

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

La Compassion Fatigue nei professionisti che lavorano
con persone con Disturbi dello Spettro Autistico:
uno studio osservazionale nei centri riabilitativi della
provincia di Treviso

Relatore: Prof.ssa Natascia Bobbo

Laureanda: Sara Masaro

Matricola: 2013610

Anno Accademico 2022/2023

A chi avrebbe voluto laurearsi ma non ci è riuscito
A chi vorrebbe studiare ma non ne ha la possibilità

Riassunto

INTRODUZIONE: Nel seguente elaborato di tesi si approfondisce il vissuto emotivo dei professionisti d'aiuto che operano quotidianamente al fianco di bambini e adulti con diagnosi di Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) in termini di Compassion Fatigue, Secondary traumatic stress e Burnout. Le caratteristiche della patologia ASD, quali compromissione nel linguaggio e nella relazione e disturbi del comportamento, sono tra fattori di rischio che hanno delle ripercussioni sulla fatica lavorativa, la quale può sfociare in un disturbo vicario al lavoro d'aiuto. Gli esiti di tale processo ricadono non solo sulla qualità della vita professionale e personale dell'operatore, ma soprattutto sulla qualità della relazione e dell'intervento riabilitativo. I professionisti ne devono essere consapevoli e, perché ciò non accada, è necessario che siano capaci di gestire il loro vissuto emotivo e implementare le strategie di coping e di Autocura.

OBIETTIVI: Indagare i livelli di Compassion Fatigue e analizzare il vissuto dei professionisti che lavorano al fianco di bambini o adulti con Disturbi dello Spettro Autistico; sensibilizzare al tema dell'Autocura come pratica fondamentale per i professionisti d'aiuto.

MATERIALI E METODI: Somministrazione della Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2009) e di un questionario costruito *ad hoc*, composto da quattro domande a risposta aperta, ai professionisti di quattro centri riabilitativi, diurni o residenziali, per ASD della provincia di Treviso. Il campione è composto da quarantasette operatori tra Educatori sociosanitari e socio-pedagogici, Psicologi, Operatori Socio Sanitari, professionisti sanitari della riabilitazione, che hanno compilato i questionari in formato cartaceo tra luglio e dicembre 2023.

RISULTATI: Tra i 47 professionisti, che lavorano in strutture per adulti e minori con ASD nella provincia di Treviso, non emergono situazioni ad alto rischio di Compassion Fatigue, in nessuna delle sue due accezioni: il 78% presenta in un livello basso di Burnout, il 22% in un livello medio, e nessuno di loro presenta alti livelli di Burnout; risultati sovrapponibili sono rilevabili anche per quanto riguarda lo Stress traumatico secondario. L'analisi qualitativa mostra, invece, un sentimento di fatica diffuso tra i professionisti; tra le cause

rilevabili emergono i fattori organizzativi, la difficoltà legate alla patologia ASD e la gestione del proprio vissuto emotivo, specie in chi è alle prime esperienze lavorative. Emerge, inoltre, un'insoddisfazione per quanto riguarda il poco riconoscimento sociale ed economico con cui i professionisti d'aiuto si scontrano quotidianamente.

CONCLUSIONE: Nonostante sia svolta in un piccolo campione di professionisti e in una realtà circoscritta, questa ricerca sposta lo sguardo dal paziente al professionista d'aiuto, la cui salute fisica e psichica e cura di sé sono fondamentali per la buona riuscita dell'intervento educativo e riabilitativo. Si presenta, inoltre, un progetto di intervento educativo che l'Educatore Professionale sociosanitario potrebbe proporre nelle strutture coinvolte e svolgere con l'equipe multidisciplinare in cui è inserito.

PAROLE CHIAVI: ASD, Compassion Fatigue, Burnout, ProQoL, ACT

Abstract

INTRODUCTION: The following thesis explores the emotional experiences of helping professionals who daily work with children and adults diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) in terms of Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Burnout. The characteristics of ASD, such as language and relationship impairments and behavioral disorders, are risk factors as they impact work fatigue, which can lead to vicarious trauma in helping professions. The outcomes of this process not only affect the professional and personal life of the professionals but especially the quality of the helping relationship and rehabilitative intervention. To prevent this problem, professionals must be aware of their emotional experiences and develop and implement coping and self-care strategies.

OBJECTIVES: To investigate levels of Compassion Fatigue and analyze the experiences of professionals working with children or adults with Autism Spectrum Disorder; to raise awareness of Self-Care as a fundamental practice for helping professionals.

MATERIALS AND METHODS: Administration of the Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2009) and an ad hoc questionnaire consisting in four open-ended questions to four rehabilitation centers, day care or residential facilities, for ASD in the province of Treviso. The sample consists of forty-seven professionals, including Health Professional Educators, Social Workers, Psychologists, OSS and other Health Professionals, who completed the paper questionnaires between July and December 2023.

RESULTS: Among the 47 interviewed professionals, no high-risk situations of Compassion Fatigue emerge: 78% presents a low level of Burnout, 22% a medium level, and none of them show high levels of Burnout; similar results can be noted in Secondary Traumatic Stress. On the other hand, qualitative analysis reveals a widespread feeling of fatigue among professionals. Organizational factors, characteristics of ASD and the management of emotional challenges are the main causes of this phenomenon, especially for those who is at their first work experiences. Furthermore, discontent emerges because of the lack of social and economic recognition they face every day.

CONCLUSION: Despite the limited sample analyzed, this research shifts the focus from the patient to the helping professional, whose physical and mental health and self-care are fundamental for the success of educational and rehabilitative interventions. Furthermore, this thesis proposes an educational intervention organized by a Health Professional Educator for helping professionals to approach the theme of work-related pathologies and the coping strategies to prevent them.

KEYWORDS: ASD, Compassion Fatigue, Burnout, ProQoL, ACT

Indice

<i>Introduzione</i>	1
<i>Capitolo 1: Quadro teorico</i>	3
1.1 I disturbi dello spettro autistico (ASD)	3
1.1.1 L'Educatore Professionale e l'intervento educativo.....	5
1.2 I disturbi vicari al lavoro d'aiuto	6
1.2.1 La Compassion Fatigue	7
1.2.2 Lo Stress Traumatico Secondario e il Trauma Vicario	8
1.2.3 La sindrome del Burnout	9
1.3 Fattori di rischio	12
1.3.1 Fattori legati alla patologia ASD	12
1.3.2 Fattori lavorativi e organizzativi.....	14
1.3.3 Fattori sociodemografici.....	15
1.3.4 Fattori individuali	15
1.4 La prevenzione: l'importanza della cura di sé	17
<i>Capitolo 2: Disegno di ricerca</i>	21
2.1 Obiettivi di indagine	21
2.2 Materiali e metodi	21
2.3 Criteri di inclusione dei soggetti coinvolti nello studio	24
<i>Capitolo 3: Analisi dei risultati</i>	27
3.1 Analisi del campione	27
3.2 Analisi dei dati raccolti mediante test validati	31
3.3 Analisi qualitativa	35
<i>Capitolo 4: Discussione dei risultati e proposta di intervento</i>	45
4.1 Discussione dei risultati	45
4.2 Limiti della ricerca	50
4.3 Implicazioni per la pratica professionale	51
<i>Conclusioni</i>	57
<i>Bibliografia e Sitografia</i>	59
<i>Allegati</i>	1

Introduzione

Il presente elaborato nasce dall'esperienza vissuta in prima persona durante il tirocinio del terzo anno presso una struttura riabilitativa per minori e adulti affetti da Disturbi dello Spettro Autistico, svolto da aprile a luglio 2023. Il desiderio di studiare i livelli di fatica e la predisposizione al Burnout degli Educatori Professionali che lavorano al fianco di persone con ASD nasce, infatti, dal mio vissuto di fatica emotiva sperimentato in contesto di tirocinio, specialmente nella costruzione di una relazione educativa e nella gestione dei comportamenti problema dei bambini e ragazzi con ASD. La ricerca è stata estesa ad altre professioni dell'equipe multidisciplinare, e in questo modo è stato possibile confrontare lo stato di benessere professionale anche sulla base della formazione e dell'incarico svolto all'interno delle strutture. Una delle domande del questionario strutturato costruito *ad hoc*, che indaga le strategie personali di fronteggiamento della fatica, ha permesso di trattare il tema dell'Autocura, a cui mi sono avvicinata a settembre 2023 grazie a un Training Course finanziato da Erasmus + sull'Acceptance and Commitment Therapy. Consultando successivamente la letteratura, ho constatato che tale tecnica volta alla gestione di ansia e stress è tra le più efficaci per i professionisti di cura di ragazzi con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD). La tesi è strutturata come segue:

Nel primo capitolo, dopo una breve presentazione del disturbo ASD e l'operato dell'Educatore Professionale in questo ambito, vengono descritti i disturbi vicari al lavoro d'aiuto quali Compassion Fatigue, Secondary traumatic Stress, Trauma vicario e la sindrome del Burnout. Sono presentati, inoltre, i fattori che espongono al rischio di sviluppare queste patologie e i possibili interventi di prevenzione, sia a livello contestuale che individuale.

Il secondo capitolo riporta il disegno di ricerca e i materiali e metodi utilizzati, mentre il terzo mostra le caratteristiche del campione e i risultati dell'analisi dei dati raccolti mediante la Professional Quality of Life Scale e il questionario strutturato *ad hoc*.

Infine, nel quarto capitolo si discutono i risultati emersi nella presente ricerca confrontandoli con quelli di studi simili presenti in letteratura, nonché i limiti della ricerca. Viene presentata, inoltre, una proposta di intervento che potrebbe essere progettata da un Educatore Professionale sociosanitario nelle strutture riabilitative coinvolte, costituita da due incontri di psicoeducazione sul tema dei disturbi vicari al lavoro d'aiuto e sull'Autocura e da laboratori che un'equipe potrebbe svolgere per lavorare sulla consapevolezza di sé, la gestione emotiva e l'equilibrio tra vita lavorativa e professionale.

Capitolo 1: Quadro teorico

1.1 I disturbi dello spettro autistico (ASD)

I Disturbi dello Spettro Autistico (ASD, Autism Spectrum Disorder) sono un insieme eterogeneo di Disturbi del Neurosviluppo su base genetica caratterizzati da deficit persistente della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti e da pattern di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi (DSM 5, APA, 2013).

L'esordio avviene generalmente entro i primi tre anni di vita e ad oggi colpisce l'1% della popolazione internazionale, con un'incidenza di 4-5 volte maggiore nei maschi rispetto alle femmine (ISS, 2020). In Italia si stima che 1 bambino su 77, di età compresa tra i 7 e i 9 anni, abbia una diagnosi di disturbo dello spettro autistico¹. Nella maggior parte dei casi la sindrome viene diagnosticata dopo i 4 anni d'età, anche se una diagnosi certa può essere fatta già a 2 anni.

La patogenesi del disturbo è molto complessa e coinvolge non solo aspetti cerebrali, ma anche organi o sistemi come l'apparato gastrointestinale o immunitario (Keller, Zappella, 2016, p.31).

La sintomatologia comprende anomalie nella comunicazione, nell'interazione sociale, nei comportamenti e negli interessi; tra le caratteristiche di questo disturbo ci possono essere stereotipie motorie, ripetizioni continue di parole o suoni (ecolalie), iperreattività a stimoli sensoriali, difficoltà nel riconoscere le emozioni proprie e altrui, rituali di comportamento, routine molto rigide, difficoltà di adattamento di fronte a piccoli cambiamenti quotidiani, selettività alimentare. Tra le patologie in comorbidità con la diagnosi di ASD rientrano la disabilità intellettiva, l'epilessia e comportamenti quali impulsività, aggressività, etero o autolesionismo, ansia e depressione.

Fino a un decennio fa le principali sindromi che spiegavano queste tali manifestazioni erano due: il disturbo autistico e la Sindrome di Asperger, definito autismo ad alto funzionamento e caratterizzato da sintomatologia simile, ma con un alto funzionamento intellettivo, talvolta anche superiore alla norma. Solo nel 2013, con l'avvento del DSM-5, quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, questi ed altri disturbi simili sono stati racchiusi in un'unica definizione di Disturbi dello Spettro Autistico (ASD).

¹ "Progetto Osservatorio per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico", Istituto Superiore di Sanità, 2022.

Si parla, quindi, di spettro in quanto in questa diagnosi sono state incluse vari tipi di manifestazioni, tanto che oggi le persone affette da ASD possono avere un “ampio range di espressione, da forme con disabilità intellettiva e grave compromissione del linguaggio a forme con funzionamento intellettivo anche superiore alla norma, ma pur sempre evidenziando difficoltà nella comunicazione e interazione sociale associata a interessi, attività, comportamenti ristretti, ripetitivi, stereotipati e alterazione sensoriale” (Keller, Zappella, 2016, p.31). L’Istituto Superiore di Sanità dichiara che “le caratteristiche della sintomatologia clinica dei Disturbi dello Spettro Autistico possono essere estremamente eterogenee sia in termini di complessità che di severità e possono presentare un’espressione variabile nel tempo” (ISS, aprile 2022).

La diagnosi di autismo è inserita anche all’interno dell’ICD-10 (International Classification of Disease), la Classificazione Internazionale dei Disturbi e dei problemi correlati, stilata dall’OMS e tradotta in Italia nel 2001, anche se l’ultima revisione del 2022, l’ICD-11, non ha aggiornato la diagnosi sulla base del DSM-5.

