<b>Attacco personale</b>				
Soluzione del problema	7.8 (2.3)	8.4 (2.5)	-3.254**	155
Richiesta di supporto sociale	7.7 (2.0)	7.6 (2.0)	n.s.	
Disagio emotivo	6.0 (2.2)	6.5 (2.6)	n.s.	
Evitamento del problema	3.6 (1.9)	3.0 (1.8)	n.s.	
<b>Imprevisti organizzativi</b>				
Soluzione del problema	6.7 (1.6)	7.4 (1.4)	-4.765**	155
Richiesta di supporto sociale	5.4 (1.6)	5.6 (1.7)	n.s.	
Disagio emotivo	2.5 (1.8)	2.5 (1.9)	n.s.	
Evitamento del problema	3.0 (1.6)	2.9 (1.8)	n.s.	
<b>Svalutazione personale</b>				
Soluzione del problema	5.9 (1.5)	6.3 (1.8)	-3.079*	155
Richiesta di supporto sociale	4.9 (1.5)	5.1 (1.9)	n.s.	
Disagio emotivo	2.7 (1.9)	2.8 (2.1)	n.s.	
Evitamento del problema	2.9 (1.9)	2.5 (1.7)	2.370*	155
<b>Relazioni problematiche con pazienti e familiari</b>				
Soluzione del problema	11.5 (2.2)	12.3 (2.2)	-4.367**	155
Richiesta di supporto sociale	6.5 (2.7)	5.7 (2.9)	3.924**	
Disagio emotivo	4.1 (2.7)	3.8 (2.5)	n.s.	
Evitamento del problema	2.9 (2.1)	2.7 (2.2)	n.s.	

\*\*p<0.001 \*p<0.05

4.14 - HPSCS infermieri: statistiche descrittive delle sottoscale dello stress totale e delle strategie di coping relative, degli infermieri del campione della ricerca e del campione normativo (confrontati con t test).



I punteggi medi del campione della ricerca risultano significativamente differenti dai punteggi del campione normativo rispettivamente: nel coping di soluzione del problema in tutte le sottoscale dello stress e nel coping di evitamento del problema nelle scale dell'emergenza clinica e della svalutazione personale. La prima strategia risulta meno utilizzata nel nostro campione, mentre la seconda risulta utilizzata con maggiore frequenza.

Quindi, ho proceduto con la valutazione dei *punteggi* del campione convertiti in *punti T*, secondo le indicazioni del manuale del questionario, così da poter evidenziare le aree problematiche degli *infermieri* del campione.

Il livello medio di stress percepito dagli infermieri è di 49.88 (DS= 20.60), quindi si attesta su di un valore che rientra in un range riconosciuto come "medio" ovvero né basso, tale da far riconoscere una situazione a basso rischio di sviluppare una condizione di stress e neanche elevato tale da evidenziare invece una situazione potenzialmente in grado di nuocere al singolo e di condurlo al burn out. La figura 4.7 riporta graficamente le percentuali delle frequenze dei punteggi raggruppati per livelli di stress (molto basso, basso, medio, elevato).

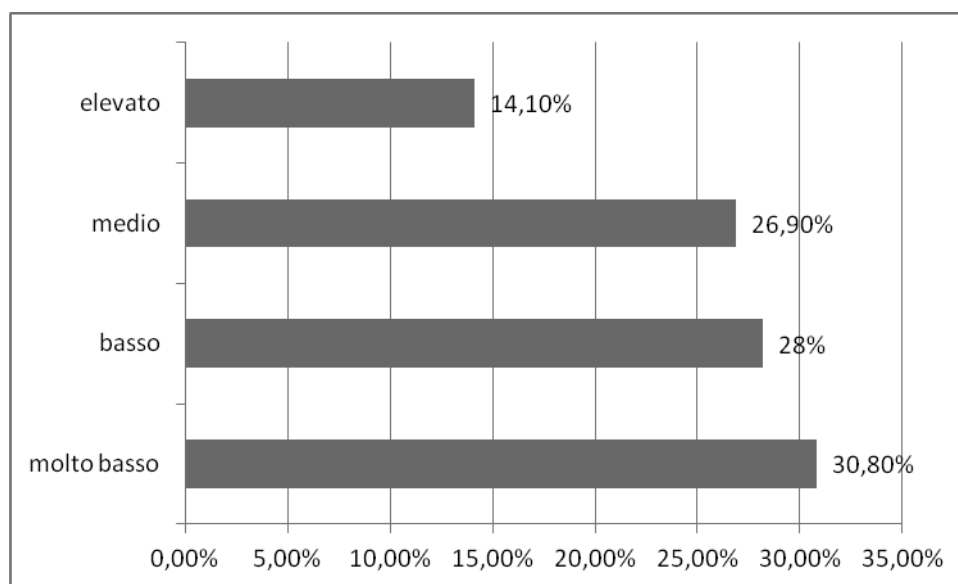


Figura 4.9 – Percentuali frequenze dei livelli di stress del sottogruppo degli infermieri (HPSCS)

Osservando la distribuzione delle frequenze dei punteggi si osserva che: il 30.8% dei soggetti riferisce un livello di stress percepito molto basso ovvero tra 25 e 34, quindi

il 28.2% riconosce un basso livello di stress ovvero fornisce risposte alla scala che generano un punteggio compreso tra 35 e 44, il 26.9% si riconosce in un livello di stress medio ovvero in un punteggio che oscilla tra 45 e 54; infine il 14.1% riferisce una condizione lavorativa contraddistinta da un elevato livello di stress percepito. Quindi il 41% del totale dei professionisti sanitari del campione si riconosce in un livello di stress medio-elevato: si evidenzia pertanto il fatto che le attuali situazioni lavorative possano risultare nella percezione dei singoli operatori fonte di un livello di stress significativo e a rischio di generare condizioni ancor più gravose per gli stessi professionisti.

Ho analizzato poi i punteggi alle sottoscale (figura 4.8) confrontando le frequenze dei livelli da medio ad elevato per ciascuna sottoscala.

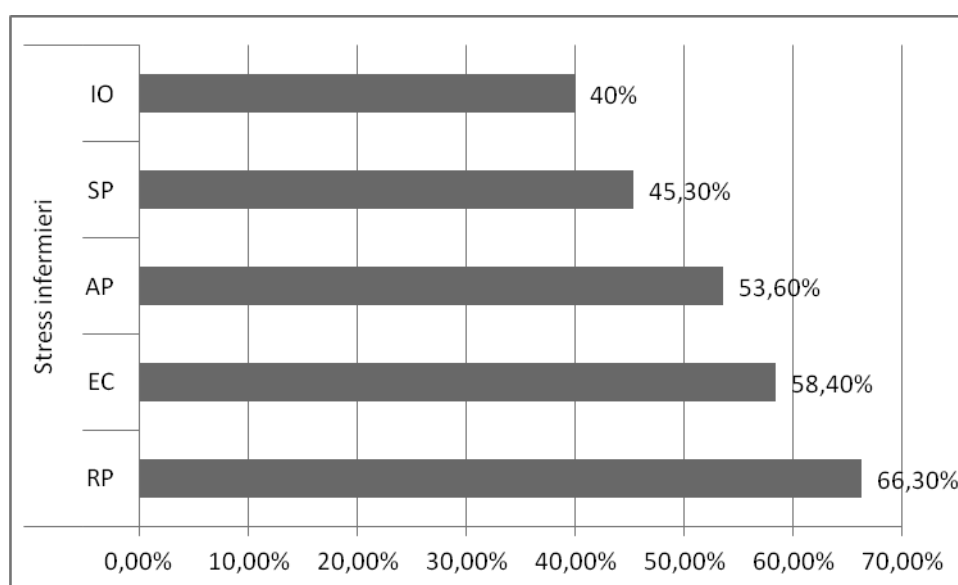


Fig.4.10 - Percentuali del campione degli *infermieri* per livelli di stress medio alto attribuito alle singole aree della H.P.S.C.S.

Legenda. RP= Relazioni problematiche con pazienti e familiari; EC= Emergenza clinica; AP= Attacco personale; SP= Svalutazione personale; IO= Imprevisti organizzativi.

Analizzando le condizioni che emergono alla base della percezione degli infermieri osserviamo che un livello di stress, compreso tra punteggi che vanno da medi ad elevati nel 66.3%% del nostro campione, è generato da condizioni lavorative contraddistinte da relazioni problematiche sia con pazienti sia con i loro familiari. A seguire la percentuale più importante è quella del 58.4% riferita a tutte le condizioni

di emergenza clinica, ovvero quelle situazioni in cui è richiesto di agire senza una competenza specifica, oppure si deve affrontare un forte aggravamento delle condizioni cliniche di un paziente, se non addirittura il decesso.

Si mostrano particolarmente importanti, quindi le situazioni che sono riconducibili alla sfera relazionale. In particolare i livelli di stress conseguenti a eventi di attacco personale come torti o comportamenti sleali subiti dai colleghi, oppure un rifiuto ricevuto da un collega ad una propria richiesta di aiuto, sono espressi in punteggi che nel 53.6% del campione rientrano in un range medio alto, ovvero punteggi compresi tra 45 e 65. Incidono significativamente anche condizioni in cui i professionisti vivono situazioni di svalutazione personale, quali possono essere una scarsa considerazione da parte del resto del personale delle proprie proposte, richieste di aggiornamento o di cambio turno: il livello di stress conseguente a tali vissuti variano nel 45.3% degli infermieri da un punteggio medio ad uno elevato o molto elevato. Infine le situazioni che risultano di minor incidenza sui livelli di stress degli operatori sono quelle che vanno sotto la categoria di imprevisti organizzativi, ovvero danni non previsti alle apparecchiature sanitarie, interferenza tra sfera lavorativa e sfera privata e il venir meno di risorse e mezzi idonei per svolgere il proprio lavoro: solo il 40% dei professionisti attribuisce a tali fattori livelli medio elevati di stress.

Per quanto riguarda le *strategie di fronteggiamento* utilizzate viene in evidenza come nel campione degli infermieri la modalità di evitare il problema risulti quella adottata con una frequenza che varia da moderatamente a di frequente e anche molto di frequente: il 77.6% del campione di professionisti ricorre prevalentemente a tale modalità.

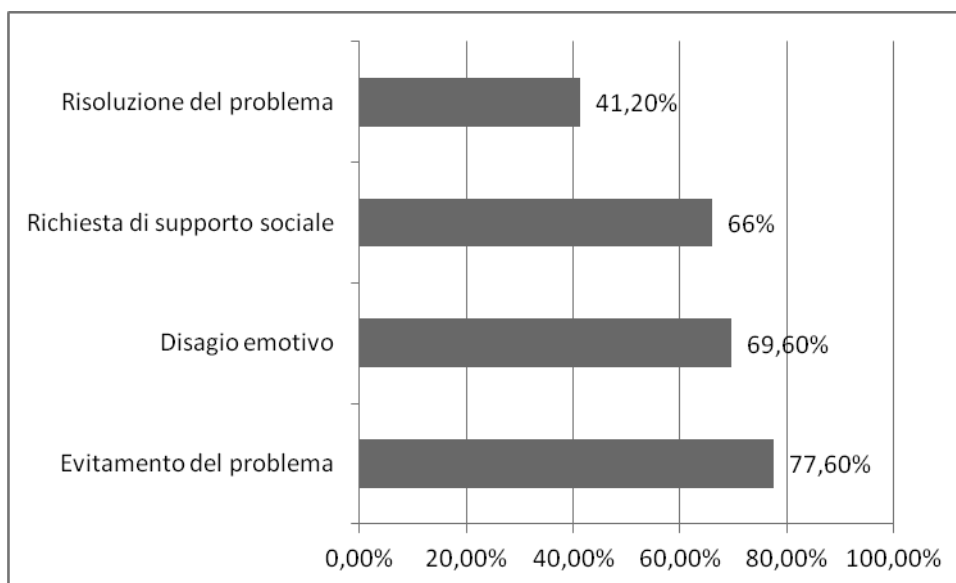


Figura 4.11 - Percentuali degli infermieri per frequenza di utilizzo delle singole strategie di coping da moderatamente a molto di frequente ( H.P.S.C.S.)

