



**Dott.ssa
Michela Mazzetti**
Dipartimento di Medicina
Specialistica,
Diagnostica e Sperimentale,
Scuola di Medicina e
Chirurgia dell'Università
di Bologna



**Dott.ssa
Giulia Patrignani**
CdL in
Infermieristica,
Scuola di Medicina e
Chirurgia
dell'Università
di Bologna



**Dott.ssa
Serena Di Campli**
CdL in
Infermieristica,
Scuola di Medicina
e Chirurgia
dell'Università
di Bologna

La risposta agli **stimoli emozionali**, la prima impressione e la presa in carico: sfide quotidiane al personale infermieristico e alle organizzazioni sanitarie

PRESENTAZIONE GENERALE DELLA RICERCA

A cosa servono le emozioni? In base a cosa formiamo le nostre impressioni sulle persone che incontriamo quotidianamente? Il nostro comportamento può venire influenzato dagli stimoli emozionali?

La ricerca psicologica cerca da sempre di dare risposta a questi quesiti, fornendoci una base teorica per la comprensione dei nostri comportamenti e dello stretto legame tra elaborazione emozionale, benessere psicologico, gestione delle relazioni. In particolare, possiamo affermare che ciascun individuo elabora costantemente gli stimoli quotidiani in termini di piacevolezza/spiacevolezza e di attivazione percepita (Lang et al, 1997; 2008; Lang & Bradley, 2013), così da mettere in atto appropriate

condotte di avvicinamento allo stimolo [se piacevole e dunque funzionale alla sopravvivenza, in quanto connesso a bisogni di base (cibo, riproduzione...) o connessi ad attività ludiche e sociali (divertimento, accudimento, affiliazione...)] o di allontanamento da esso [se spiacevole e dunque potenzialmente pericoloso per la sopravvivenza (incidenti, catastrofi naturali, aggressioni, ferite, corpi mutilati...)].

Sappiamo inoltre che le emozioni sono un potente mediatore del comportamento sociale: in funzione delle caratteristiche percepite (in pochi secondi) in termini di affidabilità e piacevolezza di un volto, tendiamo ad attribuire caratteristiche positive all'interlocutore e a mettere in atto condotte di avvicinamento e approccio, che tendiamo a evitare quando invece giudichiamo un volto maggiormente inaffidabile e/o spiacevole (Todorov et al., 2008; Mattarozzi et al., 2014).

Le emozioni sono un potente mediatore del comportamento sociale

Gli infermieri (come altri operatori sanitari, ma forse con maggior continuità, per lo specifico ruolo ricoperto) sono quotidianamente a contatto con stimoli emozionali ad alto grado di spiacevolezza e attivazione (persone malate, ferite, che hanno subito incidenti); tali stimoli non solo non possono essere evitati mediante quella che sarebbe, da un punto di vista evolutivo, l'appropriata risposta di allontanamento e di auto-protezione, ma, al contrario, devono essere gestiti dal personale infermieristico con la massima efficienza. Inoltre, nella pratica sanitaria ci si deve relazionare con pazienti di ogni tipo, aspetto, condizione; il

pregiudizio che si forma sulla base di queste caratteristiche percettive (pregiudizio che riguarda anche gli infermieri, in quanto persone, nonostante siano pochissimi i professionisti che si rendono conto di queste attribuzioni inconsapevoli e della loro influenza sul comportamento) deve essere costantemente superato, per consentire la corretta presa in carico di tutta l'utenza.

In considerazione di tali premesse, con la collaborazione e l'approvazione del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Bologna e data comunicazione al Comitato Etico d'Ateneo, è stata pianificata una ricerca sperimentale con i seguenti obiettivi: 1. Indagare la risposta emozionale che futuri infermieri e operatori professionisti forniscono a stimoli emozionali visivi di natura spiacevole, tipici della loro professione di aiuto. In particolare, lo scopo del progetto era quello di valutare se subentrino nel tempo, grazie alla

Agli esseri umani bastano pochi secondi per la formazione della “prima impressione”, con significative ricadute sul comportamento relazionale. Possiamo imparare a gestirne gli effetti in ambito infermieristico?



pratica, l'abituazione allo stimolo negativo, necessaria ad erogare una buona pratica clinica e assistenziale e ad evitare un eccessivo coinvolgimento emotivo, o se invece gli stimoli spiacevoli mantengano immutata la loro carica stressante; 2. Analizzare come la personalità e la formazione professionale possano modulare la prima impressione che si forma sulla base delle caratteristiche percettive di un volto visto per poco secondi, andando a modificare, nella popolazione degli infermieri e dei futuri professionisti, la propensione alla presa in carico assistenziale.

A ciascun partecipante è stato chiesto di 1. osservare e descrivere le reazioni emozionali suscitate da stimoli visivi piacevoli, spiacevoli e neutri (tratti dall'International Affective Picture System, IAPS, Lang et al., 2008), un catalogo di immagini per la ricerca sulle emozioni dell'Università della Florida), presentati ciascuno per 6 secondi; 2. osservare e descrivere le reazioni emozionali e i comportamenti di approccio/evitamento suscitati da immagini di volti ad alta, media e bassa affidabilità percepita (tratti dal catalogo del Karolinska Institute di Stoccolma, Lundqvist et al., 1998), presentati ciascuno per 6 secondi; 3. compilare una batteria

di questionari per l'indagine dei tratti di personalità, delle modalità di reazione allo stress e del livello di benessere psicofisico.

RISULTATI PRINCIPALI E CONCLUSIONI: IMPLICAZIONI PER LA FORMAZIONE

Il progetto è tuttora in corso, ma una prima raccolta dati ha portato alla stesura di due tesi di laurea in Infermieristica, i cui risultati principali verranno delineati nelle pagine che seguono.



La gestione di stimoli altamente spiacevoli è la costante della pratica infermieristica. Quali sono i costi in termini di benessere psicofisico?