Si può intuire che questo nuovo modo di diagnosticare ha sancito un enorme cambiamento nella concezione e nell’incidenza di questa patologia, in quanto individui con caratteristiche estremamente eterogenee sono accomunati dalla medesima diagnosi, con un’unica specificazione riguardo al livello di gravità, che varia da livello 3, il più grave, a livello 1, il meno grave.

Un’altra cosa da tenere in considerazione è che, vista la maggior sensibilizzazione sull’argomento e visto l’ampliamento dei criteri diagnostici, l’incidenza della diagnosi di ASD è aumentata in modo esponenziale negli ultimi decenni e di conseguenza la sanità sta investendo molto a livello economico su questa patologia. A tal proposito, uno studio di Pope e collaboratori del 2020 riporta che l’onere economico dell’ASD per gli Stati Uniti entro il 2025 sarà di 461 miliardi di dollari se gli attuali tassi di prevalenza persisteranno. L’aumento della frequenza dell’ASD in combinazione con l’immenso costo finanziario crea un’imperativa necessità di comprendere le barriere nei servizi diagnostici e di intervento per questi individui e di sviluppare modelli di cura collaborativi guidati dalla comunità che affrontino le lacune nei servizi per la popolazione ASD (Pope et al, 2020).

1.1.1 L'Educatore Professionale e l'intervento educativo

Come abbiamo visto, il disturbo dello spettro autistico è una condizione permanente che accompagna la persona nel suo intero ciclo vitale. Essa è una patologia molto complessa dal punto di vista clinico, in quanto coinvolge vari ambiti della persona, quali in primis il comportamento, ma anche la salute mentale, l'integrazione sensoriale, il linguaggio e la parola, la coordinazione del movimento e i problemi di alimentazione. Gli individui con ASD per la loro peculiarità, gravità e cronicità richiedono una presa in carico organizzata e l'incrocio di molteplici e specifiche figure professionali competenti e aggiornate con il progredire della ricerca sul tema.

L'Educatore Professionale è un professionista con un ruolo fondamentale all'interno di un'équipe multidisciplinare che opera nel percorso di cura per bambini, adolescenti e adulti con ASD e per le loro famiglie. L'educatore, infatti, è l'operatore che affianca l'utente nel suo percorso di crescita per il raggiungimento di livelli sempre più elevati di autonomia. Egli progetta interventi educativi che mirano al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti (Scarpa et al., 2015, p. 37). Nello specifico, secondo il decreto ministeriale n. 520 del 1998, che riconosce e norma la professione, l'educatore professionale socio-sanitario è "l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante (Scuola di Medicina e Chirurgia, classe LSNT/2 – professioni sanitarie della riabilitazione), attua specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti ad uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali, in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana (DM n. 520/98). Egli programma, organizza, gestisce e verifica le attività all'interno di servizi sociosanitari, strutture socio sanitarie riabilitative e socio educative in modo coordinato e integrato con altre figure professionali (neuropsichiatri infantili, psicoterapeuti, psicologi, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti, tecnici del comportamento certificato (Registered Behavior Technician - RBT), pedagogisti, insegnanti, operatori socio sanitari), presenti in queste strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività (DM n. 520/98).

L'intervento educativo negli individui con ASD si basa su un approccio comportamentale. Tra i programmi intensivi comportamentali il più studiato è l'Analisi del Comportamento Applicata (Applied Behavior Analysis, ABA), ossia lo studio del comportamento, dei suoi

cambiamenti e dei fattori che li determinano finalizzata a comprendere le relazioni che intercorrono fra determinati comportamenti e le condizioni esterne (SINPIA², 2005). La Linea Guida 21 (LG21), pubblicata nel 2011 dall'ISS per diffondere in scala nazionale e istituzionale le informazioni sugli interventi che la ricerca ha dimostrato essere efficaci in autismo, suggerisce come trattamenti raccomandati: gli interventi mediati dai genitori, l'uso di sistemi di Comunicazione Alternativa Aumentativa (CAA), interventi intensivi precoci basati sull'ABA, interventi comportamentali per la riduzione dei comportamenti problema e l'incremento delle capacità adattive, e suggerisce come modello emergente, oggi affermato come efficace, il metodo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), un programma strutturato composto da organizzazione spaziale, organizzazione dell'attività giornaliera, sistema di lavoro, organizzazione del compito (Moretto, 2020, pag. 118).

Questi sono i modelli di riferimento che i professionisti di cura, tra cui l'Educatore Professionale, utilizzano nell'intervento con individui affetti da ASD.

L'intervento in età evolutiva è finalizzato a correggere comportamenti disadattivi, oltre a pilotare la spinta maturativa per facilitare l'emergenza di competenze (sociali, comunicativo-linguistiche, cognitive) che possano favorire il futuro adattamento del soggetto all'ambiente in cui vive, a favorire lo sviluppo di un soddisfacente adattamento emozionale (controllo degli impulsi, modulazione degli stati emotivi, immagine di sé) (SINPIA, 2005). La finalità a lungo termine del progetto terapeutico è quella di favorire l'adattamento del soggetto al suo ambiente, nel modo migliore possibile in rapporto alle specifiche caratteristiche del suo essere autistico. Ciò, al fine di garantire una soddisfacente qualità di vita al soggetto e all'intero sistema famiglia (SINPIA, 2005).

1.2 I disturbi vicari al lavoro d'aiuto

I professionisti che lavorano con NDD (Neuro Developmental Disorders) (inclusi, per esempio, disabilità intellettive e disturbi dello spettro autistico, spesso in comorbidità con disturbi psichiatrici) affrontano nel loro lavoro quotidiano situazioni molto sfidanti dal punto di vista emotivo e fisico: in letteratura sono riportati livelli significativi, tra 25% e 32%, di stress lavoro relato e burnout (Carnevali et al, 2020).

L'esposizione ripetuta e continuata alla sofferenza, alle difficoltà e fragilità di altri esseri umani può indurre, infatti, i professionisti sociali o sanitari a sviluppare uno o più disturbi

² Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza.

sul piano emotivo, psicologico, comportamentale e dell'identità personale e professionale (Bobbo, Ius, 2021).

Sono molte le sindromi presenti in letteratura: la Compassion Fatigue (Figley, 1995), il Secondary Traumatic Stress Disorder, il Vicarious Trauma (Pearlman, 1995) e il Burnout (Maslach, Leiter, 2006). Ognuna di esse è stata descritta facendo riferimento a delle caratteristiche specifiche, anche se non mancano le discordanze tra alcuni autori nella loro definizione e classificazione.

1.2.1 La Compassion Fatigue

La Compassion Fatigue è definita come il costo della cura nelle professioni d'aiuto che si occupano di persone colpite e rese vulnerabili dagli urti della vita: "there is a cost of caring. Professionals who listen to clients' story of fear, pain and suffering may feel similar fear, pain and suffering because they care" (Figley, 1995) (Bobbo, Ius, 2021).

Questo costo è dato dal fatto che nelle professioni d'aiuto, il professionista (un medico, un infermiere, un insegnante, un educatore, uno psicologo) deve possedere, oltre alle competenze tecniche specifiche del proprio settore, anche "la capacità di assorbire le emozioni altrui, il disagio, le incertezze" (Pellegrino, 2009, pag. 9). "La dimensione nella quale più di tutto il nostro lavoro emotivo viene chiamato in causa è quella empatica: nella relazione con l'altro, soggetto vulnerabile che necessita del nostro aiuto, siamo chiamati a tentare di comprendere il suo vissuto emotivo, dividerlo per poter meglio aiutare la persona che lo prova a disegnare insieme a lei un possibile percorso di crescita personale e di superamento della fragilità che la contraddistingue" (Bobbo, Ius, 2021). In particolare, l'Educatore Professionale è forse il professionista più coinvolto in queste considerazioni, in quanto "la competenza fondamentale per gli educatori professionali è la competenza relazionale, cioè l'uso della relazione interpersonale o di gruppo con una finalità educativa come strumento principale" (Moretto, 2020, p. 108).

Il termine "compassion fatigue" è emerso per la prima volta circa trent'anni fa, in uno studio inerente al burnout che colpiva la professione infermieristica. L'infermiera Carla Joinson (1992) lo usò per definire la "perdita della capacità di prendersi cura", che era stata rilevata in alcune infermiere di pronto soccorso. Il termine indica uno stato di profondo consumo fisico, psichico e spirituale, accompagnato da un significativo dolore emotivo (Joinson, 1992). Negli anni a seguire, il maggior esponente che trattò il tema della Compassion Fatigue fu il professore di psicologia e salute mentale Charles Finley. Se pensiamo alla

compassione come “l’esperienza di profonda conoscenza e consapevolezza che l’individuo può avere per la sofferenza altrui, unita al desiderio di porvi rimedio” (Radey, Figley, 2007), la compassion fatigue è definita come “uno degli effetti a lungo termine di molteplici e ripetute esperienze di compassione, una sorta di saturazione della possibilità di compatire con l’altro che provoca un esaurimento profondo a livello cognitivo, emozionale, comportamentale, spirituale, psicosomatico, di performance lavorativa e delle relazioni umane” (Figley, 1995).

Concretamente si manifesta con una sintomatologia simile al PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), anche se con un’insorgenza più subdola dato che richiede molto tempo per emergere e spesso quando si rende davvero manifesto non è semplice identificarlo come tale (Bobbo, Ius, 2021). I sintomi più comuni che gli operatori colpiti dalla CF percepiscono sono solitudine e senso di isolamento, ipersensibilità, comparsa di immagini intrusive e ansiogene; irritabilità, alterazioni dell’umore, espressioni di rabbia o, al contrario, di depressione e tristezza; senso di inutilità, una perdita di oggettività rispetto agli obiettivi professionali che prima dividevano e comprendevano (Bobbo, Ius, 2021).

Fortunatamente, la fatica associata all’aiuto comporta non solo effetti negativi ma anche una pars costruens, situata agli antipodi lungo lo spettro del livello di soddisfazione lavorativa, chiamato Compassion Satisfaction (Napolitano, 2008). Essa viene definita come “la soddisfazione nell’esercizio della propria professione, la sensazione che la propria presenza, i propri gesti, le proprie parole di compassione sono significative per l’altro che soffre” (Bobbo, 2015). È curioso osservare come spesso i medesimi fattori di motivazione che possono produrre soddisfazione in un professionista sanitario (e non), in termini di impegno e successo o gratitudine da parte dei propri assistiti, possono improvvisamente tramutarsi nella fonte del malessere (Napolitano, 2008).

Alcuni studiosi considerano la cosiddetta “Compassion Fatigue” (CF) ovvero la fatica compassionevole come una sindrome che comprende stress traumatico secondario e burnout professionale con sintomi fisici ed emotivi che si accumulano nel tempo (Bride et al., 2007).

1.2.2 Lo Stress Traumatico Secondario e il Trauma Vicario

Lo Stress Traumatico Secondario (STSD) è, come ci fa intuire la parola, una trasposizione dello stress da trauma da chi vive il trauma a chi sostiene, ascolta e si relaziona con la persona che l’ha vissuto. Esso può avvenire dall’esposizione di un professionista a un paziente che ha vissuto un trauma e viene descritto come una reazione acuta che si sviluppa

improvvisamente e che si manifesta in tutto e per tutto con sintomi classici del Disordine da Stress Post Traumatico (PTSD) (Bobbo, 2015), disturbo classificato all'interno del DMS-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), che descrive gli effetti del trauma primario. Se un'esposizione al trauma crea degli effetti negativi al soggetto traumatizzato, una traumatizzazione "secondaria" può avere gli stessi identici risultati di una traumatizzazione primaria (Figley, 1999).

Il Trauma Vicario (VT) è stato definito come un cambiamento cognitivo che altera la visione di sé e del mondo derivante dall'impegno empatico cronico con i sopravvissuti al trauma (Pearlman, 1999, p. 52). Emerge quando la visione del mondo e il sistema di valori del professionista sono messi alla prova, indeboliti e privati di efficacia dalle situazioni dolorose alle quali assiste o di cui viene a conoscenza attraverso il racconto delle persone vulnerabili o vulnerate con le quali entra in relazione (Bobbo, 2015). Se cioè tutto ciò in cui crede, i valori che hanno dato forma e sostanza alla sua vita personale e che hanno supportato la sua scelta vocazionale, vengono completamente destabilizzati dalle storie di fragilità che osserva o ascolta, egli può essere indotto ad interrogarsi sulla validità di tutto ciò in cui ha sempre creduto (Bobbo, Ius, 2021).

Lo stress traumatico secondario e il trauma vicario si riferiscono allo stesso concetto: vengono descritti con un esordio improvviso e come il risultato di una relazione empatica con pazienti traumatizzati (Pearlman, 1999). Tuttavia, lo Stress Traumatico Secondario (STS), basato sul campo della traumatologia, enfatizza di più le manifestazioni comportamentali esteriori, mentre la traumatizzazione vicaria (VT) il processo di cambiamento cognitivo interno. Sono, quindi, due disturbi distinti con caratteristiche simili, che possono manifestarsi indipendentemente l'uno dall'altro o come condizioni co-occorrenti.