La strategia che viene quindi adottata con una frequenza analoga alla precedente risulta il disagio emotivo in quanto il 69.6% ricorre a tale risposta nelle diverse situazioni. Una percentuale del 66% riconosce che utilizza, nel fronteggiare condizioni percepite come stressanti, certe modalità di richiesta di sostegno da parte dei colleghi o di eventuali responsabili. La strategia alla quale il nostro campione si rivolge in percentuale minore è la soluzione del problema infatti solo il 41.2% risponde di utilizzare comportamenti finalizzati alla risoluzione diretta delle difficoltà, qualora si trovi ad affrontare una condizione lavorativa che è per lui fonte di stress.

I grafici (Fig. 4.10, 4.11, 4.12) di seguito riportano in percentuale il livello col quale gli infermieri ricorrono maggiormente, da “*di frequente*” a “*molto di frequente*” (punteggi da 55 a oltre 65), a ciascuna modalità di coping per le differenti aree dello stress percepito.

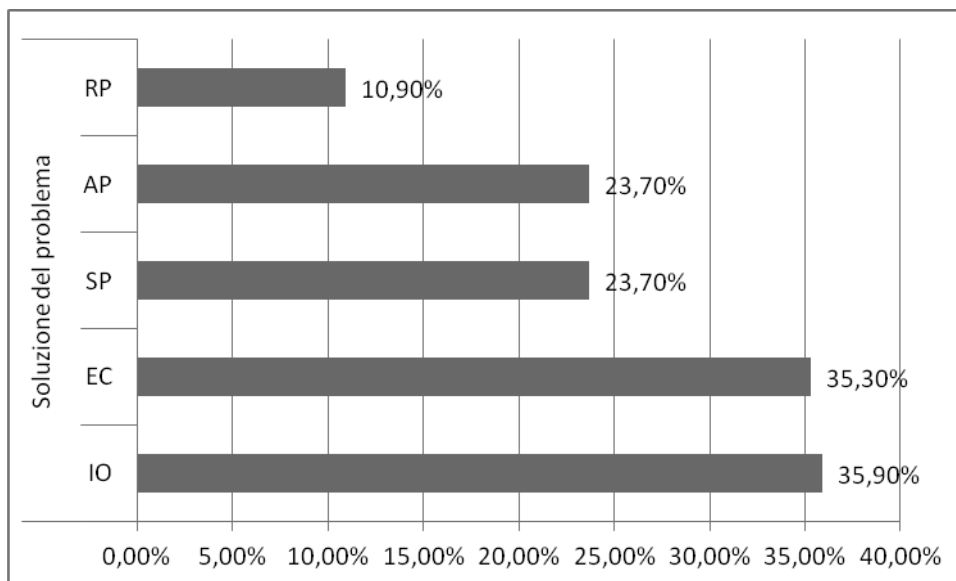


Figura 4.12 - Frequenza di utilizzo della soluzione del problema nelle singole sottoscale dello stress (H.P.S.C.S. infermieri)

Legenda. RP= Relazioni problematiche con pazienti e familiari; EC= Emergenza clinica; AP= Attacco personale; SP= Svalutazione personale; IO= Imprevisti organizzativi.

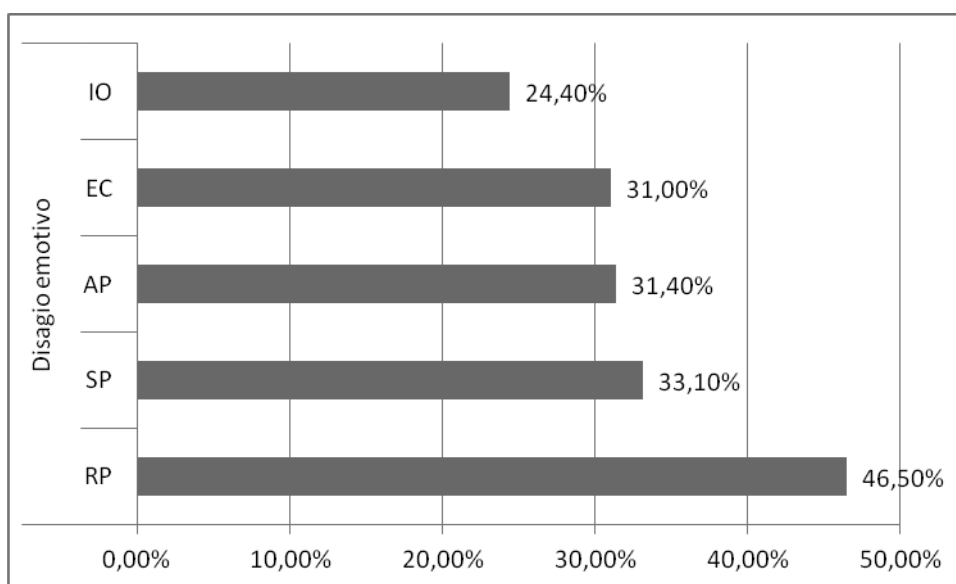


Figura 4.13 - Frequenza di utilizzo del disagio emotivo nelle singole sottoscale dello stress (H.P.S.C.S. infermieri)

Legenda. RP= Relazioni problematiche con pazienti e familiari; EC= Emergenza clinica; AP= Attacco personale; SP= Svalutazione personale; IO= Imprevisti organizzativi.

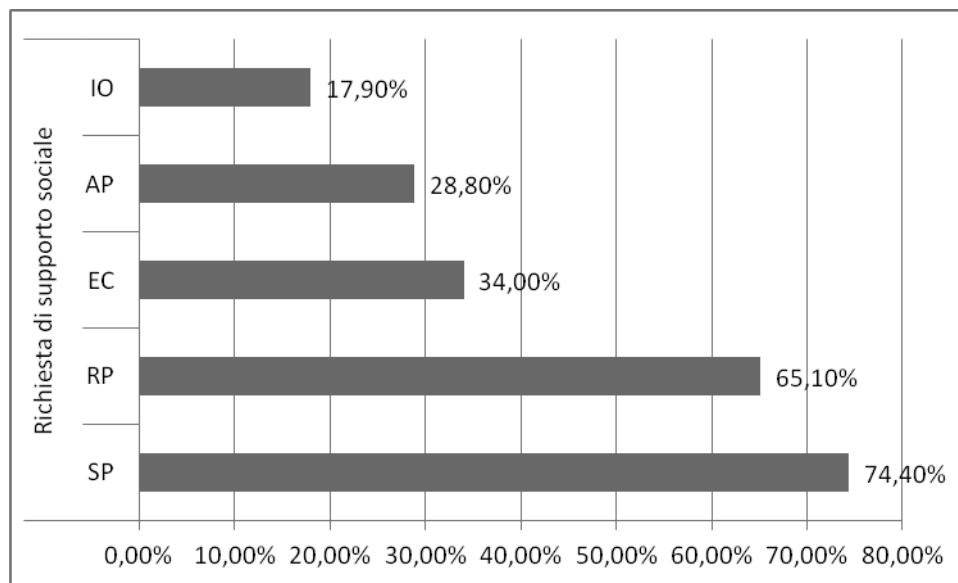


Figura 4.14 - Frequenza di utilizzo della richiesta di supporto sociale nelle singole sottoscale dello stress (H.P.S.C.S. infermieri)

Legenda. RP= Relazioni problematiche con pazienti e familiari; EC= Emergenza clinica; AP= Attacco personale; SP= Svalutazione personale; IO= Imprevisti organizzativi.

Osservando le percentuali di frequenza delle strategie di coping nelle sottoscale dello stress per gli infermieri la modalità di risoluzione del problema, in particolare, risulta prevalentemente usata in condizioni di stress conseguente a imprevisti organizzativi o di emergenza clinica. Invece, il disagio emotivo risulta la modalità di fronteggiamento maggiormente utilizzata nelle situazioni lavorative connotate da relazioni problematiche con colleghi e pazienti, svalutazione o attacco personale. Gli infermieri ricorrono alla richiesta di supporto sociale qualora vivano tensioni conseguenti a svalutazione personale e a relazioni problematiche.

#### 4.6.1.3 Livelli di stress percepito e modalità di coping nei medici

Passiamo adesso al sottogruppo dei *medici* del nostro campione.

La tabella (4.15) di seguito riporta le statistiche descrittive relative ai punteggi grezzi per lo stress totale sia del campione della ricerca sia del campione normativo.

	Campione della ricerca Media e DS	Campione normativo Media e DS	T test	gdl
<b>Stress</b>				
Attacco personale e imprevisti organizzativi	12.0 (4.4)	15.4 (3.6)	-5.773**	55
Emergenza clinica	7.7 (2.3)	5.9 (1.7)	6.084**	56
Confronto con la morte	8.0 (2.9)	9.8 (2.8)	-4.520**	54
Relazioni problematiche con pazienti	5.7 (1.8)	5.1 (2.2)	2.376*	54
Svalutazione personale	7.9 (2.2)	7.8 (2.4)	n.s.	
Stress totale	43.7 (11.0)	43.8 (10.0)	n.s.	
<b>Strategie di coping</b>				
Soluzione del problema	52.7 (8.2)	56.3 (7.5)	-3.720**	71
Richiesta di supporto sociale	36.1 (9.8)	33.1 (11.6)	2.557*	71
Disagio emotivo	22.7 (9.7)	21.0 (11.7)	n.s.	
Evitamento del problema	18.5 (7.9)	15.4 (8.9)	3.345**	71

\*\*p<0.001 \*p<0.05

Tabella 4.15 – HPSCS medici: statistiche descrittive dello stress totale e delle strategie di coping dei medici del campione della ricerca e del campione normativo (t test)

Quindi i medici della ricerca non si differenziano significativamente dal campione normativo per livello di stress percepito; i professionisti attribuiscono il proprio disagio in maniera significativamente inferiore, rispetto ai loro colleghi, all'attacco personale e al confronto con la morte. Risultano per i primi più problematiche le situazioni di emergenza clinica e di relazioni difficili con i pazienti.

Se osserviamo le strategie di coping attuate i medici della presente ricerca dichiarano di ricorrere alla risoluzione del problema con una frequenza media significativamente inferiore rispetto ai medici del campione normativo, mentre ricorrono in maniera significativamente maggiore alla strategia di richiesta di supporto sociale e di evitamento del problema.

	Campione ricerca Media e DS	Campione normativo Media e DS	T test	gdl
<b>Attacco personale e imprevisti organizzativi</b>				
Soluzione del problema	12.7 (3.4)	15.6 (3.2)	-7.210**	73
Richiesta di supporto sociale	9.1 (3.2)	10.9 (3.7)	-4.573**	73
Disagio emotivo	5.5 (3.0)	6.8 (3.5)	-3.482**	73
Evitamento del problema	5 (2.9)	5.7 (3.7)	- 2.037*	73
<b>Emergenza clinica</b>				
Soluzione del problema	7.0(1.2)	8.0 (1.3)	n.s.	
Richiesta di supporto sociale	8 (1.3)	5.7 (1.5)	n.s.	
Disagio emotivo	6.1 (2.0)	4.1(1.6)	n.s.	
Evitamento del problema	2.3 (1.7)	1.3 (1.4)	n.s.	
<b>Confronto con la morte</b>				
Soluzione del problema	11.7 (2.5)	13.3 (1.7)	-5.232**	73
Richiesta di supporto sociale	8.0(2.8)	5.8 (3.2)	6.782**	
Disagio emotivo	5.4 (2.5)	4.3 (2.7)	4.016**	73
Evitamento del problema	3.9 (1.9)	2.5 (2.0)	6.243**	73
<b>Relazioni problematiche</b>				
Soluzione del problema	9.9 (1.8)	10.4 (1.7)	n.s.	
Richiesta di supporto sociale	4.7(2.0)	4.3(2.3)	n.s.	
Disagio emotivo	2.9 (1.7)	2.5 (2.0)	n.s.	
Evitamento del problema	2.6 (1.9)	2.3 (1.9)	n.s.	
<b>Svalutazione personale</b>				
Soluzione del problema	7.1 (2.5)	8.7(2.4)	n.s.	
Richiesta di supporto sociale	6.0 (2.5)	5.9 (2.7)	n.s.	
Disagio emotivo	3.3 (2.3)	3.2 (2.7)	n.s.	
Evitamento del problema	3.4 (2.2)	3.4(2.4)	n.s.	