Monitorare e promuovere le competenze emozionali dell'équipe sono le sfide delle nuove organizzazioni per consentire un incremento del benessere psicologico degli operatori e della presa in carico dei pazienti



Sinteticamente, i dati raccolti ci permettono di sostenere che l'impatto emozionale negativo di stimoli spiacevoli non perde, nella popolazione infermieristica, la propria intrinseca carica stressante, né in termini di predisposizione individuale, né in termini di effetti della pratica: gli studenti di infermieristica forniscono risposte emozionali del tutto sovrapponibili a quelle della popolazione generale e non emerge in loro una "protezione individuale" in grado di limitare l'impatto degli stimoli negativi, sulla base delle motivazioni e dei tratti di personalità; i professionisti iscritti alla laurea magistrale, d'altro canto, mostrano non solo che la pratica non porta automaticamente a una riduzione dell'impatto negativo degli stimoli spiacevoli, ma anche che la forzata gestione di tali stimoli produce un aumento del malessere individuale e l'emergere di meccanismi difensivi di chiusura emozionale.

Relativamente all'effetto della prima impressione, i risultati hanno confermato come i partecipanti, in linea con quanto accade nella popolazione generale, siano soggetti a pregiudizi derivanti dalla "prima impressione", formata sulla base delle caratteristiche di un volto visto per pochi secondi. Tali pregiudizi si sono mostrati correlati alla propensione alla presa in cari-

co, mostrando come non solo gli studenti del primo anno, ma anche quelli iscritti alla magistrale si dichiarino maggiormente in difficoltà nel gestire il contatto fisico e l'assistenza infermieristica nei confronti di soggetti percepiti come inaffidabili/spiacevoli.

Nel complesso, i risultati emersi chiamano ad agire i diversi professionisti coinvolti nella gestione sanitaria (infermieri, medici, psicologi, docenti, coordinatori, dirigenti...), in un approccio il più possibile multidisciplinare ed integrato, nel rispetto delle specifiche competenze e delle differenti finalità convergenti. I possibili livelli di intervento riguardano la formazione dei futuri operatori, la formazione permanente dei professionisti, la gestione dell'équipe sanitaria e il miglioramento della presa in carico, con interventi mirati ad approfondire, nei diversi operatori, la capacità di riconoscere, esprimere e regolare le proprie emozioni e la consapevolezza della stretta relazione tra elaborazione delle emozioni, benessere individuale e efficacia della presa in carico.

A tal fine, uno strumento indispensabile sembra essere la pianificazione e la messa in atto di progetti di ricerca interdisciplinari, con la diretta partecipazione di infermieri impegnati sul campo e in grado di gestire in prima persona la raccolta e l'analisi dei dati.

1. Reattività emozionale a stimoli spiacevoli negli infermieri e negli studenti di infermieristica: gli effetti degli stimoli negativi sul benessere individuale.

RIASSUNTO

Introduzione: Lo scopo di questo lavoro era quello di indagare la modalità con cui gli infermieri gestiscono l'esposizione cronica a stimoli emozionali di natura spiacevole, tipici della loro professione di aiuto. In particolare, subentra nel tempo, grazie alla pratica, l'abituazione allo stimolo negativo, necessaria ad erogare una buona pratica clinica e assistenziale e ad evitare un eccessivo coinvolgimento emotivo o gli stimoli spiacevoli mantengono immutata nel tempo la loro carica altamente stressante?

Materiali e Metodi: Presso l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna sono stati coinvolti 161 studenti del primo anno del corso di Laurea in Infermieristica e 19 studenti del corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, con esperienza professionale. Svolto in forma anonima, lo studio (che si è svolto da marzo a settembre 2014) prevedeva la valutazione dell'impatto emozionale (in termini di piacevolezza e attivazione percepita) di stimoli visivi a contenuto piacevole (Cibo e Sport ad alta attivazione), neutro (Paesaggi urbani e Scene di persone nella vita quotidiana) e spiacevole (Incidenti e Mutilazioni) e la successiva compilazione di questionari standardizzati per l'indagine di specifici tratti di personalità.

Risultati e Conclusioni: Dalle analisi statistiche effettuate risulta che in entrambi i gruppi le categorie di immagini di Cibo e Sport ottengono la massima valutazione positiva per piacevolezza, mentre Incidenti e Mutilazioni ricevono le valutazioni di massima spiacevolezza, come accade nella popolazione generale. Per quanto riguarda invece l'attivazione, le categorie di Sport e Mutilazioni ricevono il massimo grado di attivazione. Possiamo quindi affermare che l'impatto emozionale negativo di stimoli spiacevoli non perde, nella popolazione infermieristica, la propria intrinseca carica stressante. Tale indicazione è rafforzata dal fatto che nel gruppo di Laurea Magistrale emerge una correlazione positiva tra giudizi forniti alle immagini negative e disagio psicologico: i soggetti che giudicano meno spiacevoli le immagini di Incidenti e Mutilazioni (indicando l'instaurarsi di una parziale forma di abituazione, in funzione della pratica), tendono al contempo a mostrare punteggi maggiori nelle scale che indicano stress soggettivo.

Parole chiave: emozioni, piacevolezza, attivazione, coinvolgimento emotivo.

INTRODUZIONE

Il lavoro qui presentato fa parte di un progetto di ricerca più ampio, mirato ad analizzare come fattori individuali (quali personalità, ansia, affettività, aggressività, empatia..) e fattori culturali (legati alla specifica formazione universitaria e lavorativa) siano in grado di modulare la valutazione soggettiva a stimoli visivi con contenuto piacevole, spiacevole e neutro raffiguranti scenari connessi alla pratica assistenziale (come immagini di ferite aperte, mutilazioni, incidenti). La letteratura psicologica (Cacioppo & Berntson, 1994; Frijda, 1986) si interroga da sempre sulle definizioni e sulla funzione delle emozioni; con particolare riferimento al Modello Dimensionale di Lang e collaboratori (Lang et al., 1997; Lang & Bradley, 2013), possiamo definire le risposte che ciascun individuo fornisce a stimoli emozionali sulla base di due dimensioni: 1. valenza (o piacevolezza) dello stimolo in sé; 2. arousal (o attivazione fisiologica), ovvero grado di intensità con cui lo stimolo suscita nel soggetto eccitazione (positiva o negativa che sia). Sulla base di tali percezioni, ognuno di noi predispone l'esecuzione di piani d'azione di approccio (comportamento appetitivo), se lo stimolo è riconosciuto come piacevole e favorevole alla sopravvivenza, o di evitamento (comportamento aversivo), se lo stimolo è riconosciuto come spiacevole o come una minaccia.

Nella pratica infermieristica, gli operatori sono di fatto chiamati ad operare condotte di approccio (e di presa in carico) verso stimoli che, nella normale vita quotidiana, susciterebbero invece condotte di allontanamento, con un conseguente carico stressogeno che perdura nel tempo. Quali sono le conseguenze di questa continua esposizione a stimoli spiacevoli? È possibile mettere in atto dei meccanismi per ridurre l'impatto della stimolazione negativa?