1.2.3 La sindrome del Burnout

La sindrome del Burnout è uno stato patologico psico-fisico da considerare come una risposta globale, con iniziale valenza difensiva, ma col tempo cronicizzata, a una condizione di stress emozionale continuativo e prolungato nel lavoro teso all'aiuto di altri esseri umani (Di Sciascio, Calò, 2009, p.97).

Il termine “burnout” è comparso per la prima volta in una relazione medica del 1974 ad opera di H. J. Freudenberg (1926-1999), psicoanalista ebreo di origine tedesca stabilitosi negli USA, che ha studiato il fenomeno a partire da “un problema di cui lui stesso aveva sofferto all’interno della clinica che aveva fondato” (Fontes, 2020). Egli descrisse il *burnout* come una forma di logoramento e di malessere dovuti alle elevate richieste in termini di risorse che avvengono sul posto di lavoro (Converso & Falcetta, 2007). La parola *burnout* deriva dalla lingua inglese e significa letteralmente “bruciare”, “consumarsi”, “esaurirsi”, “scoppiare”. Il concetto è stato ripreso in seguito dalla psicologa sociale americana Christina Maslach, la quale con i propri studi ha dato un’importante svolta alla comprensione e alla ricerca sul tema (Maslach & Leiter, 2000), mettendo in evidenza tre elementi distintivi e caratterizzanti del burnout e ponendo un forte accento sugli aspetti emotivi del fenomeno. Questi tre elementi sono ancora oggi ciò che definiscono la sindrome del Burnout:

- a) *Esaurimento emotivo*: dovuto alla percezione che le richieste provenienti dall’ambiente lavorativo siano eccessive rispetto alle risorse a disposizione per fronteggiarle. La sensazione è di costante tensione: la persona si sente vuota, esausta, incapace di rilassarsi e di recuperare l’energia necessaria ad affrontare nuovi progetti; è una sensazione percepita sia a livello emotivo che fisico (Moosler, 2006) ed è la prima reazione allo stress (Maslach e Leiter, 2001).
- b) *Depersonalizzazione*: si riferisce all’assunzione di un atteggiamento di allontanamento nei confronti del lavoro e delle persone, con risposte indifferenti e fredde ai bisogni del proprio paziente (Moosler, 2006; Santinello & Negrisolo, 2009) È una sorta di autodifesa volta ad evitare il coinvolgimento emotivo ed a proteggersi da esaurimento e delusione (Maslach e Leiter, 2001). Spesso porta con sé senso di colpa in quanto si comprende di aver perso l’entusiasmo, la motivazione e la passione per la professione.
- c) *Ridotta realizzazione personale*: provocata dal senso di inadeguatezza percepito dall’operatore rispetto alle sue capacità, è una condizione che deriva sia dall’esaurimento che dal cinismo e comporta una caduta significativa dell’autostima e una sensazione di mancato successo lavorativo; implica che il curante percepisca che le sue stesse prestazioni lavorative siano qualitativamente e quantitativamente ridotte (Moosler, 2006; Santinello & Negrisolo, 2009); la persona perde fiducia nelle sue capacità, diminuiscono motivazione e autostima con conseguente insorgenza di stati depressivi e rischio di abbandono lavorativo.

Spesso accade che il concetto di stress venga confuso con quello di Burnout: la letteratura sottolinea, invece, che non è detto che un livello elevato di stress conduca necessariamente a burnout. Il Manuale di psicologia della salute (Ripamonti, 2015. Cap.3, p.91) elenca queste differenze tra i due costrutti:

- a) Il burnout si verifica quando nel professionista c'è stato un alto livello di motivazione nello svolgimento di un compito, condizione non necessaria nello stress.
- b) Il burnout porta ad una relazione con l'utenza molto negativa, che resta nel tempo, condizione non sempre presente nello stress.
- c) Il burnout non ha non ha aspetti positivi, mentre lo stress è importante per la sopravvivenza individuale e può essere considerato uno stimolo per la crescita personale.

I sintomi che si possono manifestare con il burnout sono (Ripamonti, 2015, p.93):

- Sintomi fisici quali fatica, frequenti mal di testa, disturbi gastrointestinali, insonnia, cambiamenti nelle abitudini alimentari, uso di farmaci.
- Sintomi psicologici, come senso di colpa, negativismo, alterazioni dell'umore, scarsa fiducia in sé, irritabilità, scarsa empatia e scarso ascolto.
- Reazioni comportamentali sul luogo di lavoro con assenze o ritardi frequenti, tendenza ad evitare contatti telefonici e a rinviare gli appuntamenti, scarsa creatività, ricorso a procedure standardizzate.
- Cambiamenti di atteggiamento verso i pazienti come chiusura difensiva al dialogo, cinismo, spersonalizzazione nei rapporti, distacco emotivo e indifferenza ai problemi degli altri.

Questi sintomi oltre a diminuire il livello di benessere bio-psico-sociale degli operatori, portano a gravi conseguenze nella qualità della cura erogata e nell'attenzione che i professionisti possono esprimere verso i pazienti. Le ricerche che studiano le conseguenze di stress e Burnout in professionisti che lavorano con NDD riportano, infatti, una varietà di risultati come: bassi livelli di produttività, minore qualità del supporto diretto e delle interazioni clinico-paziente; maggiore assenteismo e turnover; reazioni emotive negative; stile di vita non sano, problemi di salute mentale, problemi fisici e malattie croniche; maggiore rischio di abusi fisici e mentali nei confronti dei clienti (Panicker, Ramesh, 2019).

Diviene fondamentale, quindi, analizzare i fattori che espongono maggiormente al rischio di Burnout, per poter poi delineare delle strategie di intervento finalizzate alla prevenzione di questi disturbi.

1.3 Fattori di rischio

Poiché si tratta di un complesso costrutto multidimensionale, gli elementi che favoriscono l'insorgenza di Burnout sono molteplici e non è mai possibile risalire ad una causa univoca: si parla piuttosto di fattori di rischio. Tra questi ci sono in gioco sia componenti personali sia componenti esterne, e secondo gli autori vale la pena fare una suddivisione tra: fattori individuali, fattori lavorativi ed organizzativi e fattori sociodemografici (Converso & Falchetta, 2007; Moosler, 2006).

Un'altra variabile da considerare è il tipo di lavoro che viene svolto: indubbiamente alcune professioni sembrano più a rischio di altre in quanto richiedono un maggior dispendio di energia, presentano rischi più elevati, il contatto con l'utenza è più carico di emotività e non sempre di facile gestione (Pellegrino, 2009). Ciò costituisce quello che Pellegrino (2009) chiama stress addizionale, legato cioè alla particolare natura delle affezioni di cui ci si deve occupare.

È il caso dei Disturbi del Neurosviluppo (NDD) e in particolar modo dell'autismo, come evidenziano gli studi presenti in letteratura sul Burnout degli analisti del comportamento. Riprendendo la letteratura scientifica in merito, Alzani, Carnevali e collaboratori (2020) riassumono i fattori di rischio del Burnout in professionisti che lavorano con NDD in questo modo: a) fattori legati al cliente (scarso funzionamento, comportamenti sfidanti, frequenza e cronicità dei problemi; atteggiamenti atipici); b) fattori legati al lavoro (carico di lavoro, turni di lavoro, percezione delle relazioni e del supporto ricevuto, basso stipendio, rischio di infortuni); c) fattori organizzativi (basso status occupazionale, ambiguità del ruolo e limitata autonomia lavorativa); fattori individuali (personale) (psicologici).

1.3.1 Fattori legati alla patologia ASD

Gli ASD sono disturbi complessi da sia dal punto di vista clinico che di presa in carico. In uno studio pubblicato nel *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* nel 2017 emerge addirittura che molti clinici esitano nella presa in carico di pazienti con ASD, viste le sfide a cui sono chiamati a far fronte quotidianamente. Tra i motivi discussi dai clinici riguardo al timore di questa presa in carico, lo studio evidenzia 1) la

mancanza di fiducia nella loro conoscenza dei sintomi gravi; 2) timore di un'interruzione dell'attività clinica da parte di pazienti acutamente agitati; 3) stress generale nella gestione di pazienti con un potenziale di miglioramento limitato (Yerramsetti, 2017).

Ci sono, quindi, dei fattori associati alla patologia ASD che espongono il professionista a sviluppare forme di stress lavoro-relato e Burnout, più di quanto possano fare altri tipi di disturbo. Tra questi si evidenziano i marcati deficit comunicativi e relazionali e le difficoltà di adattamento all'ambiente e ai suoi mutamenti, che richiedono una grande preparazione e un grande lavoro di gestione emotiva da parte del professionista; i problemi comportamentali (Mill e Rose, 2011) quali rabbia, aggressività, iperattività, sono probabilmente il fattore più impattante associato allo stress e al Burnout (Lin, 2013) in quanto espongono gli operatori al rischio di aggressioni e anch'essi richiedono un enorme lavoro emotivo; lo scarso grado di autonomia e il grande bisogno di assistenza, che comportano l'utilizzo di energie mentali ma anche e soprattutto di forza fisica e riguardo il quale Stillman nel 2017 ha notato che "i professionisti che sono esposti alla cura di individui con bisogni elevati possono fare esperienza di Compassion Fatigue e Burnout". Come evidenzia lo studio (Yerramsetti, 2017), inoltre, gli ASD sono patologie croniche in cui spesso il potenziale di miglioramento è limitato o comunque molto esteso nel corso del tempo, per cui gli operatori devono allenare la loro soddisfazione lavorativa ai piccoli traguardi quotidiani.

Un'altra cosa da tenere in considerazione è la relazione che il professionista instaura con le famiglie. Solitamente l'intervento educativo di Educatori Professionali, ma anche di altri professionisti sociosanitari, di insegnanti di sostegno o altri professionisti d'aiuto, nei confronti di minori ma anche di adulti con varie forme di disabilità, presuppone un contatto, uno scambio di informazioni con i familiari del ragazzo. Nel caso dei Disturbi dello Spettro Autistico, sono proprio le Linee Guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (SINPIA, 2005) che raccomandano il pieno coinvolgimento dei genitori da parte dei servizi, in quanto osservatori privilegiati per l'individuazione degli obiettivi di adattamento. Il lavoro degli operatori è finalizzato a supportare il processo che consente ai genitori di passare l'inevitabile fase di disorientamento, che nasce nella comunicazione della diagnosi di autismo e dall'impatto che tale evento comporta, alla fase di partecipazione attiva al fianco dei professionisti (Keller, Zappella, 2016) (SINPIA, 2005). L'intervento alle famiglie comporta, quindi, non solo il coinvolgimento nel piano riabilitativo e nelle attività, che molto spesso si svolgono a domicilio soprattutto per quanto

riguarda la terapia ABA, ma anche un supporto emotivo nella gestione della loro ferita, della loro sofferenza e delle loro difficoltà quotidiane. Sostenere la famiglia dal punto di vista emotivo è un compito estremamente sfidante, che pone il professionista di fronte a una presa in carico doppia: quella del paziente affetto da ASD e quella dei suoi familiari.

1.3.2 Fattori lavorativi e organizzativi

Maslach individua sei fattori di stress legati alle istituzioni (Maslach e Leiter, 2000): il carico di lavoro, i rapporti col resto del personale clinico, la gestione del personale e la supervisione, la presa in carico della sfera emotiva del curante, la turnistica e il riconoscimento.

Un lavoratore è più a rischio di Burnout quando:

- lavora in “strutture amministrative mal gestite” (Pellegrino, 2009, p.26), in cui c’è sovraccarico di lavoro e pressione lavorativa;
- svolge un lavoro a turni e lavora anche fuori dal suo orario di lavoro (lavoro straordinario) (Weber, 2000);
- lavora in un’azienda il cui sistema organizzativo è gerarchico, dove i messaggi vengono trasmessi a senso unico, non c’è partecipazione ai processi decisionali e non c’è autonomia professionale (Pellegrino, 2009);
- non ha buoni rapporti con i colleghi e con l’equipe, ma anzi vive in un clima lavorativo fatto di tensione e di competizione; tra queste tematiche emerge il mobbing (Weber, 2000), la “sistematica persecuzione esercitata sul posto di lavoro da colleghi o superiori nei confronti di un individuo, consistente per lo più in piccoli atti quotidiani di emarginazione sociale, violenza psicologica o sabotaggio professionale, ma che può spingersi fino all’aggressione fisica”³;
- l’azienda per cui lavora non si prende in carico della sfera emotiva dei lavoratori e non garantisce delle riunioni di supervisione. Il compito principale dell’attività di supervisione è stimolare e facilitare le dinamiche interattive e riflessive dello staff: essa rappresenta lo strumento ideale allo scopo di garantire un sostegno di grado e qualità elevati allo staff curante; questi momenti di pausa e riflessione sono stati indicati da numerosi studi come essenziali a uscire dalla “congiura del silenzio” sulla percezione soggettiva del lavoro (Rigatelli et al, 2009, p. 187).

³ Dizionario Oxford Languages.

- non riceva nessun tipo di formazione da parte dell'azienda sulle tematiche dello stress lavoro-relato (Maslach e Leiter, 1997) e sulle strategie di coping per affrontarlo;
- non viene riconosciuto, né a livello professionale, né a livello economico. Per quanto riguarda i professionisti di cura, infatti, il riconoscimento economico che non è proporzionato allo sforzo fisico e psicologico che viene loro richiesto, l'esposizione anche a situazioni di rischio fisico, la responsabilità legale, l'exasperazione degli iter burocratici, e una opinione pubblica pronta ad aggredire e penalizzare qualsiasi loro gesto o azione (Anderson, 2000). Ecco il tema della ricompensa economica è centrale, in quanto il lavoro svolto non viene finanziato e riconosciuto adeguatamente, soprattutto quando si parla del lavoro nel privato sociale (cooperative, onlus, associazioni).