\*\*p<0.001 \*p<0.05

Tabella 4.16 – HPSCS medici: statistiche descrittive delle sottoscale dello stress e delle strategie di coping relative dei medici del campione della ricerca e del campione normativo (t test)



I punteggi medi di utilizzo delle quattro strategie di coping del campione della presente ricerca risultano statisticamente differenti dai punteggi del campione normativo nelle sottoscale dell'attacco personale e imprevisti organizzativi e del confronto con la morte. In particolare la frequenza di utilizzo delle quattro strategie di coping nella prima sottoscala risulta inferiore, così come il coping di soluzione del problema nell'area del confronto con la morte, mentre la richiesta di supporto sociale, il disagio emotivo e l'evitamento del problema presentano medie significativamente superiori rispetto al campione normativo.

Quindi, ho proceduto con la valutazione dei *punteggi* del campione convertiti in *punti T*, secondo le indicazioni del manuale del questionario, così da poter evidenziare le aree problematiche dei *medici* del campione.

Il sottogruppo dei *medici* mostra un livello di stress medio di 47.9 (SD= 18.4) quindi si attesta su di un punteggio di percezione dello stress che rientra nell'intervallo definito come medio. La figura 4.13 riporta graficamente le percentuali delle frequenze dei punteggi raggruppati per livelli di stress (molto basso, basso, medio, elevato).

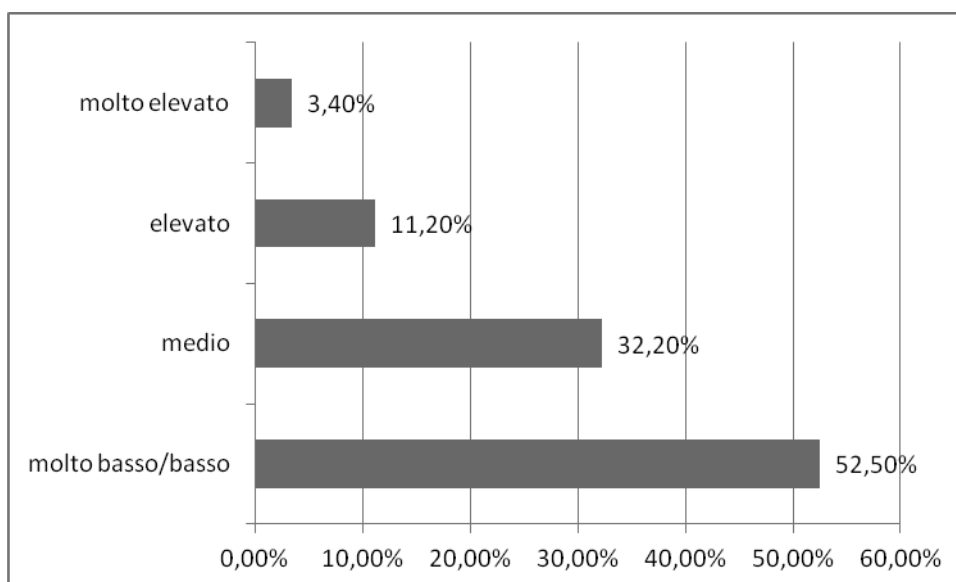


Figura 4.15 - HPSCS medici: percentuali delle frequenze dei diversi livelli di stress nel gruppo dei *medici*

Se distinguiamo le diverse frequenze all'interno degli intervalli specifici osserviamo che: il 52.5% dei medici non riferisce difficoltà lavorative (punteggi di percezione dello stress che oscillano tra valori molto bassi o bassi) mentre un 32.2% riferisce un

livello medio di percezione di stress, l'11.2% raggiunge un valore elevato di disagio e un 3.4% un valore molto elevato di stress percepito. I medici mostrano pertanto una percezione delle proprie condizioni di lavoro connotate solo per il 47.5% da livelli da medio a molto elevati di stress.

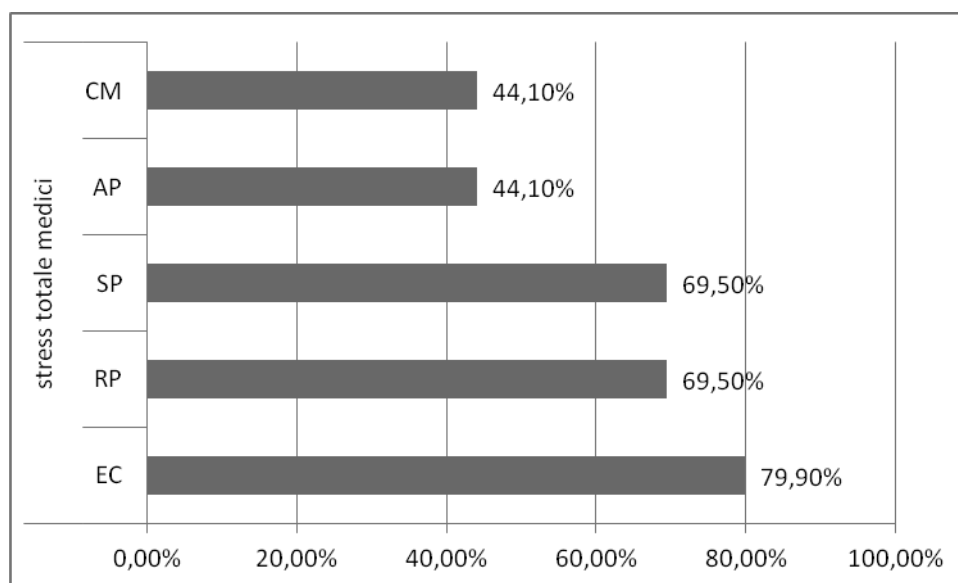


Figura 4.16 - HPSCS medici: percentuali delle frequenze da medio a molto elevato delle singole sottoscale

Legenda: AP= attacco personale e imprevisti organizzativi; EC= emergenza clinica; CM= confronto con la morte; RP= relazioni problematiche; SP= svalutazione personale.

Alla base di tale condizione risultano principalmente quelle situazioni ad elevata emergenza clinica, o di repentino peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti; infatti, se analizziamo le frequenze dei diversi livelli di risposta dei medici, il 23.3% riferisce una percezione media di stress, un altro 23.3% una percezione elevata di stress e infine il 32.2% del totale dei medici riferisce un livello molto elevato di stress.

Analogamente ai colleghi infermieri il secondo elemento che pesa fortemente sulla percezione di condizioni pesanti di lavoro risultano le relazioni problematiche con i pazienti, che comprendono sia difficoltà nella gestione delle relazioni, sia variabili delle interazioni che influiscono sulle attività di cura da attuare: il 52.6% del campione riferisce un livello medio di percezione dello stress, il 18.6% si riconosce in un livello elevato e infine il 5.1% si identifica in un livello di stress molto elevato.

Le condizioni di svalutazione personale, che ostacolano il raggiungimento di obiettivi di crescita personale e di avanzamento di carriera incidono sullo stress ad un livello medio per il 30.5% del gruppo dei medici, ad un livello elevato per il 29.5% e infine ad un livello molto elevato per una percentuale dell'8.5% del campione.

Per quanto riguarda il confronto con la morte il campione si distribuisce per il 33.9% su livelli medi di stress e per il 10.2% su livelli elevati, mentre il restante 55.9% riferisce di essere su livelli di percezione di stress molto bassi o bassi.

Le situazioni che nella percezione dei professionisti risultano in minor grado elicitarie vissute di stress sono quelle dell'attacco personale e in particolare situazioni in cui viene subito un comportamento sleale da parte di colleghi, superiori o familiari e poi situazioni contraddistinte da difficoltà organizzative che ostacolano il normale svolgimento del proprio lavoro. I livelli di stress riferiti sono infatti per il 55.9% molto bassi o bassi, per il 18.6% medi, per il 18.8% elevati e infine per il 6.8% molto elevati.

Per quanto riguarda le modalità di coping (fig.4.15) il comportamento dei medici risulta abbastanza simile a quello degli infermieri del campione.

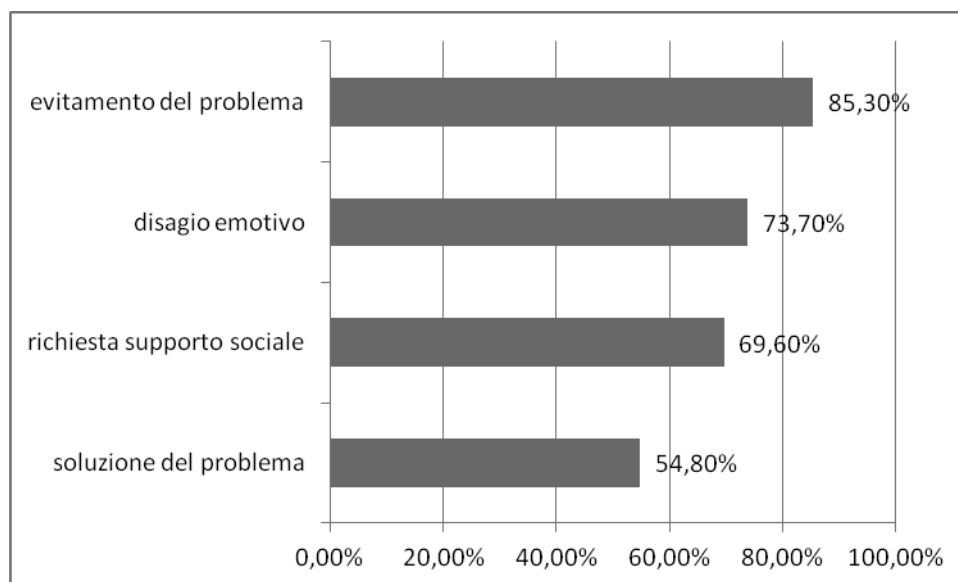


Figura 4.17 - Percentuali delle frequenze di utilizzo delle strategie di coping da parte dei medici da mediamente a molto di frequente ( H.P.S.C.S. medici)

La modalità alla quale i medici ricorrono con una frequenza in percentuale maggiore è l'evitamento del problema (85,3%). In dettaglio sul gruppo totale dei medici una

percentuale del 39.7% ricorrono alla strategia mediamente, il 37% frequentemente, mentre un 8.6% riconosce di ricorrere all'evitamento del problema con una frequenza molto elevata.

La seconda modalità utilizzata con una frequenza maggiore è il disagio emotivo: il 73.7% dei medici dichiara di rispondere alle situazioni percepite come disturbanti con un vissuto emozionale negativo. Tale percentuale è così distinta: il 38.4% ricorre al disagio emotivo mediamente, il 30.1% utilizza tale strategia di coping di frequente, mentre un 5.6% ricorre ad essa molto di frequente.