Per dare risposta a questo interrogativo, la ricerca ha indagato come due gruppi di soggetti, gli studenti di Laurea Triennale Infermieristica, senza alcuna esperienza sul campo, e gli studenti di Laurea Magistrale, già infermieri, hanno risposto a stimoli a diverso contenuto emotigeno, tratti dal catalogo di immagini standardizzate IAPS (International Affective Pictures System; Lang, Bradley & Cuthbert, 2008), al fine di dimostrare se "l'anzianità di servizio" e, quindi, l'esposizione cronica a sollecitazioni di natura stressante possono portare alla modulazione dell'esperienza emozionale. Nel corso dell'elaborato, andremo perciò ad analizzare se le risposte soggettive a questi stimoli specifici differenziano il secondo gruppo (infermieri "con esperienza") dal primo (studenti "in corso di formazione"), testimoniando, in caso di risposta diminuita, un'abituazione o, in caso di risposta aumentata, una sensibilizzazione agli eventi di natura negativa. Sulla base di quanto specificato nel paragrafo precedente, lo scopo di questo studio era dunque valutare se negli studenti di Laurea Triennale Infermieristica (in

corso di formazione), ma soprattutto in quelli di Laurea Magistrale (già infermieri laureati), una peculiare categoria di stimoli negativi, in questo caso le immagini di *mutilazioni*, possa essere percepita e valutata in modo meno spiacevole, rispetto alla popolazione comune, sulla base delle motivazioni e delle caratteristiche individuali (propensione alla presa in carico, tendenza all'empatia...) e del percorso formativo (anzianità di servizio).

MATERIALI E METODI

Partecipanti

Il primo gruppo è rappresentato da 161 studenti di Laurea Triennale Infermieristica (I° anno), di cui 127 femmine e 34 maschi di età compresa tra i 19 e i 52 anni (età media = 20.83 ± 4.53);

Il secondo gruppo comprende 19 studenti di Laurea Magistrale, di cui 18 femmine e 1 maschio di età compresa tra i 22 e i 50 anni (età media = 30.79 ± 6.42).

Materiali

La presentazione degli stimoli è avvenuta in un'aula universitaria in cui gli studenti si sono posizionati davanti ad uno schermo su cui sono state proiettate le immagini. Agli studenti è stato distribuito del materiale cartaceo contenente il consenso informato, la scheda anagrafica e le apposite scale valutative.

Per la presentazione sono stati utilizzati 48 stimoli IAPS (Lang, Bradley & Cuthbert, 2008), di cui 16 erano a valenza piacevole [8 immagini di cibo (CIBO) e 8 immagini a contenuto sportivo (SPORT)], 16 a valenza neutra [8 paesaggi urbani (URB) e 8 scene con persone (PERS)] e 16 a valenza spiacevole [8 immagini di catastrofi/incidenti (INC) e 8 immagini di mutilazioni/autopsie (MUT)].

Ogni stimolo veniva presentato per 6 secondi e subito dopo la presentazione ogni partecipante doveva annotare sul foglio di risposta il grado di piacevolezza (da 1 a 9) e di attivazione (da 1 a 9) suscitate dalla visione.

Infine sono stati distribuiti specifici questionari standardizzati per la rilevazione di tratti individuali, quali personalità (Big Five Questionnaire, BFQ, Caprara *et al.* 1993), ansia di stato e di tratto (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-S e STAI-T, Spielberger *et al.*, 1983), affettività positiva e negativa (Positive Affect and Negative Affect Scales, PANAS, Terracciano *et al.* 2003), aggressività (Aggression Questionnaire, A-Q, Buss & Perry 1992), fobia sociale (Social Phobia Scale, SPS, Mattick & Clarke 1998), empatia (Interpersonal Reactivity Index, IRI, Davis 1980).

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Partendo dal presupposto che per tutte le correlazioni $p < .05$, per prima cosa, è stata effettuata un'analisi multivariata della varianza (MANOVA) sulle variabili dipendenti PIACEVOLEZZA (valenza degli stimoli) e ATTIVAZIONE (arousal causato dagli stimoli), pren-

dendo in considerazione il *fattore between* gruppo, ovvero studenti di Laurea Triennale Infermieristica vs studenti di Laurea Magistrale, e il *fattore within* categorie, ovvero le sei categorie di stimoli IAPS presentati (cibo, sport, scene urbane, persone, incidenti e mutilazioni). Il livello minimo di significatività per ciascun effetto principale o interazione era sempre $p < .05$.

Dalla MANOVA emerge un FATTORE GRUPPO non significativo ($F_{(2, 172)} = 1.578$; $p = .209$), un FATTORE CATEGORIA significativo ($F_{(10, 1730)} = 205.005$; $p < .001$), un effetto INTERAZIONE GRUPPO x CATEGORIA tendente alla significatività ($F_{(10, 1730)} = 1.762$; $p = .063$).

L'ANOVA condotta sulla variabile PIACEVOLEZZA mette in evidenza un FATTORE GRUPPO non significativo ($F_{(1, 173)} = .429$; $p = .513$), un FATTORE CATEGORIA significativo ($F_{(5, 865)} = 216.000$; $p < .001$), un effetto INTERAZIONE GRUPPO x CATEGORIA significativa ($F_{(5, 865)} = 2.559$; $p = .026$).

L'ANOVA condotta sulla variabile ATTIVAZIONE mette in evidenza un FATTORE GRUPPO tendente alla significatività ($F_{(1, 173)} = 3.173$; $p = .077$), un FATTORE CATEGORIA significativo ($F_{(5, 865)} = 174.278$; $p < .001$), una INTERAZIONE GRUPPO x CATEGORIA non significativa ($F_{(5, 865)} = 1.124$; $p = .346$).