1.3.3 Fattori sociodemografici

Il sesso non sembra essere determinante nell'insorgenza della sindrome. Diventa significativo invece se si è interessati alle singole dimensioni emotive di cui essa è composta: pare che le donne siano più esposte all'esaurimento emotivo, mentre gli uomini alla depersonalizzazione (Santinello & Negrisola, 2009).

L'età anagrafica sembra essere un fattore che incide sul fenomeno del *burnout* (Santinello & Negrisola, 2009). Come dimostrato in molti studi, sono gli operatori più giovani ad essere più a rischio rispetto ai colleghi esperti, e questo perché: hanno meno esperienza alle spalle; meno consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti psicofisici solo in parte compensati da un grande entusiasmo nei confronti della professione, che spesso, però, li porta ad avere ideali e aspettative che non coincidono con la realtà (Santinello & Negrisola, 2009). Da queste ricerche si intuisce che le motivazioni alla base di questa disparità non sono tanto sociografiche, appunto, quanto legate a caratteristiche personali come la consapevolezza di sé e la capacità di gestione emotiva, cose a cui si può iniziare a prestare attenzione e a dedicare del tempo fin da primi anni di esperienza lavorativa, per il bene proprio e dei propri pazienti.

1.3.4 Fattori individuali

Nonostante non esista uno specifico profilo di personalità che sia il solo a rischio di Burnout in quanto "tutti siamo a rischio in una certa misura, se lo stress emozionale del lavoro diventa

eccessivo” (Maslach, 2008) (Pellegrino, 2009, p.22), esistono, però, una serie di caratteristiche che più di altre possono rendere il soggetto più vulnerabile.

Alcune tra le caratteristiche di personalità o i fattori predisponenti al Burnout sono (Pellegrino, 2009, p.21):

- Eccessiva dedizione al lavoro;
- Perfezionismo, bisogno di tenere tutto sotto controllo;
- Vita privata poco soddisfacente;
- Eccessiva ambizione, desiderio di “cambiare il mondo”, aspettative irrealistiche;

- Autoritarismo ed estrema autonomia, fino all’accentramento dei compiti, al rifiuto di condividere e delegare il potere, al controllo ossessivo;
- Locus of control esterno, cioè pensare che le cose che accadono dipendano da fattori esterni a sé;
- Personalità ansiosa, nevroticismo, impulsività, ostilità;
- Sentimento di insufficienza e incapacità a svolgere il proprio lavoro (impotenza appresa), bassa autostima e senso di inadeguatezza.

Come per tutti i disturbi psicologici, un fattore predisponente è anche l’aver già sofferto precedentemente di ansia e stress. Si evidenzia inoltre che, per quanto riguarda lavoratori che sono anche genitori, il fatto di dover ricoprire sia un ruolo lavorativo che un ruolo familiare possa portare a conflitti interpersonali e sia stato dimostrato essere un fattore di rischio per lo sviluppo del burnout lavorativo (Lingard & Francis, 2006).

Per quanto riguarda i professionisti d’aiuto, come nominato precedentemente, l’empatia e la compassione sono armi a doppio taglio, dal momento che risultano essere necessarie per l’instaurarsi di una buona relazione terapeutica, ma possono risultare pericolose se non gestite in modo adeguato. Ciò che costituisce il vero fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi vicari al lavoro d’aiuto, non sono, dunque, i tratti personologici sopra citati, quanto il non avere consapevolezza di sé, del proprio modo di essere e del proprio modo di reagire di fronte alle situazioni, il non saper gestire le proprie emozioni.

1.4 La prevenzione: l'importanza della cura di sé

Per quanto riguarda la prevenzione dei disturbi vicari al lavoro d'aiuto, si può agire a livello organizzativo e a livello individuale.

Pellegrino elenca alcune strategie organizzative per la prevenzione del Burnout. Per quanto riguarda la formazione, egli ritiene sia necessario “formare lo studente universitario all'acquisizione della consapevolezza delle influenze emozionali nel rapporto con il paziente e addestrare, fin dai corsi di laurea, al lavoro in equipe multidisciplinare” (Pellegrino, 2009, p.44). La formazione sui temi dello stress lavoro-relato, infatti, è da ritenere importante non solo nei luoghi di lavoro, ma fin dai banchi dell'università dei professionisti sociosanitari, come infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica o educatori professionali. Boyle tra le tre categorie principali di intervento in caso di Compassion Fatigue tra gli infermieri parla, infatti, di istruzione: “è fondamentale che la sensibilizzazione al tema della Compassion Fatigue sia integrata in tutti i programmi di studio per infermieri universitari, affinché vi sia una maggiore consapevolezza dei bisogni emotivi che possono affliggere l'energia del professionista in cure infermieristiche” (Boyle, 2011). È necessario, dunque, che programmi di formazione aumentino le conoscenze e le competenze di supporto emotivo nella pratica infermieristica, educativa e riabilitativa.

Dal punto di vista dell'organizzazione del lavoro, è importante “fornire agli operatori programmi chiari e ben definiti e garantire loro un discreto margine di autonomia decisionale e una partecipazione attiva agli obiettivi aziendali” (Pellegrino, 2009, p.44). La valorizzazione del singolo è la chiave del successo di ogni azienda: “si è notato, infatti, che le persone lavorano al meglio delle proprie capacità quando hanno l'impressione che, facendo ciò che devono fare in rapporto al ruolo ricoperto, possano crescere umanamente, professionalmente e culturalmente” (Morganti, 1997). Inoltre, in tutti gli ambienti di lavoro ma soprattutto nell'ambito delle professioni d'aiuto, è fondamentale “prestare attenzione alle esigenze e alle difficoltà di ogni singolo operatore, equilibrando, di volta in volta, il numero di pazienti da affidargli, il tempo di attività, i periodi di riposo” e “fornire consulenza e assistenza e creare sistemi di supervisione continua” (Pellegrino, 2009, p.44).

Non tutte le aziende e organizzazioni prestano attenzione a queste tematiche, e, per quanto alcune di loro si impegnino in azioni volte al benessere dei lavoratori, è però l'azione individuale di conoscenza e messa in atto delle proprie strategie di adattamento e fronteggiamento dello stress che rende il professionista sociosanitario curante del proprio

benessere bio-psico-sociale e in tutte le fasi della propria vita: “per evitare gli eventi stressanti dello stress ognuno di noi deve scoprire qual è la sua soglia personale agli agenti stressanti” (Pellegrino, 2009, p.22).

"Come analista del comportamento, moglie, figlia e madre di un bambino autistico e di un bambino neurotipico, mi è capitato spesso di dover scegliere tra la cura di me stessa e quella di chi mi sta intorno. Più di recente, ho iniziato a sperimentare i sintomi del burnout a causa dei molteplici ruoli sul lavoro, delle sfide del COVID-19 e delle nuove sfide comportamentali emerse con mio figlio autistico. Ho iniziato a cancellare sessioni di allenamento, appuntamenti con il medico e piccole attività che mi piacevano, come fare passeggiate e passare del tempo con la famiglia e gli amici. Il risultato della sostituzione delle mie esigenze di cura di me stessa con i piani e le priorità degli altri si è rivelato un ulteriore problema per la mia capacità di lavorare bene al lavoro e a casa. Ho iniziato a faticare a rispettare le scadenze, a gestire male il tempo e a riprogrammare riunioni importanti per altri impegni lavorativi e domestici. L'intensa sensazione di essere sopraffatta ha creato ulteriori problemi emotivi, come la perdita di motivazione e la diminuzione della soddisfazione per la mia capacità di lavorare e di essere madre. Il riconoscimento di questi pensieri e comportamenti mi ha spinto a chiedere aiuto, sia a casa che al lavoro. Sono stata in grado di sviluppare un piano di autocura personale e di sostenermi per tornare a un posto migliore in cui sono sicura di portare a termine le responsabilità con successo e gentilezza".

(Scott & Gans in Self-Care Guide for ABA Professionals, 2020)

L'OMS (2009) definisce la cura di sé come il mantenimento del benessere personale per aumentare o ristabilire salute e un trattamento per prevenire delle patologie. Allenarsi alla cura di sé dà benefici alla salute fisica e psichica. La cura di sé inizia con l'agire mettendo al primo piano i propri bisogni durante il giorno: anche se sembra una cosa semplice, non è facilmente raggiungibile da tutti. Alcuni pensieri sulla cura di sé sono, infatti (Scott & Gans, 2020):

- Sentirsi egoisti se si sceglie di dedicare del tempo ad atti di cura di sé invece di dedicare quei pochi momenti alla cura degli altri.
- Sentirsi troppo oberati di responsabilità per fermarsi e impegnarsi in atti di cura di sé per paura di rimanere ancora più indietro.
- Sentirsi incapaci di connettersi con il proprio corpo e la propria mente e di riconoscere quali sono le routine o i comportamenti quotidiani che non lasciano spazio per la cura di sé.

Una Self-Care Strategy è qualsiasi azione intenzionale che l'individuo può mettere in atto a tutela e promozione della sua salute fisica, mentale ed emozionale, anche di fronte al rischio connesso all'esposizione continua e ripetuta alla sofferenza e al dolore altrui (Bobbo, 2015). La Self-Care Guide for ABA Professionals (guida per la cura di sé dei terapisti del comportamento ABA, Applied Behavior Analysis) suggerisce quattro strategie di autocura (Salazar, 2014):

- Scegliere i limiti del proprio intervento e condividere le difficoltà o le tensioni emotive con colleghi, supervisori e con la propria famiglia;
- Evitare di ridurre i propri impegni settimanali, di mantenere la propria routine e le attività in cui ci si dedica a sé stessi senza sostituirli con impegni lavorativi, perché avere delle attività che riducono lo stress aumenta la produttività lavorativa;
- Selezionare e valutare le richieste lavorative e di essere disponibili a rinunciare ad alcune tra cui, per esempio, accettare un caso in più in un momento di grande carico lavorativo o fare una sostituzione durante le ferie rinunciando a passare del tempo con la famiglia;
- Usare affermazioni positive per incentivare in sé stessi il giusto equilibrio tra lavoro e vita privata.

Tra le attività per esplorare l'ambito della cura di sé, il manuale propone l'identificazione dei propri valori, la ricerca di un'attività piacevole all'aperto, il limitare il tempo nei social media, aumentare le sane abitudini e trovare un hobby.

La cura di sé è una mentalità e un processo di pensiero, è un'arte e allo stesso tempo una disciplina. Essa richiede motivazione al cambiamento, desiderio di sentirsi meglio, ma anche l'intento di diventare la miglior versione di sé. C'è bisogno di costanza, dedizione e pazienza, ma con la pratica e la perseveranza tutti possono imparare a renderla un processo naturale da attuare nel corso della giornata. La Self-Care Guide for ABA Professional ritiene che gli operatori che la praticano regolarmente possano proteggersi dal burnout.

Capitolo 2: Disegno di ricerca

La ricerca effettuata per la realizzazione di questa tesi è uno studio di tipo osservazionale che si basa sull'osservazione di un fenomeno dal punto di vista qualitativo e quantitativo.

2.1 Obiettivi di indagine

L'obiettivo iniziale di questo studio era quello di valutare il grado di fatica e di stress lavoro relato negli Educatori Professionali che lavorano con persone affette da ASD in alcuni centri nella provincia di Treviso e di capire quali sono le cause, in termini di fattori di rischio, e i metodi per prevenire l'eventuale evoluzione di queste difficoltà in Burnout.

La domanda di ricerca è sorta da un interesse personale in quanto durante il tirocinio svolto in un centro riabilitativo per ASD mi sono trovata in difficoltà dal punto di vista emotivo e psicologico nel gestire per un'intera giornata questa tipologia di pazienti e nel trovare la giusta motivazione per farlo. Da questa esperienza, mi sono chiesta quanto, quindi, potesse essere difficile per i professionisti che svolgono questo lavoro per tutto l'anno e da più anni. La difficoltà di reperibilità di un vasto numero di Educatori Professionali LSNT/2 ha fatto sì che il quesito di ricerca sia stato esteso ad altri professionisti di area sanitaria, pedagogica e psicologica, mantenendo invariato l'obiettivo dello studio osservazionale: l'indagine dei livelli di Burnout e di Compassion Fatigue nei professionisti che lavorano con ASD nella provincia di Treviso.

Questa tesi ha lo scopo ultimo di portare all'attenzione del mondo sociale e sanitario l'importanza di queste problematiche, sia a livello personale che a livello organizzativo e lavorativo e di fornire degli spunti di riflessione per quanto riguarda le strategie di prevenzione del Burnout.

2.2 Materiali e metodi

Il paradigma di ricerca è quello interpretativo, secondo cui la realtà non può essere conosciuta per poter essere spiegata, ma può essere compresa solo attraverso un atteggiamento interpretativo (Mortari, Zannini, 2017).