Quindi i medici dichiarano di ricorrere al confronto con colleghi e di richiedere il sostegno sociale da parte degli altri con una frequenza che per il 69.6% va da mediamente a molto di frequente. Le singole percentuali sono: 25.7% del campione di medici si riconosce in una media frequenza, 35.65% agisce in tal modo di frequente, l'8.3% utilizza la strategia del sostegno sociale molto di frequente.

Infine l'ultima modalità alla quale i professionisti ricorrono con una frequenza minore (54,8%) è la soluzione del problema: sul totale dei medici il 44.7% vi ricorre di rado o poco, il 27.4% vi ricorre mediamente, il 27.4% agisce di frequente in modo da cercare di affrontare le situazioni stressanti sì da risolvere all'origine la causa del problema.

Quindi ho analizzato per le singole sottoscale le frequenze di utilizzo delle strategie di coping (figg. 4.16, 4.17)

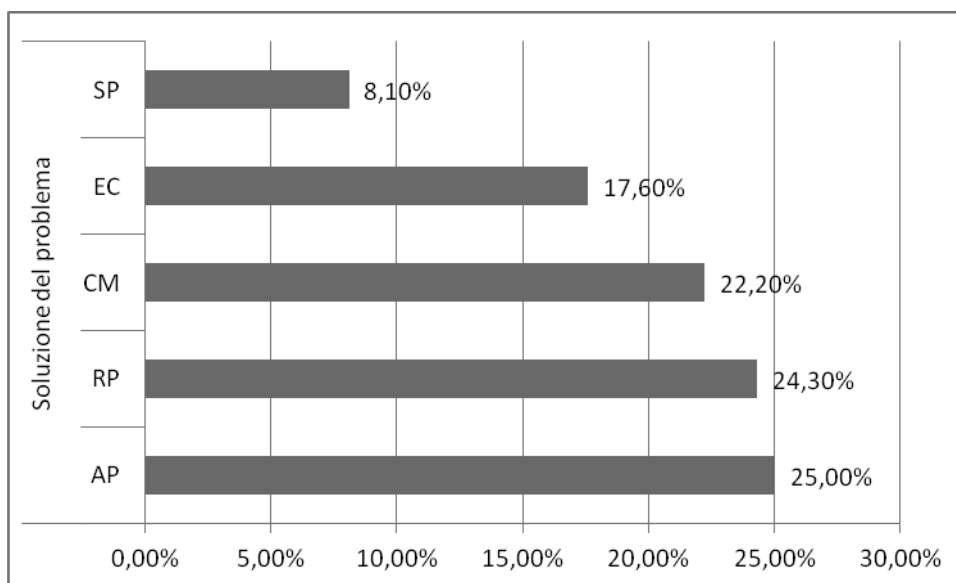


Figura 4.18 - HPCSC medici: frequenze di utilizzo della strategia di risoluzione del problema nelle singole sottoscale.

Legenda: AP= attacco personale e imprevisti organizzativi; EC=emergenza clinica; CM= confronto con la morte; RP= relazioni problematiche; SP= svalutazione personale

Confrontando, all'interno dello stesso campione di medici le modalità di coping interne ad ogni scala della HPCSC si può osservare che la risoluzione del problema è la strategia di fronteggiamento maggiormente utilizzata nelle situazioni di attacco personale e imprevisti organizzativi, quindi situazioni di comportamento sleale da parte di colleghi, superiori o familiari dei pazienti e anche in situazioni di relazioni problematiche con i pazienti.

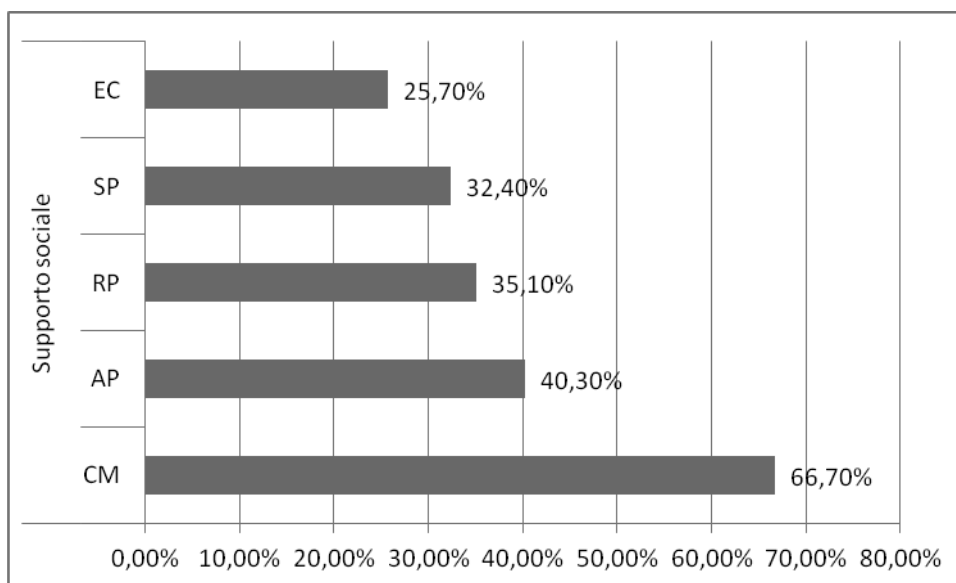


Figura 4.19 - HPCS medici: frequenze di utilizzo della strategia di richiesta del supporto sociale nelle singole sottoscale.

Legenda: AP= attacco personale e imprevisti organizzativi; EC=emergenza clinica; CM= confronto con la morte; RP= relazioni problematiche; SP= svalutazione personale

La richiesta di supporto sociale è la modalità di coping che i medici mettono in atto prevalentemente qualora si trovino di fronte a condizioni cliniche dei propri pazienti connotate da gravità o cronicità, fino alla morte e anche qualora vivano situazioni nelle quali ritengono di aver subito un comportamento sleale da parte dei colleghi.

Infine, il disagio emotivo è la strategia alla quale i medici ricorrono maggiormente nelle situazioni di confronto con la morte e di emergenza clinica.

#### 4.6.1.4 Variabili disposizionali

Analizzando le risposte al questionario sulle organizzazioni di significato personale si può osservare come il campione di 131 professionisti che hanno compilato il protocollo si riconoscano prevalentemente in una organizzazione contestualizzata. I punteggi più alti delle risposte, nel 45% del nostro campione sono stati dati alle domande che fanno riferimento a tale organizzazione di significato. Possiamo quindi dedurre che i professionisti della sanità che hanno aderito alla ricerca si riconoscano in una organizzazione che si è andata costituendo in una relazione di attaccamento-accudimento connotata da instabilità e non prevedibilità, che ha consentito quindi una messa a fuoco dall'esterno e una alta percezione di reciprocità semantica. Le

tematiche che emergono significativamente per tali professionisti sono quindi quelle della adeguatezza, della approvazione personale e del riconoscimento del proprio punto di vista. Prevale una tendenza a leggere le situazioni come un giudizio nei loro confronti, dedotto da ciò che gli altri possono pensare.

La seconda organizzazione nella quale una percentuale significativa del nostro campione si riconosce è quella controllante, ovvero una organizzazione strutturata in una relazione di attaccamento-accudimento contraddistinta da stabilità e prevedibilità e caratterizzata da una alta percezione fisica di reciprocità. Le tematiche preponderanti sono quelle della protezione, del controllo e della libertà e prevale una tendenza ad usare i propri stati fisici per rappresentare le proprie sensazioni emotive.

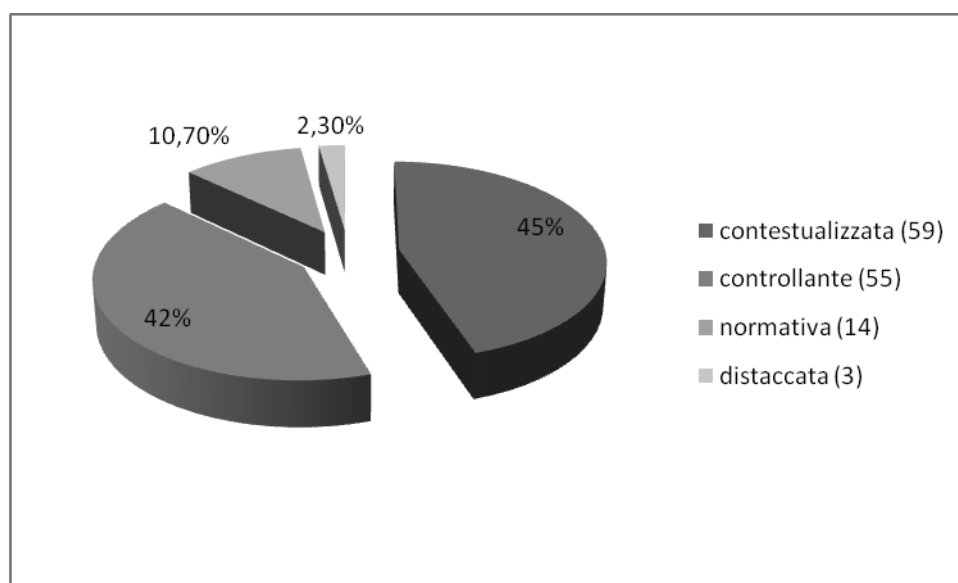


Fig. 4.20- Distribuzione del campione (MOPQ)

La terza organizzazione maggiormente rappresentata nel nostro campione è quella normativa, ovvero strutturata in una relazione di attaccamento-accudimento non prevedibile e variabile, contraddistinta da bassa reciprocità semantica. Le tematiche prevalenti che emergono sono quindi l'equità, l'adesione a norme e l'impegno e prevale una preferenza del canale cognitivo rispetto a quello emotivo.

Ad un confronto delle frequenze (test chi quadro) delle singole organizzazioni di significato personale nei gruppi suddivisi per sesso, ruolo e appartenenza geografica, non sono emerse differenze significative.

#### **4.6.2 Statistiche inferenziali: incidenza dei fattori predisponenti sullo stato di salute dei professionisti**

Ho proceduto analizzando, nel campione generale composto dal totale di medici ed infermieri, le *correlazioni* tra livelli di *stress generale*, strategie di *coping*, modalità di *regolazione delle emozioni* e *organizzazione di significato personale*.

Quindi ho effettuato una analisi di regressione gerarchica al fine di ponderare gli effetti delle variabili disposizionali, dei livelli di stress percepito e delle modalità di regolazione delle emozioni sulle strategie di coping.

Di seguito la tabella che riporta i risultati dell'analisi delle correlazioni (indice r di Pearson).



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Reappraisal	1										
Suppression	.333**	1									
Stress totale	.066	.007	1								
Coping soluzione del problema	.116	-.047	.368**	1							
Coping supporto sociale	.158*	-.060	.360**	.327**	1						
Coping disagio emotivo	.074	.012	.392**	-.042	.425**	1					
Coping evitamento del problema	.056	.110	.056	-.052	.363**	.505**	1				
Organizzazione contestualizzata	-.002	-.084	.136	-.171	.211	.428**	.124	1			
Organizzazione controllante	-.100	.107	.133	.047	-.080	.232**	-.010	.483**	1		
Organizzazione normativa	-.165	-.013	-.074	.069	-.114	.057	.029	.075	.232**	1	
Organizzazione distaccata	-.015	.114	-.046	.150	-.070	.018	.043	.087	.339**	.519**	1
**p<0.01 (a 2 code)											
* p<0.05 (a due code)											

Tabella 4.17 – Correlazioni campione generale

Il livello totale di stress risulta significativamente correlato a tre delle quattro strategie di coping, in particolare la risoluzione del problema, la richiesta di supporto sociale e il disagio emotivo. Questo potrebbe indicare come queste tre strategie risultino maggiormente utilizzate in casi di percezione di stress maggiormente elevato. Si può osservare come chi tra i professionisti si riconosce in una organizzazione di significato personale controllante o contestualizzata riferisce di reagire, di fronte alle situazioni stressanti, provando disagio emotivo. Questo potrebbe indicare come fattori predisposizionali non incidano sulla adozione di strategie di coping, in quanto la risposta appare non differenziata tra le due organizzazioni, una inward e l'altra outward, viceversa tale dato potrebbe essere interpretato a partire dalla caratteristica comune delle due organizzazioni, ovvero una altra reciprocità rispettivamente semantica e fisica con la figura di attaccamento, che potrebbe accompagnarsi ad una più elevata reazione di disagio emotivo allo stress percepito.