Per ciò che riguarda l'effetto PRINCIPALE CATEGORIA, sia per la PIACEVOLEZZA sia per l'ATTIVAZIONE i risultati sono sostanzialmente in linea con i dati normativi della letteratura:

- per la PIACEVOLEZZA (Grafico 1), le categorie CIBO e SPORT ottengono la massima valutazione, significativamente più alta rispetto alle categorie neutre SCENE URBANE e SCENE CON PERSONE, che a loro volta ottengono valutazioni maggiori rispetto alle categorie INCIDENTI (dalle quali non differiscono significativamente) e MUTILAZIONI (che invece mostrano valutazioni significativamente minori rispetto a tutte le altre categorie);
- per l'ATTIVAZIONE (Grafico 2), le due categorie a massimo arousal (SPORT e MUTILAZIONI) ottengono punteggi tra loro comparabili e significativamente maggiori rispetto a tutte le altre categorie; a livello intermedio si pongono le categorie con arousal medio-alto (CIBO e INCIDENTI), mentre le categorie neutre SCENE URBANE e SCENE CON PERSONE ottengono i punteggi minori.

I due gruppi, come si vede nel GRAFICO 1, rispondono alle mutilazioni in modo comparabile. È stato, pertanto, rilevato dall'analisi che *non c'è alcun tipo di modulazione* gruppo per categoria. L'effetto interazione, ovvero l'effetto che nasce quando due o più fattori (in questo caso due: gruppo-Magistrale e categoria-mutilazioni) interagiscono, non risulta statisticamente significativo, come anche l'effetto *between* gruppo: non si riscontrano dunque differenze apprezzabili tra le risposte dei due gruppi. Risulta significativo il solo effetto principale categoriale per tutte e due le variabili dipendenti, mostrando che il nostro cam-

Grafico 1. Grado di valenza (piacevolezza-spiacevolezza) attribuita alle diverse categorie di stimoli per i due gruppi di studenti.

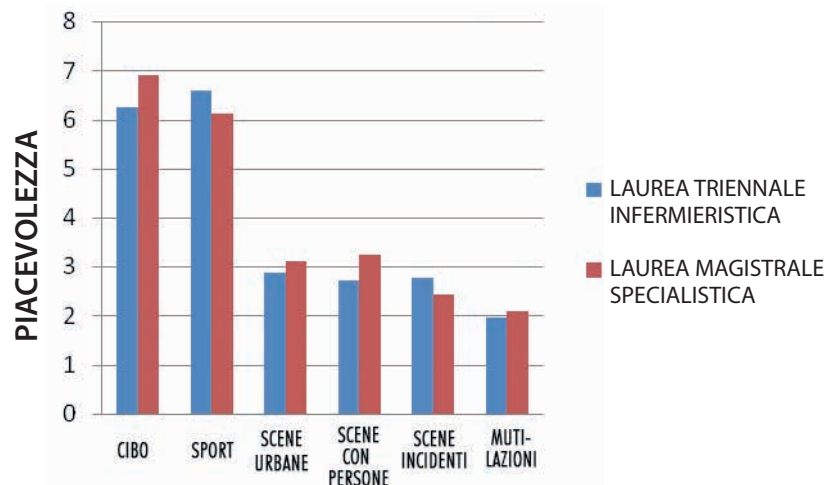
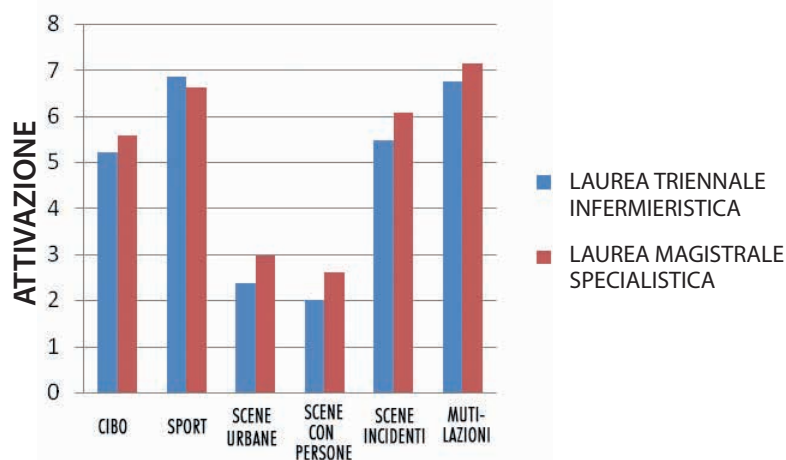


Grafico 2. Grado di attivazione/arousal (molto attivato-poco attivato) attribuito alle diverse categorie di stimoli per i due gruppi di studenti.



pione si comporta come la popolazione generale. Successivamente, in ciascun gruppo i punteggi relativi a ciascuna sottoscala dei questionari sono stati correlati mediante l'indice di Correlazione di Pearson (r) alle valutazioni effettuate per ciascuna categoria emozionale, per appurare l'esistenza di una relazione tra caratteristiche individuali e reattività emozionale. Nel gruppo Primo Anno, le correlazioni hanno mostrato che tanto più un soggetto ha punteggi alti nelle scale di Aggressività, tanto più valuterà le categorie incidenti e mutilazioni meno spiacevoli, mentre chi mostra alti livelli di Empatia e di Stress Personale tenderà a dare giudizi maggiormente negativi di fronte a questi stessi stimoli, mostrando quindi una relazione significativa tra tratti individuali e capacità di elaborare gli stimoli emozionali.

Per ciò che riguarda il gruppo della Laurea Magistrale, emergono dati ancora più interessanti: più un soggetto valuta come meno spiacevoli immagini raffiguranti incidenti e soprattutto mutilazioni (forse per l'effetto del contatto quotidiano ineliminabile con tale stimoli?), e più i suoi punteggi di empatia tendono ad aumentare, ma parallelamente aumentano anche i livelli di stress soggettivo e di ansia sociale.

CONCLUSIONI

Prima di discutere i risultati ottenuti e le loro implicazioni teoriche e applicative, sono necessarie alcune premesse. In primo luogo, è importante sottolineare che i risultati delle analisi condotte non si discostano dai dati della letteratura di riferimento (si veda, in particolare, il lavoro di Lang et al., 1997, 2008; Lang & Bradley, 2013). Tuttavia, la ricerca, allo stato attuale, presenta un punto di debolezza, rappresentato dalla scarsa numerosità del campione di studenti di Laurea Magistrale. Pertanto, sarà necessario continuare la raccolta dati per confermare la rappresentatività dei risultati ottenuti da questa prima ricerca pilota.