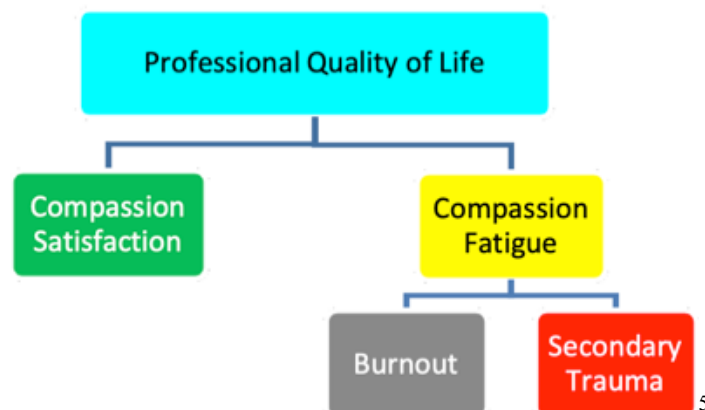
Per svolgere questa ricerca si è deciso di utilizzare la Professional Quality of Life Scale (ProQOL), un questionario validato nel 2009 dalla dott.ssa Beth Hudnall Stamm, psicologa americana, tradotto in 28 lingue e attualmente di proprietà del Centro per le vittime della tortura, un'ONG che opera in diversi paesi del mondo.

Si tratta di uno strumento che può essere utilizzato da tutte le categorie che lavorano in ruoli di aiuto alla persona quali operatori sanitari e sociosanitari, insegnanti e operatori di emergenza e permette al professionista di riflettere sul proprio stato d'animo e stato di salute mentale in modo da ripensare al suo operato in un'ottica di equilibrio tra la propria vita professionale e personale.

La Professional Quality of Life Scale è lo strumento più utilizzato per misurare gli effetti positivi e negativi del lavoro con persone che hanno vissuto eventi stressanti: tra 100 studi presenti nel database PILOT⁴ su Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress e Trauma Vicario, 46 hanno usato una versione del ProQOL. La scala inizialmente si chiamava Compassion Fatigue Self Test ed era stata sviluppata da Figley negli anni '80. Stamm e Finley iniziarono a collaborare nel 1988, successivamente, nel 1993, Stamm aggiunge il concetto di Compassion Satisfaction e qualche anno dopo, tramite un accordo pacifico tra i due autori, lo strumento diventa interamente di proprietà di Stamm che ne cambia il nome. Il ProQOL inizialmente è stato creato in inglese ma ci sono traduzioni in finlandese, francese, tedesco, ebraico, italiano, giapponese, spagnolo, croato (Stamm, 2010).

Esso è composto da 30 affermazioni alle quali corrispondono altrettante scale di risposta a 5 punti, laddove 1 esprime minimo accordo con l'affermazione corrispondente, e 5 massimo accordo con la stessa. Si chiede di rispondere in base alla situazione attuale e di scegliere l'opzione che è stata più vera negli ultimi trenta giorni.

Questa scala di valutazione permette di misurare tre diverse dimensioni che contraddistinguono il malessere/benessere professionale percepito dal rispondente: la Compassion Satisfaction (CS), il Burnout (BO) e il Secondary Traumatic Stress (STS).



⁴ The Published Literature in Posttraumatic Stress Disorder.

⁵ Diagram of Professional Quality of Life, The Concise ProQOL Manual, 2010.

Secondo Stamm, la qualità della vita è composta da un aspetto positivo, la Compassion Satisfaction, definita come “il piacere che deriva dall’essere in grado di svolgere bene il proprio lavoro, il piacere di aiutare gli altri con il proprio lavoro”:

“Compassion satisfaction is about the pleasure you derive from being able to do your work well. For example, you may feel like it is a pleasure to help others through your work. You may feel positively about your colleagues or your ability to contribute to the work setting or even the greater good of society” (Stamm, 2010).

Inoltre, è presente un effetto negativo, la Compassion Fatigue, che Stamm considera divisa in due costrutti distinti, il Burnout e il Secondary Traumatic Stress, concetti già delineati nel capitolo 1.

L’aspetto più importante del ProQOL è che non è un test diagnostico; ciononostante, esso può essere una guida per misurare l’equilibrio tra aspetti positivi e negativi sia di un lavoro pagato sia di un’attività di volontariato.

Per questa ricerca è stata utilizzata la versione tradotta in italiano del ProQOL Version 5 del 2009 scaricata dal sito proqol.org dopo aver mandato la richiesta di autorizzazione per l’utilizzo al Centro delle vittime della tortura, tramite l’omonimo sito internet.

La seconda parte della ricerca si colloca all’interno del metodo fenomenologico del paradigma interpretativo, secondo il quale si osserva la realtà per cogliere le cose nel loro essere proprio e il cui oggetto è l’indagine dei vissuti. Per poter raccogliere i dati anche da un punto di vista qualitativo e per permettere ai professionisti di cura di esprimersi riguardo alla loro qualità di vita personale e sociale, sono state, infatti, create quattro domande aperte:

1. Hai scelto tu di lavorare con il disturbo dello spettro autistico? Se sì, perché?
2. Ci sono momenti in cui ti senti affaticato da questo lavoro? Se sì, quali sono questi momenti e cosa provi quando avvengono?
3. Ti capita mai di portarti a casa il cosiddetto “bagaglio emotivo” del tuo lavoro? Se sì, quali sono le strategie che adotti per farci fronte?
4. Hai mai pensato di cambiare lavoro? Se sì, perché?

L’intervista è di tipo strutturato, in quanto le quattro domande aperte sono state poste a tutti i rispondenti secondo la medesima formulazione e ordine di presentazione.

Con il primo quesito ci si pone l’obiettivo di indagare la presenza o meno di motivazione nella scelta di lavorare al fianco di pazienti con ASD e con il quarto ci si chiede quali sono i

motivi di una eventuale scarsa motivazione. Il secondo e il terzo lasciano spazio invece ai vissuti personali, per quanto riguarda le situazioni quotidiane maggiormente sfidanti e stressanti, le emozioni che i professionisti provano in questi momenti e le personali strategie di coping adottate dei professionisti.

Il questionario finale [Allegato n.1], è, quindi, composto da:

- una parte introduttiva di descrizione degli scopi della ricerca;
- modulo di consenso informato e di tutela della privacy in accordo con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- scheda anagrafica in cui sono state chieste informazioni quali: la struttura nella quale lavorano, il sesso, la fascia d'età d'appartenenza, il percorso formativo, l'incarico svolto, gli anni di lavoro come professionista d'aiuto e quelli di lavoro al fianco di persone con ASD;
- ProQOL Version 5 Scale;
- quattro domande aperte.

Lo strumento è stato consegnato ai coordinatori delle strutture che hanno aderito alla ricerca in formato cartaceo, consegnato ai professionisti solitamente in occasione delle equipe settimanali con la richiesta di riconsegnarlo compilato in un tempo concordato con il coordinatore della struttura. e riconsegnato entro un tempo stabilito insieme tra ricercatore e coordinatore della struttura. I dati di C⁶1, C2, C3 sono stati raccolti ad agosto 2023, mentre quelli di C4 a dicembre 2023.

2.3 Criteri di inclusione dei soggetti coinvolti nello studio

Il questionario è stato somministrato ai professionisti di area sanitaria, pedagogica e psicologica di quattro centri per l'autismo della provincia di Treviso. Segue una breve presentazione delle strutture per esplicitare il tipo di lavoro per quanto concerne orari, tipo di intervento e numero di utenti per ogni professionista.

- C1: Un centro diurno per ragazzi e adulti con ASD dai 20 ai 40 anni in cui operano un Educatore socio-pedagogico, che, come coordinatore, gestisce gli inserimenti, i

⁶ Con "C" si indica il centro che ha partecipato alla raccolta dati.

progetti educativi e il rapporto con le famiglie, e due educatori socio-pedagogici e tre OSS operativi dalle 8 alle 15 e costantemente al fianco dei ragazzi. Ogni educatore, insieme a un OSS, affianca sempre gli stessi 2-5 ragazzi.

- C2: Un centro riabilitativo per bambini e ragazzi con ASD dai 5 ai 17 anni in cui operano quindici professionisti, tra cui psicologi, educatori socio-pedagogici e sociosanitario, terapeuta occupazionale e OSS. Mentre ai professionisti di formazione psicologica è assegnato il compito di coordinatori della struttura, gli altri professionisti affiancano i ragazzi sia in struttura sia, con alcuni di loro, in attività domiciliare. I loro turni si collocano, quindi, dalle 13.30 alle 17.30 durante l'attività scolastica e il mattino nel periodo estivo, con due/tre interventi domiciliari da un'ora e mezza per ogni settimana. I professionisti sono solitamente in rapporto 1:2 con i ragazzi, talvolta 1:1 se il ragazzo necessita di totale supporto.
- C3: Una comunità alloggio per persone adulte con ASD ad alto livello di intensività, in cui vivono 365 giorni l'anno quindici ragazzi e in cui i quindici professionisti tra educatori (di varia formazione) e OSS svolgono un lavoro a turni della durata di 5,5-7 ore. Ci sono quattro operatori per ogni dieci utenti.
- C4: Un ambulatorio specialistico, funzionalmente collegato e in rete con i Servizi dell'azienda Ulss di riferimento, per utenti di età inferiore ai 16 anni con ASD e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (DGS). I professionisti di questo centro- Psicologi, Educatori Professionali, Neuropsicomotricisti, Logopedisti- svolgono attività riabilitative in rapporto 1:1 della durata di 45 minuti o di un'ora e mezza nel caso si tratti di un intervento integrato per esempio tra Educatore e Neuropsicomotricista.

Nel presente studio sono stati inclusi professionisti di ambo i sessi, di età minima di 20 anni appartenenti ai seguenti profili professionali: Educatore sociosanitario LSNT/2, Educatore socio-pedagogico L19, Operatore Socio-Sanitario (OSS), Psicologo e/o Psicoterapeuta o altri profili di area riabilitativa che lavorino con persone con ASD.

Sono stati esclusi i questionari svolti da tre Educatori sociosanitari, un Logopedista e un Neuropsicomotricista per l'Età Evolutiva, in quanto il consenso alla compilazione era stato dato dalla Cooperativa del centro per il quale collaborano, ma non dall'azienda Ulss da cui sono assunti.

Il campione rientra, quindi, nel metodo di campionamento non omogeneo con similarità di una sola variabile (Bobbo, 2022, p. 64), in cui i soggetti coinvolti hanno la sola variabile oggetto di studio simile tra loro, che in questo caso è il tipo di utenza con cui lavorano, ovvero persone con ASD.

2.4 Metodi di analisi dei dati raccolti

Per quanto riguarda i dati quantitativi raccolti dal ProQoL Scale è stata svolta un'analisi statistica con il software Excel, mentre per quanto riguarda l'analisi dei dati qualitativi emersi dalle risposte alle domande aperte è stata usata la metodologia dell'analisi del testo "carta matita".

Capitolo 3: Analisi dei risultati

In questo paragrafo si effettuerà un'analisi dei dati ottenuti dai questionari raccolti.

I questionari compilati sono stati in totale 52: 9 dalla struttura C1, 12 dalla struttura C2, 22 dalla struttura C3, 9 dalla struttura C4.

Della struttura C3, 5 sono stati scartati per motivi legati all'autorizzazione al trattamento dati, come indicato nel Capitolo 2.3, dunque, il numero di questionari analizzati è pari a 47. Di questi, un intervistato non ha compilato correttamente il ProQOL, due intervistati hanno compilato solo il ProQOL ma non hanno risposto alle domande aperte e uno ha risposto a una sola domanda aperta: sono stati analizzati, quindi, 46 questionari per la parte quantitativa e 44 per quelle qualitative.

3.1 Analisi del campione

Tra i 47 partecipanti, 40 sono di sesso femminile, ad indicare la grande prevalenza delle donne nel ricoprire ruoli nel mondo dell'educazione e della riabilitazione. Il campione analizzato conta, quindi, l'85% di donne e il 15% di uomini.

Per quanto riguarda l'età del campione, abbiamo una prevalenza di soggetti con età compresa tra i 30 e i 39 anni, pari al 51%; seguono i professionisti più giovani della fascia tra i 20 e i 29 anni con il 26% e quelli di media età: 17% per la fascia 40-49 anni e 6% per la fascia 50-59 anni [Figura 1].

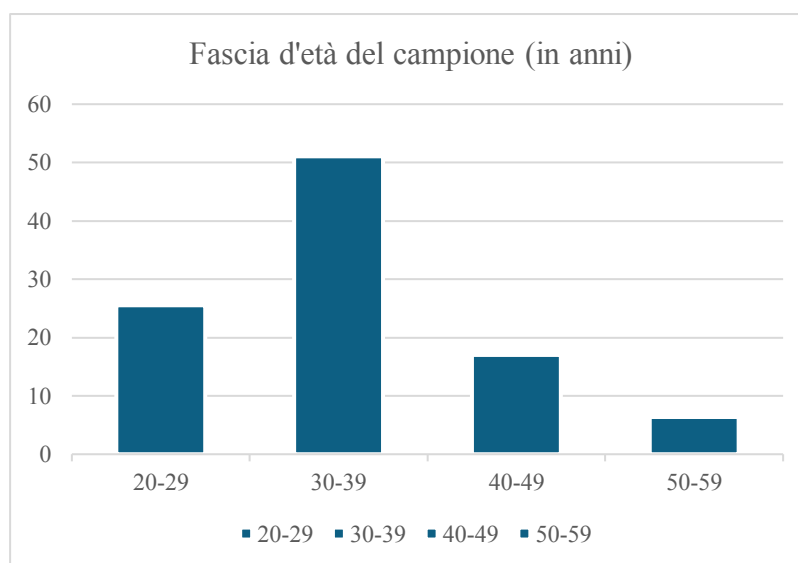


Figura 1

Si è deciso di analizzare, poi, il tipo di formazione dei professionisti, in quanto, si pensa che essa determini, insieme alle caratteristiche personologiche individuali di ogni professionista, la modalità di relazione con il paziente, le abilità e competenze pratico e teoriche di gestione dei suoi e dei propri vissuti emotivi e, quindi, anche la capacità di far fronte allo stress lavorativo.