Quindi ho proceduto analizzando le *correlazioni*, nel campione degli *infermieri*, tra strategie di *coping*, *sottoscale dello stress*, *regolazione delle emozioni* e *organizzazione di significato personale* (R di Pearson).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
infermieri																
Reappraisal	1															
Suppression	.297**	1														
Stress totale	.029	-.069	1													
Stress attacco personale	.025	-.186*	.740**	1												
Stress emergenza	.055	-.086	.689**	.359**	1											
Stress imprevisi organizzativi	.041	-.126	.648**	.474**	.319**	1										
Stress svalutazione personale	.041	-.107	.594**	.478**	.243**	.493**	1									
Stress relazioni problematiche	.028	-.060	.611**	.237*	.469**	.268	.152	1								
Coping soluzione del problema	.174*	-.140	.159	.173	.077	.095	.125	-.031	1							
Coping supporto sociale	.302**	-.083	.339**	.383**	.201*	.331**	.212*	.245**	.325**	1						
Coping disagio emotivo	.117	-.027	.394**	.259**	.331**	.270**	.252**	.390**	-.129	.381**	1					
Coping evitamento del problema	.075	.066	.044	.023	-.101	.170	.010	.221*	-.068	.304**	.495**	1				
Organizzazione contestualizzata	.005	-.134	.163	.293**	.162	.181	-.038	-.005	-.146	.341**	.492**	.136	1			
Organizzazione controllante	.071	.140	.147	.302**	.030	.077	.098	.089	-.062	.063	.341**	.261**	.448**	1		
Organizzazione normativa	-.112	-.134	-.087	.131	.028	-.011	.026	.182	-.148	-.101	.221*	.201*	.322**	.322**	1	
Organizzazione distaccata	.030	.206*	-.014	.047	-.203	.031	.026	.025	-.084	-.091	.203*	.188	.436**	.528**	.436**	1

\*\*p<0.01 (a 2 code)

\* p<0.05 (a due code)

Tabella 4.18 – Correlazioni sottocampione infermieri

Innanzitutto si evidenziano correlazioni positive tra reappraisal e coping di soluzione del problema e di richiesta di supporto sociale, analogamente al campione generale. In particolare negli infermieri si evidenziano correlazioni positive tra la strategia di coping del disagio emotivo e rispettivamente sia il livello di stress totale, sia i livelli di stress specifici delle singole sottoscale (attacco personale, emergenza clinica, imprevisti organizzativi, svalutazione personale, relazioni problematiche). Il disagio emotivo presenta una correlazione maggiore con lo stress conseguente a difficoltà nelle relazioni con pazienti e colleghi e con lo stress generato da situazioni di emergenza clinica. Questo potrebbe indicarci che situazioni di emergenza e di difficoltà nella gestione delle interazioni probabilmente risultano maggiormente impegnative per i professionisti. La richiesta di supporto sociale è una modalità di coping che correla negli infermieri rispettivamente con tutte le sottoscale dello stress. Tale strategia di coping appare maggiormente associata a livelli di percezione di attacco personale e di imprevisti organizzativi più elevati. Il coping di evitamento del problema risulta associato con i livelli di stress conseguenti a relazioni problematiche, ad indicare una certa difficoltà che i professionisti possono incontrare nel fronteggiare ostacoli sul piano relazionale.

L'organizzazione di significato personale contestualizzata correla rispettivamente con i livelli di stress dell'attacco personale, con il coping di disagio emotivo e con il coping di richiesta del supporto sociale. Il primo dato è comprensibile in quanto situazioni di attacco diretto o indiretto o di slealtà da parte dei colleghi rientrano in tematiche molto importanti per tale organizzazione di significato personale fortemente centrata su tematiche di adeguatezza e approvazione personale. Analogamente la modalità di coping di richiesta di supporto sociale può essere associata alla ricerca di approvazione esterna, elemento centrale in tali organizzazioni.

L'organizzazione di significato personale controllante correla con i livelli di stress dell'attacco personale, con il coping di disagio emotivo e quello dell'evitamento del problema. I livelli alti di percezione dello stress conseguente a comportamenti sleali dei colleghi possono associarsi alla necessità che tali organizzazioni hanno di gestione delle situazioni e delle relazioni, che in caso contrario vengono vissute come fonte di costrizione e percepite come non affidabili.

Si evidenzia una significativa correlazione positiva tra organizzazione di significato personale distaccata e la strategia di regolazione emotiva della suppression, che può essere comprensibile data la tendenza di tali organizzazioni ad evitare contenuti emotivi negativi, soprattutto in situazioni di difficoltà o di distanza da parte degli altri.

Quindi ho proceduto analizzando le *correlazioni*, nel campione dei medici, tra strategie di *coping*, *sottoscale dello stress*, *regolazione delle emozioni* e *organizzazione di significato personale* (R di Pearson).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
medici	1															
Reappraisal	1															
Suppression	.422**	1														
Stress totale	.137	.114	1													
Stress attacco personale	-.087	-.004	.570**	1												
emergenza clinica	.205	.073	.684**	-.134	1											
Stress confronto con la morte	.004	-.043	.490**	.760**	-.198	1										
Stress relazioni problematiche	.061	.014	.724**	.317*	.334*	.385**	1									
Stress svalutazione personale	.197	.09	.800**	.436**	.458**	.258	.372**	1								
Coping soluzione del problema	.12	-.049	.075	.117	-.08	.271*	-.084	.184	1							
Coping supporto sociale	-.076	.002	.215	.392**	.063	.263	.249	.215	.068	1						
Coping disagio emotivo	-.024	.142	.429**	.509**	.191	.294*	.387**	.380**	-.125	.478**	1					
Coping evitamento del problema	.021	.247*	.062	.191	.022	.046	.201	-.108	-.253*	.430**	.517**	1				
Organizzazione contestualizzata	-.013	.178	.158	-.149	.307	.102	.172	.07	-.241	-.154	.295	.164	1			
Organizzazione controllante	-.127	.328	.28	-.063	.214	-.015	.311	.453	.248	-.261	.089	-.311	.527**	1		
Organizzazione normativa	.168	.387*	.042	-.328	.009	-.532*	-.389	-.297	.319	-.16	-.251	-.044	.067	.06	1	
Organizzazione distaccata	.234	.285	.079	-.084	.169	.074	-.001	.343	.382	-.006	-.11	-.266	.233	.392*	.498**	1

\*\*p<0.01 (a 2 code)

\* p<0.05 (a due code)

Tabella 4.19 – Correlazioni sottocampione medici

Nel sottogruppo dei medici emergono le seguenti correlazioni significative: la regolazione emotiva della suppression correla con punteggi più alti di coping di evitamento del problema, ad indicare come la tendenza ad inibire il proprio vissuto emotivo si possa accompagnare ad un comportamento di allontanamento dalla situazione problematica; il coping di evitamento del problema risulterebbe non funzionale al fine della gestione del vissuto di stress da parte dei medici.

Il coping di disagio emotivo correla positivamente con i livelli di stress generale, lo stress dell'attacco e della svalutazione personale e delle relazioni problematiche. Ciò ci può far pensare che situazioni difficili da un punto di vista relazionale e interpersonale risultino di non facile gestione da parte dei professionisti.

Il coping di richiesta del supporto sociale correla positivamente con lo stress conseguente ad attacco personale. In particolare quindi i medici risultano ricorrere significativamente al supporto da parte di colleghi se posti di fronte a situazioni di comportamenti sleali subiti o di imprevisti che ostacolano l'espletamento dei propri compiti.

I punteggi sulla scala dell'organizzazione di significato personale normativa correlano significativamente con la strategia di regolazione emotiva dell'inibizione; questo potrebbe essere comprensibile con la tendenza che tali organizzazioni hanno di imporsi l'adesione a norme, che potrebbe portarli ad inibire i propri contenuti emotivi, se vissuti come non accettabili in determinate situazioni; potrebbe risultare in contrasto con la preferenza che tali organizzazioni hanno per il canale cognitivo piuttosto che per quello emotivo. Ci saremmo potuti aspettare una correlazione positiva con la strategia del reappraisal, che nel nostro campione non è emersa. Infine l'organizzazione di significato normativa correla negativamente con i livelli di stress dati dal confronto con la morte, ad indicare come situazioni di gravità o cronicità clinica siano maggiormente gestibili da parte di professionisti con una elevata tendenza ad aderire a norme interne ed a possedere certezze.

Un'analisi di regressione gerarchica finalizzata a ponderare gli effetti delle diverse organizzazioni di significato personale, dei livelli di stress percepito e delle due strategie di regolazione emotiva sulle modalità di coping non ha prodotto valori statisticamente significativi.

## 4.7 Discussione

Dai dati emersi possiamo elaborare le considerazioni che seguono.

Innanzitutto si evidenziano la rilevanza e l'impatto che le emozioni hanno nel contesto delle professioni di cura, in quanto ad esempio nel nostro campione le professioniste donne utilizzano, in maniera significativamente maggiore, rispetto al campione normativo, le due strategie di regolazione prese in considerazione. Con l'aumentare dell'anzianità lavorativa la capacità di regolazione delle emozioni sembra crescere: l'esperienza quindi porterebbe il nostro campione a gestire in maniera più funzionale l'impatto emotivo delle proprie situazioni lavorative.

I punteggi di stress risultano in un intervallo medio. Sul totale dei professionisti coinvolti solo il 14% si colloca in un livello di percezione di stress elevato: tale percentuale risulta molto inferiore al 35%, che è la percentuale dei lavoratori europei che dichiarano di ritenere la propria salute ad alto rischio per l'incidenza delle condizioni lavorative (European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, 2007;

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>).

La fonte di tale carico sui professionisti della sanità è ricondotta non solo a variabili relative alla sfera tecnicistico-specialistica, quanto a quella relazionale. Soprattutto gli infermieri riferiscono alti livelli di stress conseguenti a difficoltà di ordine relazionale o interpersonale. Sia nei medici sia negli infermieri il disagio emotivo sarebbe conseguente a situazioni contraddistinte da difficoltà di rapporto con i colleghi, per comportamenti sleali o di attacco personale. In tali situazioni i professionisti dichiarano di ricorrere alla richiesta di supporto sociale da parte di colleghi. Possiamo quindi dedurre che sussista nei professionisti della sanità il riconoscimento di un bisogno di supporto, analisi ed elaborazione di vissuti emotivi e relazionali legati al loro contesto lavorativo.

Il livello col quale i professionisti hanno dichiarato di ricorrere alla risoluzione del problema, che sta alla base del proprio vissuto di malessere, è il più basso tra le quattro strategie di coping: questo potrebbe essere conseguente ad un senso di scarsa incidenza che i professionisti sentono di avere nel produrre un cambiamento nel proprio contesto, oppure potrebbe conseguire ad uno scarso investimento dei professionisti stessi. Tutto ciò ci aprirebbe ad una discussione in merito al senso di



appartenenza dei professionisti alla propria azienda, che non abbiamo spazio di approfondire.

L'elevata frequenza con la quale i professionisti ricorrono alle strategie di coping del disagio emotivo e della richiesta di supporto sociale ci confermano quanto le emozioni, in particolare gli stati di malessere, e le relazioni siano presenti e incidano nella vita quotidiana delle professioni sanitarie.