Fatte queste doverose premesse, possiamo affermare che i nostri dati non indicano una abitudine emozionale agli stimoli negativi connessi alla pratica infermieristica. Tali stimoli, anche in questa categoria di lavoratori, gli infermieri, vengono valutati come pericolosi e pertanto non conformi con la sopravvivenza umana, stimolando, in sé, comportamenti di *evitamento*. Tuttavia, per quel che riguarda l'effetto della personalità sulla valutazione degli stimoli emozionali, la nostra ricerca ha fatto emergere un risultato con interessanti applicazioni assistenziali: si è visto infatti che i soggetti

che tendono a valutare come meno negative le immagini di incidenti e mutilazioni, tendono al contempo ad attribuirsi maggiori livelli di *empatia* (capacità di sentire ciò che sentono gli altri), ma anche di *personal distress* (sofferenza personale nel vedere e nell'assistere al disagio altrui) e *fobia sociale* (ansia di fronte a situazioni ad alto coinvolgimento relazionale).

Questo risultato apparentemente paradossale può essere interpretato ipotizzando che sia d'obbligo, per il personale infermieristico, imparare a contrastare le tendenze all'evitamento suggerite, in maniera innata, dagli stimoli di natura spiacevole. Tali stimoli infatti non possono essere evitati (come per chiunque altro individuo), ma, al contrario, per il professionista infermiere devono essere oggetto d'approccio e presa in carico. Pertanto possiamo ipotizzare che contemporaneamente al tentativo di sviluppare un'abitudine, almeno parziale, alla negatività dello stimolo (valutando le immagini negative come meno spiacevoli), si instauri una crescita del malessere e dell'inquietudine personale. A seguito dei risultati ricavati dalla nostra ricerca si potrebbe ipotizzare che il "soccorritore" deve a sua volta "essere soccorso", consentendogli di apprendere i meccanismi di regolazione emozionale che consentano di raggiungere e mantenere la più alta salute psicofisica (Matarazzo & Zammuner, 2009). Il lavoro infermieristico, infatti, è fatto di sfide alle quali non ci si può sottrarre, ma a cui bisogna invece trovare soluzione. Secondo i risultati ricavati dal nostro studio è evidente quanto le situazioni stressanti della pratica assistenziale influiscano sul benessere psicologico del lavoratore, compromettendo spesso l'erogazione di una corretta assistenza ai cittadini/utenti. Alla luce della definizione dell'OMS, si guarda alla "salute" non più come semplice assenza di malattia, ma come processo di miglioramento del benessere fisico e psicologico. Con il termine di "salute organizzativa" (Avallone & Paplomatas, 2005) ci si riferisce alla capacità di un'organizzazione, come può essere quella ospedaliera, non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora. La salute dei pazienti/utenti dei servizi ospedalieri è infatti strettamente legata alla salute dei loro operatori e allo stesso modo la qualità delle prestazioni erogate è legata alla qualità della vita lavorativa degli erogatori. Quando si verificano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, stress e burn out, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento dei reclami da parte del cliente/utente. Questi e altri indicatori di malessere rappresentano il riflesso dello stato di disagio psicologico di chi vi lavora. L'organizzazione

deve infatti essere orientata verso i bisogni e le richieste della cittadinanza, ma capace al tempo stesso di coinvolgere i propri lavoratori nelle sfide che si appresta ad affrontare, investendo sulle risorse umane, fornendo loro le competenze necessarie per svolgere adeguatamente i propri compiti, valorizzandone le attitudini. È infatti necessario che le persone operanti nei servizi sanitari abbiano competenze variegata, ma occorre anche che siano motivate e dimostrino consapevolezza della centralità del proprio lavoro.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Detto ciò risulta evidente quanto le seguenti azioni risultino determinanti nel mantenere una corretta SALUTE del sistema ospedaliero:

- Intervenire in maniera diretta sulla *formazione di base* degli studenti al fine di educare fin da subito alle strategie più opportune per arginare gli ostacoli, sviluppare le capacità comunicative, relazionali ed assertive.
- Valutare il rischio *stress lavoro-correlato* del personale. Ciò potrebbe essere reso possibile, ad esempio, dall'analisi, come detto sopra, della numerosità e della frequenza degli eventi sintomo di malessere personale (assenteismo, infortuni, reclami), ma anche da un'analisi più approfondita rispetto al personale stato di salute psico-sociale del singolo lavoratore tramite, ad esempio, una somministrazione periodica di questionari per la rilevazione di tratti individuali, come quelli da noi utilizzati in questo studio.
- Favorire il lavoro in *equipe multidisciplinari* e indagare come le diverse figure lavorano in gruppo e interagiscono tra loro condividendo obiettivi e stimolando il supporto pratico. Solo così si possono evidenziare tempestivamente delle problematiche nella catena di aiuti reciproci e si possono suddividere le responsabilità tra diversi attori di prestazioni. Nel caso in cui questo processo risulti disfunzionale, potrebbe essere stimolante sviluppare nuove modalità di interazione, lavoro e scambio.
- Valorizzare le risorse umane stimolando la *formazione continua*. Quest'ultima risulta fondamentale per permettere al singolo di rafforzare l'identità personale e di acquisire un atteggiamento sempre più preparato ai cambiamenti e alla sfide proposte, incrementando l'autostima e il senso di autoefficacia, nonché la presa di consapevolezza delle proprie potenzialità.
- Promuovere momenti di *confronto tra pari*, eventualmente con la supervisione di un counselor, al fine di trovare un luogo di ascolto e di supporto rispetto alle possibili forme di disagio personale, come dubbi sulle proprie capacità di fronteggiare una situazione stressante, difficoltà di entrare in relazione con colleghi o pazienti, manifestazioni di ansia eccessiva e vissuti emotivi di malessere.



Serena Di Campi

2. Volti affidabili e inaffidabili: gli effetti della prima impressione sulla presa in carico infermieristica

RIASSUNTO

Introduzione: Il lavoro qui presentato descrive un'indagine sperimentale che analizza come fattori individuali e culturali legati alla "prima impressione" possano andare a modificare, nella popolazione degli infermieri, la propensione alla presa in carico assistenziale.

Materiali e Metodi: Presso l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna sono stati coinvolti 161 studenti del primo anno del corso di Laurea in Infermieristica e 18 studenti del corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche. Svolto in forma anonima, lo studio (che si è svolto da marzo a settembre 2014) prevedeva la valutazione della propensione alla presa in carico di volti percepiti come affidabili, neutri e inaffidabili e la compilazione di questionari standardizzati per l'indagine di specifici tratti di personalità.