Dei 47 questionari raccolti, il 9% è un Educatore Professionale socio-sanitario con laurea appartenente alle Professioni sanitarie della riabilitazione (LSNT/2); il 25,5% è un Educatore socio-pedagogico laureato in Scienze dell'educazione (L19), di cui il 25% specializzato in Pedagogia; il 25,5% è un Operatore Socio-Sanitario (OSS); il 23% appartiene alla categoria degli psicologici e/o psicoterapeuti; infine, il 17% ha avuto una formazione diversa: su 8 professionisti una si è definita una "insegnante di sostegno", 2 sono Assistenti sociali; infine, 2 Terapisti Occupazionali, 1 Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva, 1 Logopedista [Figura 2].

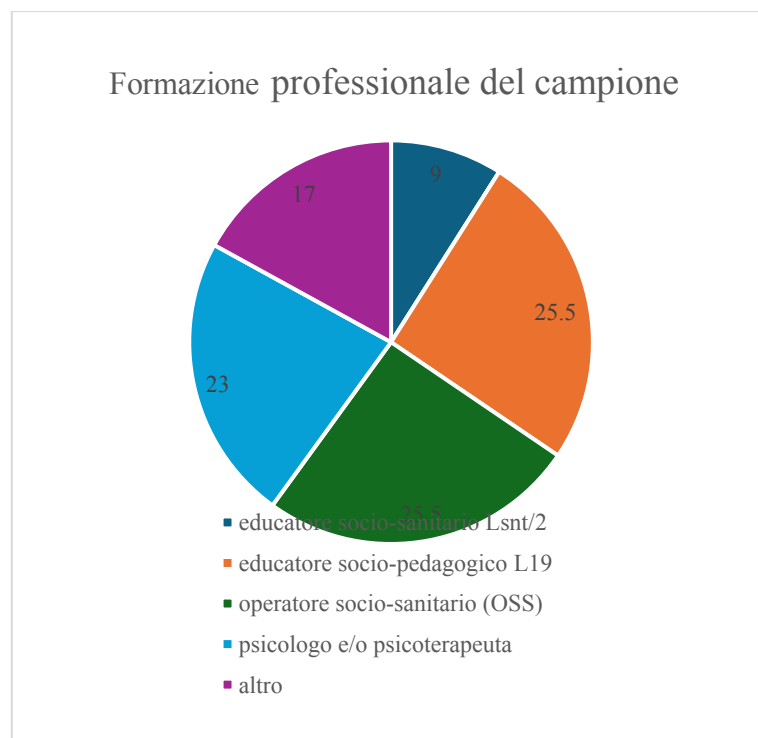


Figura 2

Contiamo, quindi, un 17% di Professionisti sanitari della riabilitazione (Educatori Professionali LSNT/2, Terapisti Occupazionali, Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Infantile, Logopedista), un 34% di professionisti di area sociale (Educatori socio-pedagogici e Assistenti sociali), 23% di professionisti di area psicologica e il 26% di Operatori Socio-Sanitari [Figura 3].

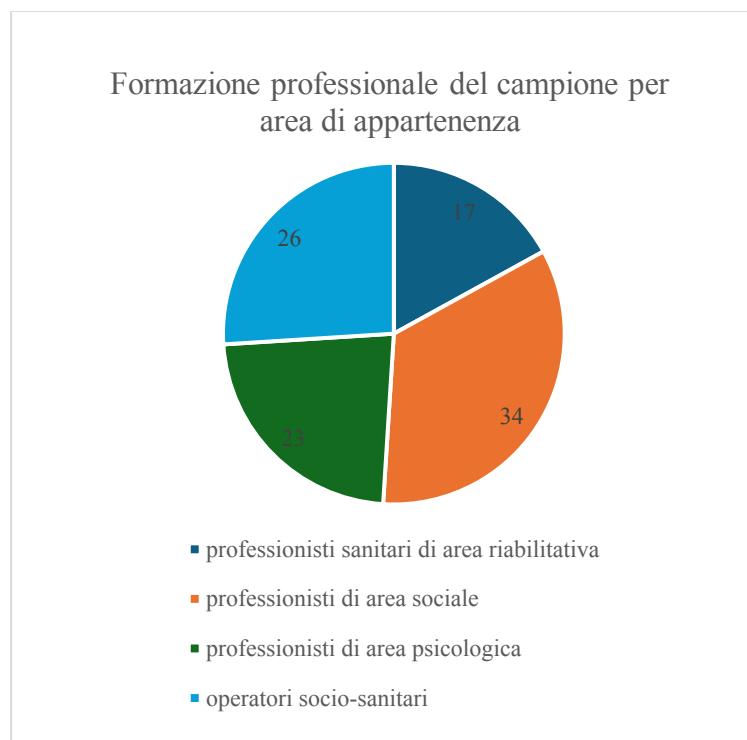


Figura 3

L'analisi degli incarichi svolti dai professionisti ha permesso di definire i loro ruoli e le loro mansioni all'interno delle strutture riabilitative per ASD in cui prestano il loro servizio.

Sebbene ogni professionista dovrebbe rivestire il ruolo per il quale si è formato, in Italia nel privato sociale, ciò non viene sempre rispettato. Guardando la figura 4 si nota, infatti, che la percentuale di professionisti che si riconoscono nel ruolo di Educatore Professionale è pari al 51%, percentuale molto più alta rispetto alla sola somma di Educatori sociosanitari ed Educatori socio-pedagogici pari al 34,5% [Figura 2]. Analizzando questo dato, si nota che il 54% di coloro che si sono definiti nel ruolo di Educatori Professionali, lo sono anche nella loro formazione, mentre il 46% di loro sono professionisti di formazione varia che, all'interno delle strutture in cui lavorano ricoprono il ruolo definito dal profilo professionale dell'Educatore Professionale (4 laureati in psicologia, 3 laureati in Servizio Sociale, 1 Terapista Occupazionale) o si riconoscono in esso (2 Operatori Socio-Sanitari).

Dalla figura 4 emerge, poi, un 13% di coordinatori delle strutture, di cui il 50% di formazione educativa o pedagogica e l'altra metà di formazione psicologica; il 21% si riconosce nel ruolo di Operatore Socio-Sanitario; il restante 15% svolge "incarichi altri", rispettando la sua formazione, ad esempio, uno psicologo che svolge attività riconosciute nel profilo professionale dello Psicologo.

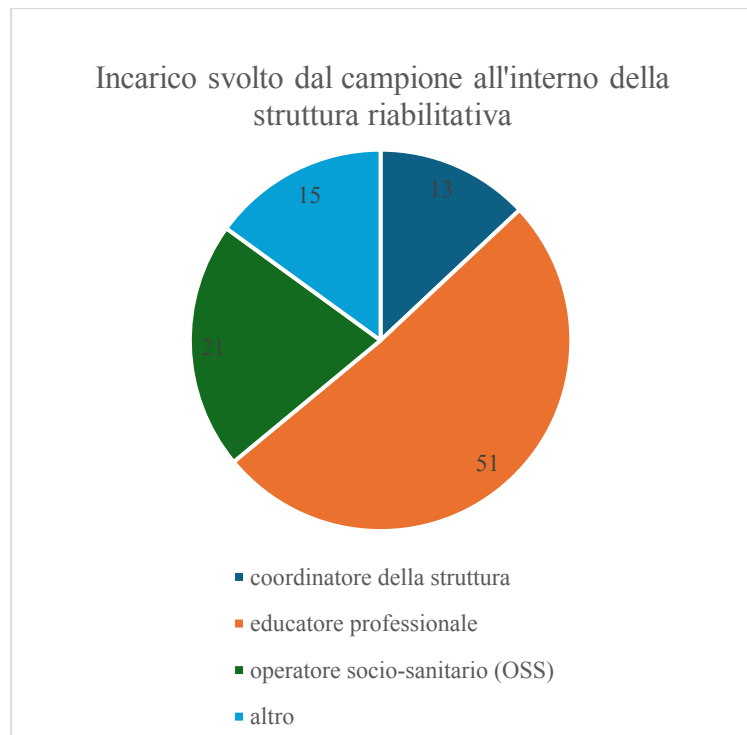


Figura 4

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa, sono stati analizzati gli anni di lavoro sia come professionisti d'aiuto [Figura 5] sia al fianco di persone con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) [Figura 6].

Dal primo grafico emerge una percentuale maggiore, pari al 34%, di professionisti d'aiuto che svolgono questo lavoro da 5-10 anni; seguono coloro i quali sono professionisti d'aiuto da massimo 2 anni (25%), da 10-20 anni (21%), da 2-5 anni (11%), da 20-30 anni (9%) [Figura 5].



Figura 5

Dalla figura 6 emerge, invece, una percentuale uguale di professionisti che lavorano con Disturbi dello Spettro Autistico da 5-10 anni o da meno di 2 anni (36%); un 13% di professionisti che lavorano con ASD da 10-20 anni, un 11% da 2-5 anni e un 4% da 20-30 anni.

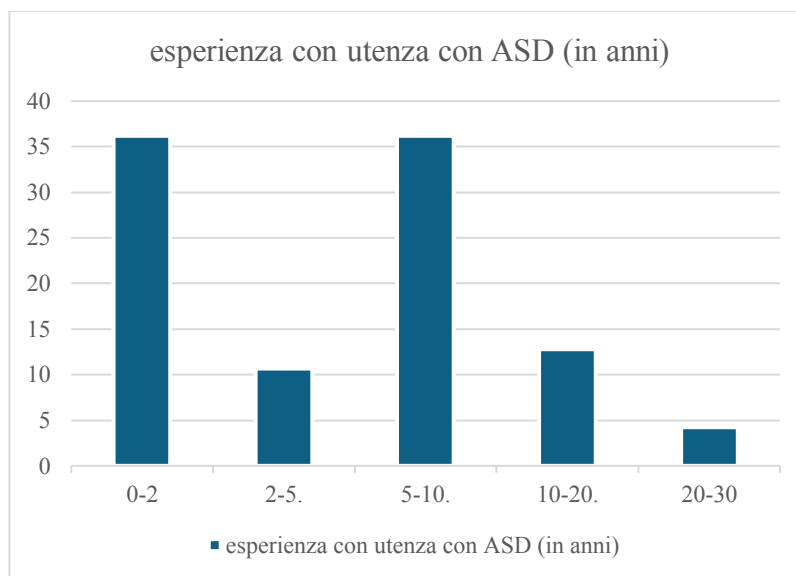


Figura 6

3.2 Analisi dei dati raccolti mediante test validati

I risultati della Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2009) sono stati analizzati secondo le indicazioni del The Concise ProQOL Manual (2010), che stabilisce come calcolare i livelli di Compassion Satisfaction, Burnout e Secondary Traumatic Stress e quali sono i valori soglia. Di seguito una Tabella esemplificativa.

Tabella 1: i valori soglia di Compassion Satisfaction, Burnout, Secondary Traumatic Stress

	Livello basso	Livello medio	Livello alto
Compassion Satisfaction	< 22	23-41	>42
Burnout	< 22	23-41	>42
Secondary Traumatic Stress	< 22	23-41	>42

Analizzando i dati emersi dall'analisi dei 46 questionari ProQOL, emerge innanzitutto che in nessuna struttura si è in una situazione a rischio, né per quanto riguarda il Burnout, né per quanto riguarda lo Stress traumatico secondario [Tabella 2].

La Compassion Satisfaction è ad un livello medio-alto, soprattutto in C2, centro per bambini (con ASD) dai 5 ai 17 anni, e in C3, comunità residenziale per adulti (con ASD). Tra i valori della Deviazione standard, il dato più alto si trova nella Compassion Satisfaction in C1 [Tabella 2]: osservando i dati individuali di ogni professionista, colpisce, infatti, il dato di un Educatore socio-pedagogico di sesso maschile pari a 49, che in effetti è di gran lunga maggiore rispetto ai valori medi di Compassion Satisfaction in C1.

Per quanto riguarda il Burnout, in tutti e quattro i centri il livello è basso; il C1, centro diurno per ragazzi dai 20 ai 40 anni, è quello che più si avvicina al valore soglia del livello medio pari a 22. C2 e C3 risultano essere strutture in cui c'è alta Compassion Satisfaction e basso tasso di Burnout [Tabella 2]. A questo dato potrebbe contribuire il fatto che in entrambe le realtà lavorative è rivolta un'attenzione particolare allo stato emotivo del professionista: in C2, l'analisi dei casi in equipe inizia con un momento di riflessione personale in cui il professionista esprime con un punteggio in scala Likert come si sente emotivamente rispetto al paziente di cui è responsabile in quel periodo; in C3 è presente la figura del supervisore, una psicologa che collabora con il centro, che durante le equipe è disponibile a dare sostegno agli operatori.