Per quanto riguarda le organizzazioni di significato personale emergono interessanti correlazioni con modalità di coping. Non emergono invece, differenze sostanziali tra organizzazioni di tipo inward e outward nella regolazione delle emozioni, probabilmente a causa dell'esigua numerosità del campione considerato.

#### **4.8 Conclusioni**

Dai risultati ottenuti attraverso la ricerca condotta sono emersi molteplici spunti di riflessione. La domanda all'origine del progetto era quella di definire se e in quale modo le relazioni tra professionisti incidano sui livelli di stress percepito da parte dei professionisti della sanità. Al termine del percorso è possibile rispondere affermativamente a tale domanda e sottolineare l'importanza di intervenire con finalità preventive sul rischio psicosociale nel contesto sanitario. Se i professionisti risultano abbastanza capaci di fronteggiare gli imprevisti organizzativi e tecnici, appaiono meno competenti sul piano della comunicazione e gestione anche della componente emotiva conseguente a relazioni con pazienti, parenti dei pazienti e colleghi, connotate da un elevato carico di emozioni.

Senza distogliere lo sguardo da variabili di ordine organizzativo strutturale, quindi senza sottovalutare l'importanza di rilevare ed eventualmente modificare caratteristiche dell'organizzazione del lavoro o altre variabili date dal contesto lavorativo, si impone abbastanza urgentemente la necessità di fornire ai professionisti della sanità quel supporto e quegli strumenti che consentano loro di porre attenzione, esplicitare ed elaborare eventuali vissuti disturbanti legati alla sfera emotivo-relazionale che può avere un impatto significativo sul vissuto lavorativo quotidiano e conseguentemente anche sulla qualità delle prestazioni erogate.

E' emerso da tale lavoro il riconoscimento dell'importanza di tener conto di competenze non solo tecniche ma anche relazionali nelle professioni sanitarie e conseguentemente l'importanza di pianificare e valutare la ricaduta di interventi di formazione finalizzati all'acquisizione di abilità psicosociali.

## BIBLIOGRAFIA

Akerboom, S., Gelsema, T.I., Janssen, M.B., Maes, S., Van Der Doef, M., & Verhoeven, C. (2006). Longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14 (4), 289–299. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00635.x

Albanese, O., Doudin, P.A., Fiorilli, C., Fréchette, S., Lafortune, L., & Sorin, N. (a cura di). (2011). *La comprensione: aspetti cognitivi, metacognitivi ed emotivi*. Milano; FrancoAngeli.

Albanese, O., Lafortune, L., Daniel, M.F., Doudin, P.A., & Pons, F. (a cura di). (2006). *Competenza emotiva tra psicologia ed educazione*. Milano: Franco Angeli.

Amirkhan J.H. (1990), A factor analitically derived measure of coping: The coping Strategy Indicator, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-196

Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. Oxford, England: Commonwealth Fund.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How people Manage stress and stay well*. San Francisco, Calif.: Jossey Bass.

Apker, J., Propp, K.M., & Zabava Ford, W.S. (2005) Negotiating Status and Identity Tensions in Healthcare Team Interactions: An Exploration of Nurse Role Dialectics. *Journal of Applied Communication Research*, 33 (2), 93-115.

Armocida G., Zanobio B. (2006). *Storia della medicina*. Milano: Masson S.p.A.

- Arnold, M.(1960). *Emotion and Personality*. New York: Columbia University.
- Asprea, A.M., Villone Batocchi, G. (1998). *Ansia, stress e coping nella prospettiva cognitiva*. Napoli: Gnocchi Ed.
- Avallone, F. (1989). *La formazione psicosociale: metodologie e tecniche*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Avallone, F. (1994). *Psicologia del lavoro*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Avallone, F., Gemelli, M.G. (1990). *Lavorare in ospedale. Ricerca psicosociale sulla condizione professionale degli infermieri*. Milano; Angeli.
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2006). The job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W.B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341-356.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Euwema, M.C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-180.
- Balducci, C., Fraccaroli F., & Schaufeli W.B. (2011). Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anxiety, Stress & Coping*, 24 (5), 499-513.
- Balint, M., Hunt, J., & Joyce, D. (1970) *Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice*. Toronto: J.B. Lippincot.

Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J.J. (2010). An Italian Adaptation of Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61-67.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1996). *Il senso di autoefficacia: aspettative su di sé e azione*. Trento: Erikson.

Bandura, A. (2000). *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Trento: Erikson.

Bara, B. G.(1999). *Pragmatica cognitiva: i processi mentali nella comunicazione*. Torino: Bollati Boringhieri.

Barbaranelli, C. (2006). *Analisi dei dati con SPSS. Le analisi multivariate*. Milano: Universitarie di Lettere Economia e Diritto.

Barbaranelli, C., & D'Olimpio, F. (2007). *Analisi dei dati con SPSS. Analisi di base*. Milano: Universitarie di Lettere Economia e Diritto.

Barrett, L.F. (2009). The Future of Psychology: Connecting Mind to Brain. *Invited Contribution. Perspectives in Psychological Science*, 4, 326-39.

Bateson, G., (1977), *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Beach, M.C., & Inui, T. (2006). Relationship-Centred Care Research Network. Relationship-Centred care. A constructive reframing, *Journal of General Internal Medicine*, 21, 3-8.

Bechara, A., & Damasio, A.R. (2005). The Somatic Marker Hypothesis: a Neural Theory of Economic Decision. *Games and Economic Behavior*, 52, 336-372.

Bensing, J. (2000). Bringing the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine. *Patient Education and counseling*, 39, 17-25. Ireland: Elsevier.

Berg, C.A., Meegan, S.P. & Deviney, F.P. (1998). A Social-contextual Model of coping with every day problems across the life span. *International Journal of Behavioural Development*, 22, 239-263.

Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). Coping, stress and social resources among subjects with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.

Birns, B., & Golden M. (1972). Prediction of intellectual performance at 3 years from infant tests and personality measures. *Journal of Developmental Psychology*, 18(1), 53-58.

Bisanti, R., Andreoli, G., De Isabella, G., (2003). Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza sanitaria nell'azienda ospedaliera. In De Isabella, G., Colombi, S. et al. *La psicologia nelle aziende ospedaliere e negli IRSCCS*, Milano: Centro Scientifico.

Bisanti, R., Rezzonico, G., & Carassa, A. (2006). La relazione interpersonale nella comunicazione in medicina, *Psicologia della salute*, 1, 16-32.

Borgogni, L., & Consiglio, C. (2004). Burnout: evoluzione di un costrutto. *Giornale Italiano di Psicologia*, 22 (1), 23-58.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books (trad. it. 1972 *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri).

Bowling N.A., Beehr T.A., Bennett M.M., Watson C.P. (2010). Target personality and workplace victimization: A prospective analysis. *Work & Stress*, 24 (2), 140-158. Doi: 10-1080/02678373.2010.489635.

Bradley, H.B. (1969). Community based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359-70.

Brill, P.L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.

Briner R.B. (1997) Improving stress assessment: Toward an evidence based approach to organizational stress interventions, *Journal of psychosomatic Research*, 43, 61-71.

Brizio, A., & Tirassa, M. (2012). Le emozioni come presenza nell'esperienza. In G. Rezzonico & I. De Marco, *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista*. Torino: Bollati Boringhieri.

Buunk B.P. & Schaufeli W.B. (1999) Reciprocity in interpersonal relationships: an evolutionary perspective on its importance for health and well being. In W. Stroebe & M. Hewstone (eds) *European Review of Social Psychology*, vol.10. Chichester: John Wiley & Sons , pp.260-91.

Cannon W.B. (1914) The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches, in *American Journal of Psychology*, 25(2): 256-282.

Cannon, W.B. (1927). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*, 39 (1/4), 106-124.

Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Boston, Mass. : Brandford.

Cannon, W.B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: Norton.

Cartabellotta, A. (2006). La medicina basata sulle evidenze: criticità e prospettive. *Recenti progressi in medicina*, 97(11), 640-646.

Cartabellotta, A. (2011). La formazione continua in medicina nell'era della clinica governante: opportunità e criticità. *Rivista per la formazione*, 87, 98-104.

Caruso, A., Bongiorno, L. (2005). La formazione alla relazione in ambito oncologico. In Morasso G., Tomamichel M., (a cura di). *La sofferenza psichica in oncologia: Modalità di intervento*. Roma: Carocci.

Carver, C.S., Scheirer, M.F. (1981). *Attention and self-regulation. A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer.

Carver, C.S., & Scheirer, M.F. (1999). Stress, coping and self regulatory processes. In L.A. Pervin e O.P. Hohn (a cura di). *Handobook of Personality* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: The Guilford.

Carver, C.S., Scheirer, M.F. & Wintraub, J.K. (1989). Coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the Human Services*. Beverly Hills, CA: Sage.

Cohen, S., Kessler, R.C., & Gordon, L.U. (eds.) (1995). *Measuring stress. A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University.

Compas, B.E. (1987). Stress and Life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.



Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.

Converso, D., Gattino, S., & Loera, B. (2009). Antecedenti della sindrome di burnout nella sanità pubblica: fattori interpersonali e organizzativi. *Risorsa Uomo*, 15 (3), 50-68.

Cooper, C.L., & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-28.

Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro, (2010). *Valutazione e gestione del rischio stress lavoro correlato. Guida operativa*. <[www.amblav.it/download/STRESS-Guida-Regioni-Marzo-2010.pdf](http://www.amblav.it/download/STRESS-Guida-Regioni-Marzo-2010.pdf)>

Cornelius, S.W. & Caspi, A. (1987). Every-day problem solving in adulthood and old age. *Psychology and Aging*, 2, 144-153.

Cortese, C.G., Ricotta, S., Gerbaudo, L., & Violante, B. (2009). L'intenzione di lasciare un'azienda ospedaliera: Predittori a confronto. *Risorsa Uomo*, 2, 50-66.

Cox, T., Griffiths, A.J., & Cox, S. (1996). *Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health*. Geneva: International Labour Office.

Cunningham, C.J.L., De La Rosa, G.M., & Jex S.M. (2009). The dynamic influence of individual Characteristics on employee well-being: A review of the theory, research, and future directions. In K.Naswall, J. Hellegren & M.Sverke, *The individual in the changing Working Life*. Cambridge: Cambridge University.

Curtis, A. (1999). *Health Psychology*. London: Routledge.

Damasio, A.R., (1994). *Descartes Error. Emotion, Reason, and the Human Brain*, New York: Putnam. [trad.it. (1995) *L'errore di Cartesio. Emozioni, ragioni e pensiero umano*. Milano: Adelphi]

Damasio, A.R. (1999). *The feelings of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, London: Hienemann [trad.it *Emozione e coscienza*, Milano, Adelphi 2000]

Daniels, K. (2006). Rethinking job characteristics in work stress research. *Human Relations*, 59, 267-90.

Davis, D., Evans, M., Jadad, A., Perrier, L., Rath, D., & Ryan, D. (2003). The case of knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *British Medical Journal*, 327, 33-35.

Davis, D., Mazmanian, P.E., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K.E., & Perrier, L. (2006). Accuracy of physician Self-assessment Compared with observed measures of Competence. A systematic Review. *Journal of American Medical Association*, 296(9), 1094-1102.

Degeling, P., Hill, M., Kennedy, J., Coyle, B., Maxwell, S. (2000). Across-national study of differences in the identities of nursing in England and Australia and how this has affected nurses' capacity to respond to hospital reform. *Nursing Inquiry*, 7, 120-35. Medline:11075109 doi:10.1046/j.1440-1800.2000.00056.x

Di Martino, V. (2003). *Workplace violence in the health sector*, [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf)

Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E., (2000), *Misurare lo stress. Il Test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata*, Franco Angeli, Milano.

Dorenweld, B.S.(1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-14.