Risultati e Conclusioni: I risultati hanno confermato come i partecipanti, in linea con quanto accade nella popolazione generale, siano soggetti a pregiudizi derivanti dalla "prima impressione", formata sulla base delle caratteristiche di un volto visto per pochi secondi. Tali pregiudizi possono influenzare in varia misura il comportamento di presa in carico assistenziale e la relazione d'aiuto.

INTRODUZIONE

Lo studio qui descritto ha lo scopo di indagare se ed in che misura la propensione alla presa in carico assistenziale da parte dell'infermiere sia influenzata dalle caratteristiche di affidabilità percepite dal volto dei pazienti. La formulazione di bias o pregiudizi derivanti dalla "prima impressione", infatti, risulta un meccanismo diffuso nella popolazione generale. Todorov e collaboratori (Todorov et al., 2008; Mattarozzi et al., 2014) hanno infatti dimostrato come i nostri comportamenti di approccio ed evitamento sociale siano influenzati da alcune variabili fisiognomiche, come avviene in particolare per il grado di affidabilità percepita di un volto; possiamo ipotizzare che tale meccanismo automatico e generale si possa rintracciare anche nel professionista infermiere, con la differenza che in questo particolare caso una mancanza di consapevolezza e capacità di modulare tali giudizi rischia di alterare o compromettere l'assistenza erogata e la relazione d'aiuto, a scapito del benessere del paziente, del benessere psicofisico del professionista e, più in generale, del livello di qualità delle cure erogate.

Sulla base di queste premesse, lo studio qui presentato ha indagato l'effetto della prima impressione sulla risposta emozionale e sulla propensione alla presa in carico di un gruppo di studenti infermieri e di infermieri professionisti, valutando inoltre l'eventuale effetto di modulazione delle caratteristiche individuali (come personalità, livello di ansia, empatia).

MATERIALI E METODI

Partecipanti

Il campione analizzato ha compreso un totale di 188 studenti dell'Università di Bologna (AA 2013/2014), dei quali un gruppo di 169 persone frequentanti il primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica e uno di 19 iscritti al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (rispettivamente definiti per convenzione gruppo I Anno e Magistrale). Tali gruppi di partecipanti sono stati scelti con l'intento di indagare se i soggetti del gruppo Magistrale siano maggiormente in grado di modellare i pregiudizi, rispetto invece ai soggetti del gruppo I anno, in funzione dell'esperienza professionale.

Materiali

La presentazione degli stimoli è avvenuta in un'aula universitaria in cui gli studenti si sono posizionati davanti ad uno schermo su cui sono state proiettate le immagini dei volti. Agli studenti è stato distribuito del materiale cartaceo contenente il consenso informato, la scheda anagrafica e le apposite scale valutative. Sono stati quindi presentati 18 immagini di volti selezionate dal database dei ricercatori del Karolinska Institute di Stoccolma (Lundqvist *et al.* 1998), ognuna delle quali con un grado di affidabilità (alta, media o bassa) stabilito dagli studiosi stessi mediante test preliminari. Per ognuno di questi livelli sono stati proposti 3 volti femminili e 3 maschili. Ogni volto veniva mostrato singolarmente per soli 6 secondi, e dopo ciascuna immagine ogni soggetto individualmente valutava in scala numerica 1-9 (minimo-massimo grado) quanto facilmente avrebbe intrapreso con quella persona una conversazione (CONV) e quanto avrebbe assunto nei suoi confronti un atteggiamento di contatto fisico legato a manovre infermieristiche (INF) e non infermieristiche (NINF), come ad esempio stringere la mano, mettere una mano sulla spalla...). Lo scopo di questa sessione, supponendo che il soggetto dell'immagine fosse un plausibile paziente, era quello di rilevare eventuali pregiudizi legati al genere e all'affidabilità percepita di quel volto.

Per la seconda sessione sperimentale sono stati utilizzati questionari standardizzati, compilati singolarmente dai partecipanti, per rintracciare tratti individuali specifici dei soggetti sperimentali con lo scopo di capire se e come questi influiscano (positivamente o negativamente) sulla loro predisposizione ad assumere comportamenti assistenziali. Tali questionari indagavano personalità (BFQ, Caprara *et al.* 1993), ansia sociale (STAI-S e STAI-T, Spielberger *et al.*, 1983), affettività positiva e negativa (PANAS, Terracciano *et al.* 2003), aggressività (A-Q, Buss & Perry 1992), fobia sociale (SPS, Mattick & Clarke 1998), empatia (IRI, Davis 1980).

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

Tra tutti i partecipanti allo studio si è selezionato il campione definitivo relativo ai gruppi I Anno e Magi-

strale, rispettivamente di 161 e 18 studenti, che hanno fornito con completezza i dati relativi ad entrambe le sessioni.

Partendo dal presupposto che per tutte le correlazioni $p < .05$, per prima cosa, è stata condotta una MANOVA (Multivariate ANalysis Of VAriance) sulle tre variabili dipendenti Conversazione (CONV), Comportamento Infermieristico (INF) e Comportamento Non Infermieristico (NINF) mettendo a fattore il fattore between GRUPPO (I anno vs. Magistrale) e i fattori within livello di AFFIDABILITÀ del volto (alta vs. intermedia vs. bassa) e GENERE del volto (maschile vs. femminile). Il livello minimo di significatività per ciascun effetto principale o interazione era sempre $p < .05$.