Anche il livello di Secondary Traumatic Stress nei quattro centri è molto basso rispetto al livello soglia, al quale si avvicina maggiormente, con un valore pari a 20,3 in C3, comunità residenziale per adulti [Tabella 2]. Tra le cause di questo dato potremmo individuare il fatto che C3 è una comunità residenziale, a differenza di tutti gli altri centri analizzati, i quali sono diurni o ambulatoriali, e che è l'unico centro in cui gli operatori lavorano a turni, ad eccezione dei coordinatori.

Tabella 2: I livelli di CS, BO, STS nelle 4 strutture che hanno partecipato alla ricerca

Centri	CS				BO				STS			
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4
Media	39,11	40,92	40,75	38,56	21,89	19,58	19,75	21,33	16,33	16,17	20,31	19,33
Dev. st	4,68	2,81	3,26	3,50	2,47	2,97	2,46	2,60	3,24	2,25	4,19	3,20
N	9	12	16	9	9	12	16	9	9	12	16	9

Per quanto riguarda il genere, si nota come i valori della Compassion Satisfaction sono più alti nei partecipanti di sesso maschile, mentre quelli di Burnout e Secondary Traumatic Stress sono maggiori nei partecipanti di sesso femminile [Tabella 3].

Tabella 3: I livelli di CS, BO, STS in base al genere del campione

Genere	CS		BO		STS	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Media	39,77	41,57	20,54	19,86	18,49	17,00
Dev. st	6,99	5,50	4,21	2,91	4,67	4,43
N	39	7	39	7	39	7

Non ci sono particolari differenze nei valori dei tre items rispetto all'età dei partecipanti. Si notano, però, alti valori di deviazioni standard nella fascia di partecipanti > 40 anni: si è deciso, infatti, di raggruppare i partecipanti di 40-49 anni e 50-59 anni in uno unico gruppo. Il fatto che nel gruppo con età >40 ci siano in realtà due gruppi con diverse fasce d'età potrebbe spiegare gli alti valori di deviazione standard [Tabella 4].

Tabella 4: I livelli di CS, BO, STS in base alla fascia d'età a cui appartiene il campione

Fasce d'età	CS			BO			STS		
	20-29	30-39	>40	20-29	30-39	>40	20-29	30-39	>40
Media	39,83	39,78	41,10	18,92	21,39	19,90	18,50	18,17	18,60
Dev. st	3,49	4,00	12,65	3,15	2,41	6,35	3,29	4,16	6,66
N	12	24	10	12	24	10	12	24	10

Si confrontano i valori in base al tipo di formazione ricevuta, in quanto si crede che questo possa influire sulla capacità meta riflessiva degli eventi sia positivi che negativi. I valori di Compassion Satisfaction sono più alti tra i professionisti di area riabilitativa (AR) e più bassi in quelli di area assistenziale (AA) [Tabella 5]: che un Operatore Socio-Sanitario, sia meno soddisfatto professionalmente di un professionista sociale o sanitario laureato potrebbe ricondursi, oltre che alle caratteristiche personologiche individuali, anche al tipo di mansioni che svolge, più pesanti e sfidanti dal punto di vista fisico. I livelli di Burnout si alzano leggermente nei professionisti di area sociale (AS), in cui troviamo coloro i quali svolgono ruoli di Educatore Professionale e, per lo meno nei centri C1, C2, C3, sono i professionisti che passano la maggior quantità di tempo con il paziente con ASD, e di area psicologica

(AS), per definizione a contatto con la parte emotiva del paziente. Queste due aree sono in egual misura più coinvolte delle altre anche per quanto riguarda il livello di Stress traumatico secondario [Tabella 5].

Tabella 5: I livelli di CS, BO, STS in base alla formazione del campione. AR: area riabilitativa; AS: area sociale; AP: area psicologica; AA: area assistenziale

Form.	CS				BO				STS			
	AR	AS	AP	AA	AR	AS	AP	AA	AR	AS	AP	AA
Media	43,00	40,69	40,64	38,18	20,00	21,69	21,27	18,82	17,00	18,38	17,55	18,27
Dev. st	1,73	3,20	3,17	11,70	4,00	2,10	2,20	5,91	3,61	4,07	4,46	6,27
N	8	16	11	11	8	16	11	11	8	16	11	11

Per quanto riguarda la differenza che può fare l'incarico/la mansione che si svolge all'interno del proprio ambiente lavorativo, si notano punteggi più elevati di Compassion Satisfaction e Burnout nei professionisti con incarico "altro" che comprende la professione di psicologo e di tecnico della riabilitazione (Psicologo, Supervisore, Terapista Occupazionale, TNPEE, Logopedista); in entrambi gli items seguono i valori dei professionisti che hanno ruoli di coordinamento, che prevedono incarichi di maggior responsabilità. Il dato più alto nello Stress traumatico secondario si riscontra, invece, negli Operatori Socio Sanitari, di cui colpiscono anche gli alti valori di deviazione standard in tutti e tre gli items [Tabella 6].

Tabella 6: I livelli di CS, BO, STS in base all'incarico svolto dal professionista all'interno della struttura.

CO: coordinatore, EP: Educatore Professionale, OSS: Operatore Socio-Sanitario, altro: psicologi e tecnici della riabilitazione

Incarico	CS				BO				STS			
	CO	EP	OSS	altro	CO	EP	OSS	altro	CO	EP	OSS	altro
Media	40,83	40,21	39,22	41,50	21,50	20,21	18,56	22,50	16,83	18,33	18,56	16,00
Dev. st	2,56	3,56	12,89	4,73	1,76	2,84	6,22	1,91	3,19	4,00	6,86	2,16
N	6	24	9	7	6	24	9	7	6	2	9	7

Pressoché uguali sono i livelli di Compassion Satisfaction nei professionisti impegnati da più o meno anni nel lavoro d'aiuto, a differenza dei valori del Burnout che salgono nei professionisti più anziani nel livello di esperienza lavorativa e di quelli di Stress traumatico secondario che è più alto nei professionisti che svolgono questo impiego dai 5 ai 10 anni

[Tabella 7]. Situazione molto simile nella tabella 8 che descrive i livelli di CS, BO, STS in base al tempo dal quale i professionisti che hanno partecipato alla ricerca lavorano con utenti con Disturbi dello Spettro Autistico (ASD).

Tabella 7: I livelli di CS, BO, STS in base agli anni di lavoro del campione in qualità di professionisti d'aiuto

Anni	CS			BO			STS		
	<5	5-10	>10	<5	5-10	>10	<5	5-10	>10
Media	40,11	40,33	40,23	17,56	20,87	21,54	16,56	19,47	17,31
Dev. st	2,93	3,89	3,96	2,07	2,56	2,33	2,70	4,56	3,50
N	16	16	14	16	16	14	16	16	14

Tabella 8: I livelli di CS, BO, STS in base agli anni di lavoro del campione con utenza con ASD

Anni	CS			BO			STS		
	<5	5-10	>10	<5	5-10	>10	<5	5-10	>10
Media	39,54	41,00	41,30	18,69	21,00	21,57	17,62	18,41	17,71
Dev. st	3,04	3,37	4,07	2,98	2,00	2,82	4,09	3,91	4,15
N	21	17	8	21	17	8	21	17	8

3.3 Analisi qualitativa

L'analisi del testo delle quattro domande aperte, come indicato nel Cap. 2.4, è stata realizzata con la metodologia carta-matita e attraverso un processo di categorizzazione.

Per la prima domanda “Hai scelto tu di lavorare con il disturbo dello spettro autistico? Se sì, perché?” è stata creata la categoria della “scelta del lavoro”.

La figura 7 rappresenta le motivazioni legate alla scelta lavorativa che sono analizzate in seguito.

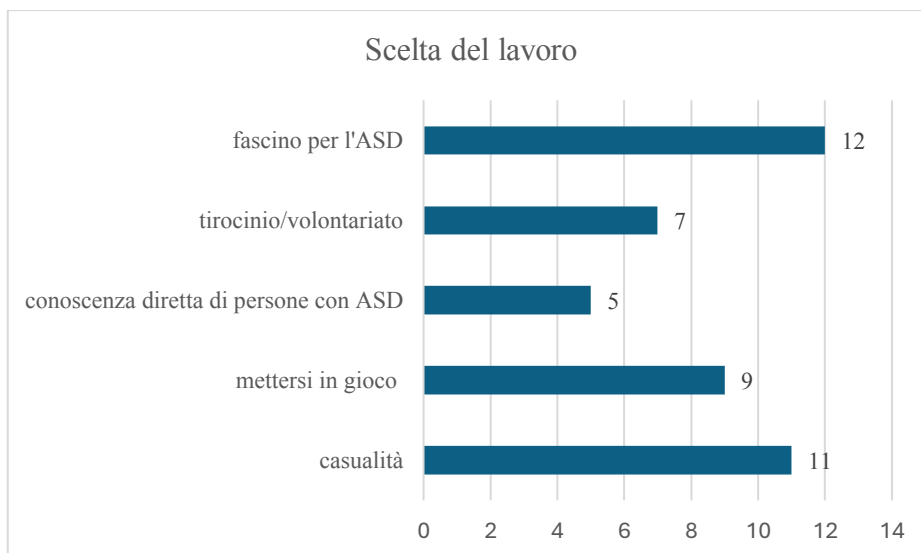


Figura 7: numero di professionisti per ogni motivo di scelta del lavoro

Dodici professionisti su 44 hanno affermato che la scelta di lavorare con questa tipologia di utenza è legata alla curiosità, all'interesse e al fascino per gli aspetti dell'ASD studiati a scuola o all'università o visti in alcuni ragazzi nei precedenti lavori.

Un'OSS della struttura C1 che lavora da più di 10 anni con ragazzi con ASD in questa domanda riporta la sua esperienza:

“Ho iniziato nelle scuole come addetta all'assistenza con disabilità miste, ma sin da subito ho provato curiosità e attrazione verso “questi” ragazzi misteriosi e le loro crisi, soprattutto quando erano aggressive. Trovare la chiave per aprirli al mondo è il mio obiettivo, spesso difficile ma non impossibile. Scegliere di lavorare solo con loro è stato quindi spontaneo e tuttora motivante. Vorrei far capire al mondo e alla società in cui sono inseriti che questi ragazzi sono una perla preziosa racchiusa in una conchiglia apparentemente ermetica ma basta il “clic” gusto e tutto ci è chiaro.” (P1⁷)

Uno psicologo della struttura C2 che lavora da più di 10 anni con ASD scrive:

“Ho scelto nel 2007 di lavorare con Disturbi del Neurosviluppo e Disturbi dello Spettro Autistico, mi spinse il fascino per questo disturbo che porta le persone a funzionare in un modo diverso ma con le quali ci può essere la possibilità di creare un ponte.” (P2)

⁷ Si indica con P il professionista che ha dato la risposta riportata nel presente scritto.

Tra i professionisti della struttura C3 alcune OSS rispondono:

“Sì, ne sono sempre stata rimasta affascinata durante il mio percorso di studi.” (P3)

“Sì, inizialmente ero incuriosita dal tipo di utenza.” (P4)

Tra quelli della struttura C4 un’Educatrice Professionale LSNT/2 si è avvicinata al mondo dell’autismo grazie a una precedente laurea in linguistica e un’Educatrice socio-pedagogica riporta la necessità di

“esplorare questo mondo perché all’università non era stato trattato adeguatamente.” (P5)

Per sette professionisti, le esperienze di tirocinio scolastico o universitario (e in un caso di volontariato) hanno permesso loro di sperimentarsi con questa utenza, di capire che questa occupazione poteva rispecchiare le proprie esigenze e di continuare, quindi, il processo di inserimento lavorativo già iniziato tramite lo stage. Si riporta l’esperienza di due Educatrici socio-pedagogiche delle strutture C1 e C2 che lavorano da 5-10 anni con il Disturbo dello Spettro Autistico:

“Ho scelto io dopo diversi tirocini alle scuole superiori che mi hanno permesso di capire dove professionalmente mi sentivo a mio agio, più portata.” (P6)

“Ho scelto io personalmente a seguito di un tirocinio svolto dove ora lavoro: mi è piaciuto il clima dell’equipe, il lavoro in squadra e mi affascina il mondo dell’ASD.” (P7)

Meno ricorrente tra le risposte, ma altamente significativa, è l’esperienza dei cinque professionisti che hanno scelto di lavorare con persone con ASD in quanto conoscenti di un amico, un compagno di scuola o un bambino a cui si faceva da babysitter, con questa patologia. Tra questi, colpiscono le esperienze di chi ha un membro della propria famiglia con ASD o di chi è esso stesso affetto dallo spettro: la prima di un’educatrice e la seconda una psicologa, entrambe facenti parte dell’equipe della struttura C3.

“Il lavoro con l’autismo è nato per l’amore per il terzo figlio che ha diagnosi ASD. Volevo imparare per aiutarlo, mi piace e mi dà soddisfazione aiutare persone con ASD. Mi diverto a trovare strategie e creare materiale per stimolarli.” (P8)

“Sì, da persona autistica ritengo necessario aiutare altri autistici specialmente quelli con disabilità cognitiva che hanno meno strumenti per aiutarsi da soli.” (P9)

Tra le altre motivazioni legate a questa scelta lavorativa troviamo: il mettersi in gioco, la scelta dei 9 professionisti che hanno scelto di cambiare lavoro e di sperimentarsi in un ambito nuovo per avere stimoli diversi dai precedenti; e la causalità: 11 professionisti dichiarano di non aver scelto direttamente di lavorare con questa utenza ma di aver semplicemente accettato una proposta di lavoro arrivata nel proprio cammino.