Eckenrode, J. (1991). *The social context of coping*. New York: Plenum.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn out: stages of Dissillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., & Guthrie, I. (1997). *Coping with stress. The roles of regulation and development*. In J.N. Sandler e S.A. Wolchik (a cura di), *Handbook of children's coping with common stressor: Linking theory, research, and intervention*. New York: Plenum Press.

Endler, N.S., & Parker,J.D. (1990a). *Coping Inventory for Stressfull Situation (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health System.

Endler, N.S., & Parker, J.D. (1990b). Multidimensional Assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.

Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.

Epstein, R.M., & Hundert, E.M. (2002). Defining and assessing Professional Competence. *Journal of American Medical Association*, 287(2), 226-235.

Escalona, S. (1968). *The Roots of Individuality*. Chicago: Aldine.

Etzion, D. (1987). Burnout: The hidden agenda of human distress. *IIBR series in Organizational Behavior and Human Resources*, working paper no.930/87, the

Israel Institute of Business Research, Faculty of Management, Tel Aviv University, Israel.

Farné M., (1999). *Lo stress*. Bologna: Il Mulino.

Farné, M. (2003). *Stress: un fenomeno olistico*. CLUEB, Bologna.

Fassio O., Galati D. (2006). Strategie di intervento psicologico per gli operatori dell'emergenza sanitaria. *Psicologia della salute*, 1, 175-187.

Fields, L. & Prinz, R.J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17 (8), 937-976.

Firth-Cozens, J., Payne, R. (1999). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. London: Wiley.

Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 687-695.

Fogel, A. (1993). *Developing Through Relationships: Origins of Communication, Self and Culture*. Chicago: University of Chicago.

Folkman S., Lazarus R.S. (1985), If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examinations. *Journal of personality and Social Psychology*, 48, 140-170.

Fraccaroli, F., & Balducci, C. (2011). *Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni*. Bologna: Il Mulino.

Frank, L.K. (1954). *Feelings and Emotions*. New York: Random House.

Frankel, R.M. (2004). Relationship-centered care and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 19: 1163-65.

Frankel, R.M., Inui, T. (2006). Re-forming relationship in health care. Papers from the Ninth Biennial Regenstrief Conference. *Journal of General Internal Medicine*, 21: 1-2.

Frascheri, C. (2011). *Il rischio da stress lavoro-correlato: Normativa, procedure di valutazione e organizzazione del lavoro*. Roma: Lavoro.

Frattola, L. (2002). La formazione medica ed il SSN alla luce dei recenti orientamenti didattici. *Tendenze Nuove*, 1, 53-60.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-65.

Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: University. [trad.it. *Emozioni*, il Mulino, Bologna 1990].

Frijda, N.H. (1988). The laws of emotions, *American Psychologist*, 43, 349-58.

Frydenberg, E. (1994). Coping with different concerns: consistency and variation in coping strategies used by adolescent. *Australian Psychologist*, 29: 45-48.

Gallagher, S. (2007a). Phenomenological and Experimental Research on Embodied Experience, in T. Ziemke, J. Zlatev, R. Frank e R. Dirven (a cura di), *Body, Language and Mind* (pp.241-63), vol.1, Berlin: Mouton de Gruyter.

Gallagher, S. (2007b). Moral Agency, Self-Consciousness, and Practical Wisdom. *Journal of Consciousness Studies*, 14 (5-6), 199-223.

Gansteret D.C., Sime, W.E., & Mayes, B.T. (1989). Type A behaviour in the work setting: A review and some new data. In A.W. Siegman e T.M. Dembroski (a cura di ), *In Search of coronary-Prone Behavior: Beyond Type A*, Hillsdale: Erlbaum.

Gelderens, B.R., Bakker, A.B., Konijn, E.A., & Demerouti, E. (2011). Daily suppression of discrete emotions during the work of police service workers and criminal investigation officers. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24 (5), 515-537.

Gilbert, P. (2000). Social Mentalities: internal “social” conflict and role of inner warmth and compassion in cognitive therapy, in P. Gilbert & K. Bailey (eds.) *Genes on the couch. Explorations in evolutionary psychotherapy*, East Sussex: Brunner-Routledge.

Glass, R.M. (1996). The patient-physician relationship. JAMA focuses on the center of medicine. *Journal of American Medical Association*, 275, 147-8.

Gosserand, R.H., & Diefernorff, J.M. (2005). Display rules and emotional labor: The moderating role of commitment, *Journal of Applied Psychology*, 90, 1256-1264.

Grazzani Gavazzi, I. (2009). *Psicologia dello sviluppo emotivo*. Bologna: Il Mulino.

Green L.W., Kreuter M., Deeds S., & Partridge K., (1980). *Health education planning: a diagnostic approach*, Palo Alto, C.A.: Manfield Press.

Griffiths, P.E. (1997). *What Emotions Really Are. The Problem Of Psychological Categories*. Chicago: University of Chicago.

Griffiths, P.E. (2004). *Toward a Machiavellian Theory of Emotional Appraisal*. In P. Cruise & D. Evans (a cura di). *Emotion, Evolution and Rationality*. Oxford: Oxford University.

Groi, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. Doi: 10.1017/S0048577201393198.

Gross, J.J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford.

Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes. Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85: 348-362.

Gross, J.J., & John, O.P. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences and life span development. *Journal of Personality*, 72:6.

Gross, J.J., & Thomson, R.A.(2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J.J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford.

Guidano V., Liotti G. (1983), *Cognitive Processes and emotional disorders*, Guilford, New York.

Hanson, S. (2005). Teaching health care ethics: why we should teach nursing and medical students together. *Nursing Ethics*,12,167-76.

Haviland, J. (1975). *Looking smart: the relationship between affect and intelligence in infancy*. In Lewis, M. (a cura di), *Origins of Intelligence in infancy* (pp.353-378). New York: Plenum.

Heckhausen, J. & Schultz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102 (2), 284-304.

Heuven, E., & Bakker, A.B. (2003). Emotional dissonance and burnout among cabin attendants. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12, 81-100.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: an International Review*, 50, 337-70.

Hobfoll, S.E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307-324.

Hobfoll, S.E., & Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: Application to stress and management in the workplace. In Golembiewski, R.T. (Eds), *Handbook of Organization Behavior*, 2<sup>nd</sup> ed., (pp.57-81), New York: Dekker.

Hochschild A.R. (1983). *The managed heart*. Berkley, CA: University of California Press.

Hoffman, M. (1985). *Affect, cognition and motivation*. In Sorrento, R., Higgins, E.I. (a cura di), *Handbook of Motivation and Cognition*(pp.244-280). New York: Guilford.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Husserl, E. (2001). *La filosofia come scienza rigorosa*. Roma-Bari: Laterza.



Ilo, International Labour Organization. (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control*. Occupational Safety and Health, 56, Geneva, International Labour Office.

Izard, C.E. (1991). *The psychology of Emotions*. New York: Plenum Press.

Izard, C.E., Dougherty, L., & Hembree, E.A. (1983). *A system for identifying affect expressions by holistic judgments (AFFEX)*. Newark: Instructional Resources Center University of Delaware.

Izard, C.E., Kagan, J., & Zajonc, R., (a cura di), (1984). *Emotion, cognition and behavior*. Cambridge, Mass.: Cambridge University.

Kahn, R.L., & Byosserie, P.(1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and organizational psychology* (Vol. 3, pp.571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.

Karasek R.A., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers e Amik B. (1998) The job content questionnaire (Jcq): An instrument for internationally comparative assessment of Psychosocial job characteristics, *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4), 322-355.

Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Kassirer, J.P. (1994). Incorporating patients preferences in medical decisions. *New England Journal Medicine*, 333, 1895-6.

Kellerman, H. (1983). An epigenetic theory of emotions in early development. In Plutchik, R., Kellerman, H. (a cura di), *Emotion: Theory, research and Experience* (pp.315-349). New York: Academic.

Korotkov, D., Perunovic, M., Claybourn, M., Fraser, I., Houlinhan, M., Macdonald, M., & Korotkov, K.A. (2010). The type B behaviour pattern as moderating variable of the relationship between stressor chronicity and health behaviour, *Journal of Health Psychology*, 26, 50-65.

Kruml, S.M., & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor: the heart of Hochschild's work. *Management Communication Quarterly*, 14, 8-49. Doi: 10.1177/0893318900141002.

Latocca, R., & Pasini, E. (2005). From continuing medical education (CME) to continuing professional development (CPD): a possibility for Italian doctors? *Journal of Medicine and the Person*, 3 (4), 163-170.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: Mc Graw Hill.

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R.S. (2006) *Stress and emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.

Le Blanc, P.M., De Jonge, J., & Schaufeli, W.B. (2008). Job stress and occupational Health, in N. Chmiel (a cura di), *An Introduction to Work and Organizational Psychology: An European Perspective*, 2<sup>nd</sup> Ed. Oxford: Blackwell.

Leiter, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. *Human Relations*, 43, 1067-83.

Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns, *Journal of Organizational Behavior*, 12: 123-44.

Leiter, M.P. (1993). Burnout as developmental process: consideration of models. In W.B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (eds) *Professional burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington D.C.: Taylor & Francis, pp.237-50.

Levenstein J.H., McCracken E.C., McWhinney I.R., Stewart M.A., Brown J.B. (1986). *The patient centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Family Practice*. Oxford University Press. Vol 3, no.1, 24-30.

Lewin, K. (1951). *Field theory in Social Science*. New York: Harper and Row [trad.it. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1972].

Liccione D. (2011). *Psicoterapia cognitiva neuropsicologica*. Torino: Bollati Boringhieri.

Liccione, D. (2012). Neuropsicologia, emozioni e significati. In G. Rezzonico & I. De Marco, *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista*. Torino: Bollati Boringhieri.

Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.

Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Cortina.

Liotti, G. (2009). Attachment and Dissociation. In P. Dell, & J.A. O'Neil (Eds.). *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge.

Liotti, G. (2005). Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni. In B. Bara (a cura di). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

Liotti G., & Iannucci, C. (1993). La teoria motivazionale di Lichtenberg e la prospettiva cognitivo-evolutiva: spunti per un confronto. *Attualità in Psicologia*, 8(3), 11-28.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., & Gould, C.(2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Primary Care. British Medical Journal*. 322:1-7.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., & Gould, C. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323:908-11.

Lumley, M.A., Lynn, C.N., & Burgera, A.J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 230-246.

Maddi, S.R., Harvey, R.H., Khoshaba, D.M., Lu, J.L., Persico, M., & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism and performance. *Journal of Personality*, 74, 2.

Magnani, M., & Majer, V. (2011). *Rischio stress lavoro-correlato: Valutare, intervenire, prevenire*. Milano: Raffaello Cortina.

Maslach C. (1993) Burnout: a multidimensional perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds) *Professional burnout: Recent development in Theory and Research* (pp.19-32). Washington DC: Taylor & Francis.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.

Mate, D., & Tirassa, M. (2010). Knowledge. In L. Cummings (a cura di), *Encyclopedia of Pragmatics* (pp.239-242), London: Routledge.

Mayo, E. (1969). *I problemi umani e socio-politici della civiltà industriale*. Torino: Unione tipografica editrice torinese.

Mcfarlane, J., Holmes, W., Macfarlane, R., Britten, N. (1997). Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *British Medical Journal*, 315: 1211-1214.

McMillan, L.H.W., O'Driscoll, M.P. & Burke, R.J. (2003). Woraholism: A review of the theory, research and future directions. In C.L. Cooper e I.T. Robertson (a cura di), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester: Wiley.

Merlau-Ponty, M. (1945). *Phenomenologie de la perception*. Paris : Gallimard.[trad. It. (2005). *Fenomenologia della percezione*, Milano:Bompiani]

Migali E., M. Morandini (2004). Il mutamento delle professioni. *Rivista di Medicina di Laboratorio - JLM*, 5 (3), 43- 55.