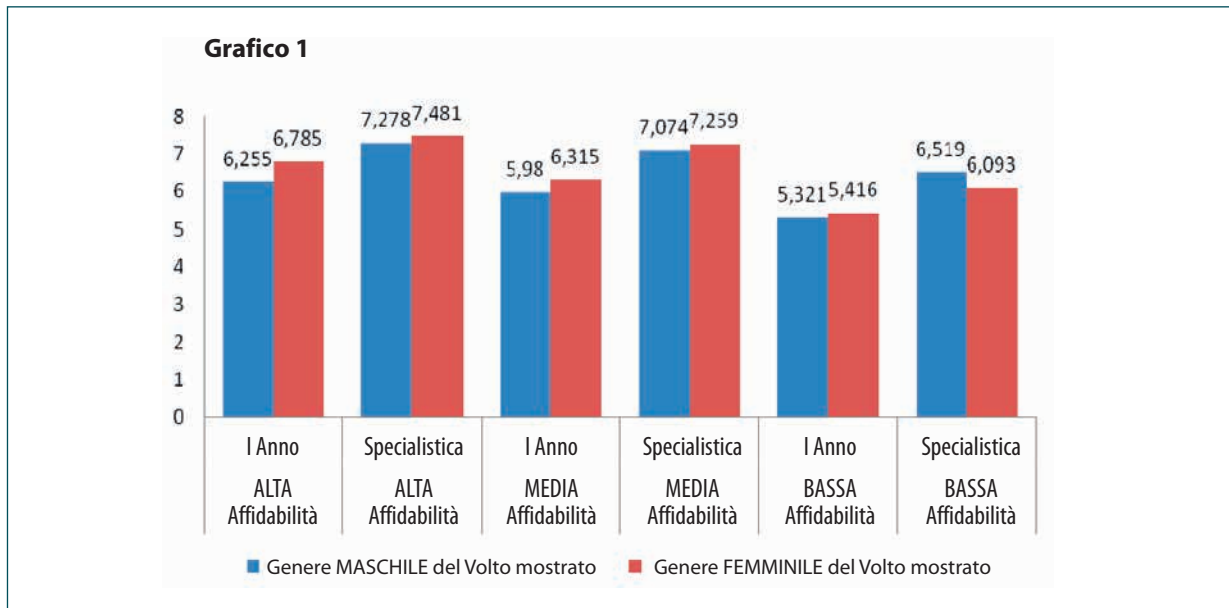
Dalla MANOVA emergono un fattore Gruppo ($F_{(3, 175)} = 2,990$; $p = 0,032$) e un fattore Affidabilità ($F_{(6,172)} = 27,974$; $p < 0,001$) significativi, mentre non raggiunge alcuna significatività il fattore Genere del Volto ($F_{(3,175)} = 2,430$; $p = 0,067$); per ciò che riguarda le interazioni, risulta significativa esclusivamente quella tra Affidabilità x Genere del Volto ($F_{(6,172)} = 7,554$; $p < 0,001$), mentre tutte le altre non raggiungono alcun livello di significatività: Gruppo x Affidabilità: $F_{(6,172)} = 0,307$; $p = 0,933$; Gruppo x Genere del Volto ($F_{(3,175)} = 1,540$; $p = 0,206$); Gruppo x Affidabilità x Genere del Volto ($F_{(6,172)} = 0,434$; $p = 0,856$).

Riportando i dati riguardanti la variabile dipendente INF (propensione alla presa in carico infermieristica) dall'ANOVA (ANalysis Of VAriance) sono emersi effetti significativi per i fattori Gruppo ($F_{(1,177)} = 8,520$; $p = 0,004$) e Affidabilità ($F_{(2,354)} = 63,484$; $p < 0,001$), mentre non è significativo il fattore Genere del Volto ($F_{(1,177)} = 3,373$; $p = 0,068$); per le interazioni, risultano significative quelle Gruppo x Genere del Volto ($F_{(1,177)} = 3,937$; $p = 0,049$) e Affidabilità x Genere del Volto ($F_{(2,354)} = 7,351$; $p = 0,001$), mentre tutte le altre interazioni non raggiungono un livello di significatività (Gruppo x Affidabilità: $F_{(2,354)} = 0,302$; $p = 0,739$; Gruppo x Affidabilità x Genere del Volto: $F_{(2,354)} = 0,803$; $p = 0,449$).

Per la specifica variabile INF emergono punteggi medi generalmente maggiori per la Magistrale rispetto al I anno ($6,951 \pm 0,305$ vs. $6,012 \pm 0,102$). Per l'Affidabilità, anche in questo caso si ottengono dati in linea con la letteratura e le attese, per cui la propensione alla presa in carico infermieristica diminuisce parallelamente e significativamente alla diminuzione dell'Affidabilità ($6,950 \pm 0,158$ vs. $6,657 \pm 0,164$ vs. $5,837 \pm 0,190$).

La significatività dell'interazione Affidabilità x Genere del Volto, inoltre, mostra come i visi femminili suscitino maggiore propensione alla presa in carico infermieristica rispetto a quelli maschili per livelli di Affidabilità alta ($7,133 \pm 0,164$ vs. $6,766 \pm 0,170$) e media ($6,787 \pm 0,170$ vs. $6,527 \pm 0,181$), mentre per livelli di Affidabilità bassa tale tendenza si inverte ($5,754 \pm 0,195$ vs. $5,920 \pm 0,204$).

I soggetti del I anno tendono a fare maggiori distinzioni di Genere del Volto ($6,172 \pm 0,101$ per i volti



femminili vs. $5,852 \pm 0,110$ per i volti maschili). Al contrario, i soggetti della Magistrale sembrerebbero mostrare un maggiore equilibrio rispetto al Genere del Volto ($6,944 \pm 0,301$ per le femmine e $6,957 \pm 0,329$ per i maschi).

RISULTATI

Questi dati sembrano pertanto individuare una generale tendenza all'aumento della propensione alla presa in carico infermieristica da parte dei soggetti del gruppo Magistrale (**Grafico 1**) rispetto al gruppo I Anno; nonostante ciò se si considera il fattore Affidabilità, sono proprio i soggetti del gruppo Magistrale a fare maggiori distinzioni, discriminando in particolare i volti femminili inaffidabili. Si evidenzia, dunque, come sia la formazione sia l'esperienza lavorativa, nel campione analizzato, non sembrano contribuire all'eliminazione dei pregiudizi dati dalla "prima impressione", mostrando comportamenti analoghi a quelli riscontrati nella popolazione generale. Esclusa quindi l'influenza dei fattori formazione ed

esperienza sono stati analizzati i dati raccolti con i questionari relativi alle caratteristiche individuali dei partecipanti, per indagare l'eventuale relazione tra tratti dei soggetti e propensione alla presa in carico. Dati statisticamente significativi (**Tabella 1**) hanno dimostrato che, tra tutte le caratteristiche indagate, tratti di personalità quali la Coscienziosità, l'Affettività Positiva, l'Amicalità, ma soprattutto l'Apertura Mentale promuovono negli operatori la messa in atto di comportamenti assistenziali, che di contro risultano scoraggiati da tratti di personalità negativi come Ostilità, Fobia Sociale, Distress Personale, ma soprattutto dall'Ansia e dall'Affettività Negativa, che sembrano costituire il maggior ostacolo alla presa in carico e andrebbero pertanto adeguatamente riconosciuti e modulati dai professionisti.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dallo studio si possono sintetizzare affermando che gli infermieri del campione da noi analizzato, nonostante l'esperienza e la formazione univer-