Miller, K.I., Joseph, L., & Apker, J. (2000). Strategic ambiguity in the role development process. *Journal of Applied Communication Research*, 28, 193-214.

Ministero della Salute (2009).

<<http://www.salute.gov.it/ecm/presentazione/presentazione.jsp?sez=pro>>

Mimura, C., & Griffiths, P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60,10-15. doi:10.1136.

Moos, R.H., & Schaefer, J.A.(1993). Coping resources and process: Current concepts and measure. In L. Goldberger e S. Breznitz (a cura di), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free.

Nardi, B. (2007). *CostruirSi. Sviluppo e Adattamento di Sé nella Normalità e nella Patologia*. Milano: Franco Angeli.

Nardi, B., & Bellantuono, C. (2008). A new adaptive and evolutionary conceptualization of the Personal Meaning Organization (PMO). In R. Krause, S. Sulz, J. Holmes (Eds.), *European Psychotherapy*, 8, 5-16, Norderstedt: Psychotherapy in Europe, CIP-Medien.

Nardi, B., & Capecchi, I. (2007). Attivazioni emotive in soggetti invar e outward: considerazioni alla luce di una indagine di neuroimaging. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 21 (12), 8-24.

Naswall K., Hellgren J. e Sverke M. (2009). *The individual in the changing working life*. Cambridge: Cambridge University Press.

National Institute for Occupational safety and Health (1999). *Stress at work*. [www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf](http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf)

Nowak, K.M. (1989). Coping style, cognitive hardiness and health status. *Journal of Behavior Medicine*, 12, 145-158.

Ong, L.M.L., de Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammes, F.B. (1995), Doctor patient communication: a Review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40 (7), 903-918.

Parkes P., Murray C., Stevenson-Hinde J. (eds.) (1993), Attachment across the life cycle, Routledge, London (trad.it. L'attaccamento nel ciclo di vita, Il pensiero Scientifico, Roma, 1995).

Patel, V. L., Cytryn, K. N., Shortliffe, E. H., & Safran, C. (2000). The Collaborative Health Care Team: The Role of Individual and Group Expertise. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 12(3), 117-132. DOI:10.1207/S15328015TLM1203\_2.

Pathman D.E., Konrad T.R., Freed G.R., Freeman V.A., Koch G.G. (1996) The awareness to adherence model to the steps to clinical guideline compliance: the case of pediatric vaccine recommendations. *Medical Care*, 34, 873-89.

Patterson J.M., McCubbin H.I. (1987), Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement, *Journal of Adolescence*, 10, 163-186.

Pennebaker, J.W. (1997). *Opening Up: The healing Power of Expressing Emotions*. New York: Guilford Press.

Perrez M., Reicherts M. (1995), *Stress coping and health: A situation behavior approach: Theory, methods, applications*. Hogrefe and Huber, Seattle.

Petrini F., De Robertis E., Pelosi P., Solca M. (2009) Rapporti Europei e strategie di miglioramento del percorso formativo. *Anestesia Forum*. Vol.2:83-91.

Piaget, J. (1962). La formazione del simbolo nel bambino. Imitazione, gioco e sogno, immagine e rappresentazione. [Trad.it. Firenze: La Nuova Italia, 1968]

Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). La psicologia del bambino. Trad.It. (1970) Torino: Einaudi.

Pines, A. (1993) Burnout: an existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp.33-51). Washington D.C.: Taylor & Francis.

Prandi, F. (2006). Le culture della formazione in sanità. Un'analisi storico-critica dei modelli di apprendimento del sistema sanitario. *Rivista per la formazione*, 68, 69-86.

Prati, G., & Pietrantoni, L. (2009). La qualità della vita professionale nel lavoro di soccorso: Un contributo alla validazione italiana della Professional Quality Life Scale. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 2, 205-227.

Quaglino, G.P., & Carozzi, G.P. (1987). *Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati*. Milano: Franco Angeli.

Quick J.C., Quick J.D., Nelson D.L. e Hurrell J.J. (1997) *Preventive Stress Management in organizations*, Washington D.C.: American Psychological Association.

Quillian-Wolever, R.E., & Wolever, M.E. (2003). Stress management at work. In J. Quick & J. Campbell, *Handbook of Occupational Health Psychology*, Washington DC: American Psychological Association, 355-375.

Rezzonico G., Bisanti R. (2003). Il paziente e l'ospedale: l'incontro con la malattia, in De Isabella G., Colombi S. et al. *La psicologia nelle aziende ospedaliere e negli IRSCCS*. Torino: Centro Scientifico Ed.

Rezzonico, G., & De Marco, I. (2012). *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista*. Torino: Bollati Boringhieri.

Rezzonico, G., Lambruschi, F. (a cura di). (1996). *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*. Milano: FrancoAngeli.



Rezzonico, G., Ruberti, S. (1996). *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale*. Milano: Franco Angeli.

Ripamonti, C.A., Steca, P., Prunas, A. (2007). *Health Professions and Coping Scale. Manuale*. Firenze: Giunti O.S.

Rogers C. (1951) *Client-centred therapy – its current practice, implications and theory*. Cambridge, Mass: Riverside Press.

Rothbart, M., & Posner, M.I. (2006). *Temperament, attention and the development of self-regulation*. In K.McCartney & D. Phillips, *Handbook of early child development*, Oxford,UK: Blackwell.

Rothbaum, F., Weisz, J.R., & Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 5-37.

Rudolph, K.D., Denning, M.D., & Weisz, J.R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.

Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of Research and Theorizing. In *The Handbook of Work and Health Psychology*. Edited by M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubust and C.L. Cooper. John Wiley & Sons, Ltd.

Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.

Schaufeli W.B., Taris T.V. e Bakker A.B. (2008). It takes two to tango. Workhaolism as working excessively and working compulsively, in R.J. Burke e C.L.

Cooper (a cura di ) *The Long Work Hours Culture. Causes, Consequences and Choices*. Bingley: Emerald.

Schein E. *The corporate culture. Sense and nonsense about cultural change*. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishing;1992.

Scheirer, M.F., Carver, C.S., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138,32.

Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology and Methabolism*, 6, 117-231.

Selye, H. (1976). *Stress senza paura*. Milano; Rizzoli.

Shortell, S.M., Zazzali J.L., Burns L.R., Alexander J.A., Gillies R.R., & Budetti, P.P. (2001). Implementing evidence-based medicine: the role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *Medical Care*, 39 (Suppl 1), 62-78.

Shortell, S.M., Waters, T.M., Clarke K.W., & Budetti, P.P. (1998). Physicians as double agents: maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *Journal of American Association*, 280,1102-8.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons, *Social Science Medicine*, 58 (8), 1483-1499.

Skela Savic, B., Pagon, M. (2008). Relationship Between Nurses and Physicians in Terms of Organizational Culture: Who Is Responsible for Subordination of Nurses? *Croatian Medical Journal*, 49, 33-44.

Slade, A. (1999). *Attachment theory and research. Implications for the theory and practice of individual psychotherapy for adults*, in Cassidy J., Shaver P. (eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.

Smith, R.C., Lyles, J.S., Mettler, J., Stoffelmayr, B.E., Van Egeren L.F. et al. (1998). The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Annual of Internal Medicine*, 128, 118-26.

Smith, T.W., & McKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467.

Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 311-328.

Sommers, S. (1981). Emotionality reconsidered: The role of cognition in emotional responsiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 553-561.

Spector, P.E. (1992). A consideration of the validity and the meaning of self/report measures of job conditions. In C.L. Cooper & I.T. Robertson (a cura di), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp.123-151). Chistercher: Wiley.

Spencer, J.A., & Jordan, R.K. (1999). Learner centred approaches in medical education. *British Medical Journal*, 318, 1280-1283.

Spivey, B.E. (2005). Continuing Medical Education in the United States: Why it needs reform and how we propose to accomplish it. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 25, 6-15.

Sroufe, L.A. (2000). *Lo sviluppo delle emozioni: I primi anni di vita*. Milano: Raffaello Cortina.

Stechler, U., & Carpenter, G. (1967). *A viewpoint on early affective development*. In J. Hellmuth (a cura di), *The exceptional Infant*, (pp.163-190). Seattle: Special Child.

Stern, D.N. (1974). The goal and structure of mother-infant play. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*, 13, 402-421.

Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Trad.it. 1987, Torino: Bollati Boringhieri.

Stevenson, F.A., Cox, K., Britten, N., & Dundar, Y. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, 7, 235-245.

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *Primary Care BMJ*, 322, 468-469.

Strepparava, M.G. (2006). La conoscenza di sé come strumento di intervento. In Albanese, O. *Disabilità, integrazione e formazione degli insegnanti*. Azzano San Paolo: Junior.

Struss, D., & Benson, D. (1986). *The frontal lobes*. New York: Raven.

Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of four years of follow-up of adults, *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77-86.

Sutherland V.J., Cooper, C.L. (1986). Sources of work stress. In Hurrell, Jr. J.J., Murphy, L.R., Sauter, S.L., Cooper C.L. (eds.). *Occupational stress. Issues and developments in research*. London: Taylor & Francis.

Sweeney, K.G., MacAuley, D., & Pereira, G.D. (1998). Personal significance: the third dimension. *Lancet*, 351, 134-6.

Tabolli S., Ianni A., Renzi C., Di Pietro C., & Puddu P. (2006). Soddifazione lavorativa, burn out e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 28 (1), 49-52.

Thomson, R.A. (1990). Emotion and self-regulation. *Nebraska Symposium on Motivation*, 367-467.

Tomkins, S.S. (1984). Affect theory. In P. Ekman (ed.) *Emotion in the human face* (353-395). New York: Cambridge University.

Tousijn, W. (2000). *Il sistema delle occupazioni sanitarie: dominanza medica e logica professionale*. Bologna: Il Mulino.

Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control(-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13, 87- 114.

Van Gelderen B.R., Bakker A.B., Konijn E.A. , Demerouti E. (2011). Daily suppression of discrete emotions during the work of police service workers and criminal investigation officers. *Anxiety, Stress & Coping*, 24.(5), 515-537.

Van Iperen, W., Peeters, M.C.W., & Schaufeli, W.B. (2010). Understanding and treating workaholism : setting the stage for successful interventions. In R.J. Burke, & C.L. Cooper (Eds), *Risky business: Psychological, physical and financial costs of high risk behaviour in organizations* (pp.107-134). Surrey, U.K.: Gower.

Varisco, B.M. (2002). *Costruttivismo socioculturale*. Roma: Carocci.

Venza, G., & Amenta, P. (2005). Bisogni formativi, soddisfazione lavorativa e aziendalizzazione degli ospedali: cosa è cambiato? Una indagine presso una Azienda Ospedaliera Siciliana. *Psicologia della Salute*, 1, 135-146.

Warr, P.B. (2007). *Work, happiness and unhappiness*. New Jersey: Laurence Erlbaum.

Watson, D., & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Werner, H.,(1940). *Comparative psychology of mental development*. New York: International Universities.

Wong, C., Hui, C., & Law, K.S. (1998). A longitudinal study of the job perception- job satisfaction relationship: A test of the three alternative specifications. *Journal of Occupational and organizational Psychology*, 71, 127-146.

Zani, B., Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.

Zani, B., Cicognani, E. (2002). *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Roma: Carocci.

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237-268. Doi:10.1016/S1053-4822(02)00048-7.

Zapf, D., & Frese, M. (1996). Longitudinal Studies in Organizational Stress Research: A review of the Literature With Reference to Methodological Issues. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (2), 145-169.

Zapf, D., & Holz, M., (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15, 1-28.

Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress. The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 8, 371-400.

Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E., & Schaufeli, W.B. (2007). The Role of Personal Resources in the Job-Resources Model. *International Journal of Stress Management*, 14 (2), 121-141.