Tabella 1: correlazioni tratti individuali sottoscale-propensione alla presa in carico assistenziale

		(INF) Volti Maschili affidabili	(INF) Volti Femminili affidabili	(INF) Volti Maschili aff. media	(INF) Volti Femminili aff. media	(INF) Volti Maschili inaffidabili	(INF) Volti Femminili inaffidabili
BFQ: COSCIENZIOSITÀ	p-value	,260	,101	,206	<u>,027</u>	,921	,130
BFQ: AMICALITÀ	p-value	<u>,044</u>	<u>,032</u>	<u>,029</u>	,105	,055	,268
BFQ: APERTURA MENTALE	p-value	<u>,003</u>	<u>,002</u>	<u>,015</u>	<u>,006</u>	<u>,040</u>	<u>,035</u>
STAI-Tratto	p-value	<u>,005</u>	<u>,062</u>	<u>,009</u>	<u>,005</u>	<u>,001</u>	<u>,007</u>
AFFETTIVITÀ POSITIVA	p-value	<u>,041</u>	<u>,020</u>	<u>,080</u>	<u>,087</u>	<u>,069</u>	<u>,007</u>
AFFETTIVITÀ NEGATIVA	p-value	<u>,032</u>	,164	,105	<u>,004</u>	<u>,009</u>	,106
OSTILITÀ	p-value	<u>,021</u>	,277	,156	,075	<u>,044</u>	,198
FOBIA SOCIALE	p-value	,061	,438	,607	,104	<u>,016</u>	,081
IRI: DISTRESS PERSONALE	p-value	<u>,041</u>	,520	,228	,087	,066	,322

sitaria di base e quella continua, fornendo dati del tutto in linea con la letteratura sulla la popolazione generale, si sono dimostrati soggetti a pregiudizi legati all'affidabilità percepita e al genere dei volti mostrati loro; nella professione infermieristica, però, a differenza di altre, tali bias a loro volta possono influenzare in varia misura la presa in carico del singolo paziente con ripercussioni sulla sua salute e più in generale sugli standard qualitativi dell'assistenza infermieristica. Dati ancora una volta del tutto in linea con la letteratura sulla popolazione generale, infine, mostrano come alcune delle caratteristiche di personalità indagate abbiano influenza positiva sul superamento dei pregiudizi mentre altre li rafforzano, motivo per cui una mancata regolazione emozionale (cfr Matarazzo & Zammuner, 2009) può determinare nel professionista tensioni interne le quali, se protratte per lunghi periodi, potrebbero minare la salute psicofisica dell'operatore, con ulteriori ripercussioni sul suo operato.

I risultati della ricerca, pur con dei limiti strutturali legati alla scarsa numerosità campionaria, ci indicano che l'attenzione dei singoli e ancor più delle organizzazioni deve essere posta sulle implicazioni professionali delle caratteristiche individuali e relazionali di ciascun operatore, al fine di consentire una corretta gestione del comportamento di approccio e relazione con il paziente, tenendo presente quanto la salute e il benessere del professionista e dell'assistito siano in rapporto di profonda interdipendenza tra loro.

Sulla base delle precedenti affermazioni è possibile concludere che la formulazione di pregiudizi risulta essere frutto di un meccanismo non infrequente, né anomalo tra i professionisti infermieri; tale consapevolezza rende tuttavia auspicabile e necessaria l'attuazione di specifici interventi, al fine di supportare la pratica clinica e assistenziale e contribuire all'orientamento dei piani formativo/didattici.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Alcuni dei possibili piani di intervento possono essere riassunti come segue:

- il potenziamento di training di gestione delle emozioni proprie e altrui, nella formazione di base, nel tirocinio e nella formazione permanente, per tutti gli studenti e professionisti in qualunque ambito o area essi svolgano la loro professione;
- a livello professionale, la possibilità di prevedere attività di counseling o di confronto tra pari (peer education), per incrementare negli infermieri la consapevolezza e l'elaborazione del loro vissuto emozionale, promuovere riflessioni critiche sull'assistenza, una modulazione delle caratteristiche personali del singolo;
- promozione di progetti di ricerca e approfondimento delle tematiche del presente studio, prevedendo una formazione teorica e metodologica dei futuri infermieri, consentendo loro di avere un ruolo attivo nella definizione dei protocolli sperimentali.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

Avallone F. & Paplomatas, A. (2005). *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Raffaello Cortina Editore.

Buss, A. H. & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63:452-459.

Cacioppo, J.T. & Berntson, G.G. (1994). Relationships between attitudes and evaluative space: A critical review with emphasis on the separability of positive and negative substrates. *Psychological Bulletin*, 115:401-423.

Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The "big five questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15:281-288

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10:85.

Frijda, N.H. (1986). *The Emotion*. London, Cambridge University Press.

Lang, P. J. & Bradley, M. M. (2013). Appetitive and Defensive Motivation: Goal-Directed or Goal-Determined? *Emotion Review*, 5:230-234.

Lang, P. J., Bradley, M. M. & Cuthbert, B.N. (1997). Motivated attention: Affect, activation and action. In P. J. Lang, R. F. Simons & M. T. Balaban (Eds.) *Attention and Orienting: Sensory and Motivational Processes*. (pp. 97-136). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Lang, P.J., Bradley, M.M. & Cuthbert, B.N. (2008). International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. *Technical Report A-8*. University of Florida, Gainesville, FL.

Lundqvist, D., Flykt, A. & Ohman, A. (1998). Karolinska directed emotional faces (Database of standardized facial images). *Psychology Section, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Hospital*, S-171-176 Stockholm, Sweden.

Matarazzo, O. & Zammuner, V.L. (2009). *La regolazione delle emozioni*. Il Mulino.

Mattarozzi, K., Todorov, A. & Codispoti, M. Memory for faces: the effect of facial appearance and the context in which the face is encountered. *Psychological Research*, 2014 Mar 12. [Epub ahead of print]

Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36:455-470.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.

Terracciano, A., McCrae, R. R., and Costa Jr, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19: 131-141.

Todorov, A., Said, C. P., Engell, A. D. & Oosterhof, N. N. (2008). Understanding evaluation of faces on social dimensions. *Trends Cognitive Science*, 12: 455-460.