Dall'analisi della seconda domanda "Ci sono momenti in cui ti senti affaticato da questo lavoro? Se sì, quali sono questi momenti e cosa provi quando avvengono?" sono state create due categorie: "motivi/momenti di fatica" ed "emozioni".

Per quanto riguarda la prima categoria, le motivazioni sono state individuate in fattori organizzativi/lavorativi, come il sovraccarico lavorativo, la burocrazia e le mansioni organizzative e particolari tipologie di lavoro, in fattori personali/relazionali e in fattori legati alla patologia ASD.

Sette professionisti d'aiuto segnalano un sovraccarico lavorativo, tra cui un OSS, uno psicologo e un Educatore coordinatore (rispettivamente di seguito le loro parole):

"Quando si accavallano diverse cose, quando non riesco a gestire bene la situazione" (P10)

"Quando non c'è tempo per fare tutto" (P11)

"Quando guardo l'agenda e vedo che devo fare, seguire, monitorare molti utenti, persone, impegni e quindi temo di non farcela" (P12).

Ricorrente nei coordinatori delle quattro strutture sono, invece, il pensiero secondo il quale i momenti più sfidanti sono quelli legati alla parte organizzativa e gestionale del loro lavoro e soprattutto alla burocrazia. La coordinatrice di C1 e il coordinatore di C2 riportano:

"Momenti legati alla programmazione educativa, rapporto con famiglie e momenti critici di alcune persone con disabilità in carico richiedono maggiori energie [...]. La relazione con i familiari, la gestione dell'equipe sono i due incarichi che mi affaticano maggiormente." (P13)

"La fatica maggiore è legata al peso della burocrazia che rende tutto macchinoso, togliendo energie alla parte clinica e di sperimentazione." (P2)

Significative sono, poi, le situazioni di fatica legate al tipo di lavoro che i professionisti svolgono all'interno delle strutture: il *lavoro a turni*, che troviamo in quattro professionisti che lavorano nella Comunità residenziale C3; gli *interventi di cura domiciliare* nominati da

un'Educatrice del centro C2 che esprime la fatica nel lavoro con alcune famiglie durante questa attività del suo lavoro; i soggiorni, per i quali un'OSS del C1 scrive:

“Spesso si tratta di fatica fisica, talvolta emotiva che si manifesta durante PDV⁸ e nei soggiorni estivi.” (P1)

Ricorrente è la risposta di chi trova come aspetto faticoso di questo lavoro il rapporto con i colleghi: *“non c'è sintonia”* o ci sono *“colleghi che pretendono di avere ragione o che vogliono ostentare un lavoro non fatto”*, sono solo alcune delle dinamiche citate dai cinque professionisti che vedono in queste dinamiche la fatica.

In un paio di risposte è riportato, inoltre, affaticamento nel lavorare con i pazienti che hanno un carattere molto distante dal proprio.

A livello individuale si nominano come momenti stressanti quelli in cui non si riesce a comprendere un atteggiamento, ad estinguerlo, momenti in cui non ci si sente adatti o momenti in cui non si percepisce riconosciuto il proprio lavoro.

Tra i momenti di fatica legati al tipo di utenza è stata descritta la difficoltà nel gestire nello stesso gruppo *“bambini con funzionamenti diversi”*, pazienti con crisi comportamentali o con ASD associato a disturbi comportamentali, con crisi di rabbia o manifestazioni di violenza. Un'OSS di C1 scrive:

“Necessità di igiene importanti che richiedono energia fisica, crisi comportamentali che richiedono energia psicologica ed emotiva” (P1),

la TNPEE del C4 riporta momenti di fatica con

“i pazienti che hanno anche problematiche di tipo comportamentale, provo preoccupazione sulla sicurezza dei pazienti e di me stessa.” (P14)

Fondamentale per i ragazzi con ASD, soprattutto nell'età infantile, è la partecipazione attiva dei genitori e il coinvolgimento delle realtà esterne al centro nel progetto riabilitativo. A tal proposito, alcuni professionisti, soprattutto della struttura C2, hanno espresso fatica quando questa collaborazione manca. Ecco alcuni esempi:

“Quando sono operativa con i ragazzi penso sia difficoltoso portare avanti obiettivi, strategie e metodologie se la famiglia non aderisce in pieno al percorso di vita del figlio (stanchezza, fatica o altri problemi correlati alla

⁸ Prove di Volo è un progetto di residenzialità per favorire l'autonomia dei ragazzi con ASD che si svolge una volta al mese sia nel centro C1 con gli adulti sia nel centro C2 con i minori.

presa in carico del figlio). Mancanza di piena collaborazione tra i protagonisti della rete (es la scuola non chiede di partecipare al GLO⁹)”.

P16: “Quando le famiglie non seguono le indicazioni o accettano di portare avanti gli obiettivi adeguati per i figli.” (P15)

Per quanto riguarda, invece, la categoria “emozioni”, il codice più ricorrente è legato alla “stanchezza”, intesa sia fisica che mentale, seguita da “ansia, stress, paura”, “demotivazione”, “fatica”, “irritazione, nervosismo, rabbia”; un paio di professionisti esprime l’idea di essere pieno, sopraffatto. Significativo il vissuto di una persona che esprime di provare mal di testa e di un’altra che si descrive *“impotente, in colpa, non abbastanza in determinate situazioni”*.

Per la terza domanda “Ti capita di portarti a casa il cosiddetto “bagaglio emotivo” del tuo lavoro? Se sì, quali sono le strategie che adotti per farci fronte?”, ci si è concentrati sull’analisi delle strategie di coping dei professionisti, in quanto la prima parte della domanda ha dato esito positivo in quasi la totalità dei questionari. A tal proposito, è emersa una certa difficoltà nel gestire il bagaglio emotivo soprattutto nei primi anni di lavoro e un lavoro su di sé nel tempo per riuscire ad alleggerire questo bagaglio emotivo. Ricorre in una decina di questionari, nelle varie strutture e in particolare nella fascia di età 30-39 anni, il vissuto espresso, ad esempio, dalle seguenti frasi:

*“Capitavano più spesso i primi mesi/anni, poi si trovano delle strategie”
(P6)*

“Nei primi anni di lavoro mi succedeva spesso, facevo fatica a staccare la spina” (P17)

“Capitava molto di più all'inizio del mio percorso: è capitato che piangessi sia a casa la sera sia in una situazione di disagio e forte emotività durante un'equipe” (P7)

Nella categoria “strategie di coping” rientrano le abitudini di 33 professionisti, in quanto i restanti undici partecipanti non hanno risposto a questa parte specifica della domanda.

Come si può notare nella figura 8, la risposta più diffusa è quella dei professionisti che dichiarano di dedicarsi alle relazioni familiari e amicali per trovare conforto o per riportare

⁹ Il G.L.O. (Gruppo di Lavoro Operativo per l'inclusione) è l'organo collegiale che procede alla stesura e all'approvazione del PEI per gli alunni con disabilità certificata (Legge 104/1992).

l'attenzione a una dimensione privata al termine della giornata lavorativa. Lo scambio di vissuti con i colleghi, inoltre, sia in una dimensione informale che, ove possibile, in equipe, è stato definito da un'OSS di C1 la chiave per gestire la fatica:

“Forse il segreto è lì, condividere con altre figure professionali che ti aiutino a trovare equilibrio e serenità.” (P1)

C'è chi per far fronte allo stress lavorativo si dedica alla cura di sé. Molti professionisti li hanno definiti generalmente “interessi personali”, altri sono stati più specifici dichiarando di ascoltare musica o audiolibri nel tragitto che separa il luogo di lavoro a casa, leggere libri o guardare di film o serie tv o praticare attività fisica, dove cinque persone su sei dichiarano di fare una camminata per far fronte alla fatica accumulata nella giornata lavorativa. C'è anche una parte delle persone coinvolte nello studio che si dedica a sé a livello meta riflessivo, lavorando su sé stesso:

“Ho imparato a staccare tra vita lavorativa e personale, lavorando su me stessa, le mie competenze e i miei vissuti emotivi” (P15),

razionalizzando quello che è successo a lavoro e che ha causato stress, scrivendo i pensieri nero su bianco. Significativa è la risposta di un paio di professionisti che citano, il primo in modo più informale il “restare nel presente” e il secondo, psicologo coordinatore della struttura C1, nominando la tecnica specifica:

“Il mio percorso di studi e in particolare l'ACT¹⁰ mi permette di gestire funzionalmente tali pesi.” (P2)

Solo una persona ha nominato come tempo della cura di sé il tempo del “riposo”.

L'importanza dell'autocura è descritta molto bene dalla dichiarazione di un'OSS di C1 che, parlando della capacità di “staccare la spina” dice:

“È una dote necessaria altrimenti diventi tu bisognoso di una relazione d'aiuto da caregiver a care receiver.” (P1)

¹⁰ L'Acceptance and Commitment Therapy è una tecnica di gestione di ansia e stress appartenente alla terza generazione degli approcci comportamentali.

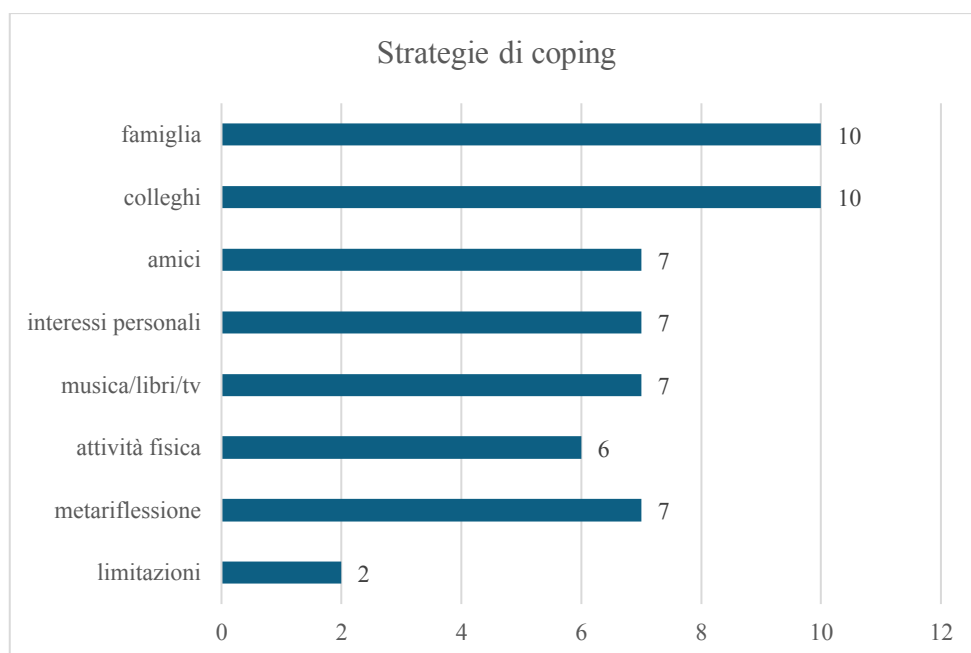


Figura 8: numero di volte in cui la strategia di coping è stata citata

La quarta e ultima domanda “Hai mai pensato di cambiare lavoro? Se sì, perché?” ha voluto indagare la soddisfazione lavorativa degli intervistati ed eventualmente le difficoltà che riscontrano nel loro lavoro e che li spingono a volerlo cambiare.

Il 50% dei professionisti non ha mai pensato né ha intenzione di cambiare lavoro, è probabilmente soddisfatto del proprio lavoro, sia dal punto di vista di ambiente lavorativo, che di utenza; il restante 50%, però, ha pensato almeno una volta di cambiare lavoro e ben 14 professionisti, come indicato nella figura 9, lo cambierebbero tutt’ora.

Tra i motivi, il più ricorrente, ma anche significativo, è la consapevolezza di ricevere una bassa retribuzione se paragonata al tipo di lavoro svolto. Queste sono solo alcune delle risposte date dai professionisti delle strutture.

“Certo, per un discorso di impegno/compenso (economico). Il lavoro di EP non è una missione, non viene remunerato correttamente.” (P18)

“La correlazione lavoro-retribuzione non è adeguata alle difficoltà e al forte rischio per la sicurezza che comporta questo lavoro.” (P19)

“Lo stipendio visto la tipologia di utenza non è equilibrato; trovo che la retribuzione sia bassa.” (P20)

Particolare considerazione è data al lavoro d’aiuto nelle parole di una Terapista Occupazionale della struttura C2:

“Talvolta penso che il nostro sia un lavoro molto impegnativo sia a livello fisico che mentale e quindi che non si possa fare in maniera continuativa per tutta la vita. Ho anche altri interessi come l’ambito della formazione ed insegnamento, per cui sto investendo anche lì per un eventuale futuro.”
(P16)

La volontà di cambiare lavoro incontra, infatti, i professionisti che vogliono mettersi in gioco in nuove sfide, progetti, mansioni con maggior responsabilità, che possano essere occasioni di una *“crescita sia personale che lavorativa”*. Tra chi ha pensato cambiare lavoro c’è, infine, anche chi sente la fatica nel lavoro a turni o nella lontananza del posto di lavoro dalla propria abitazione.

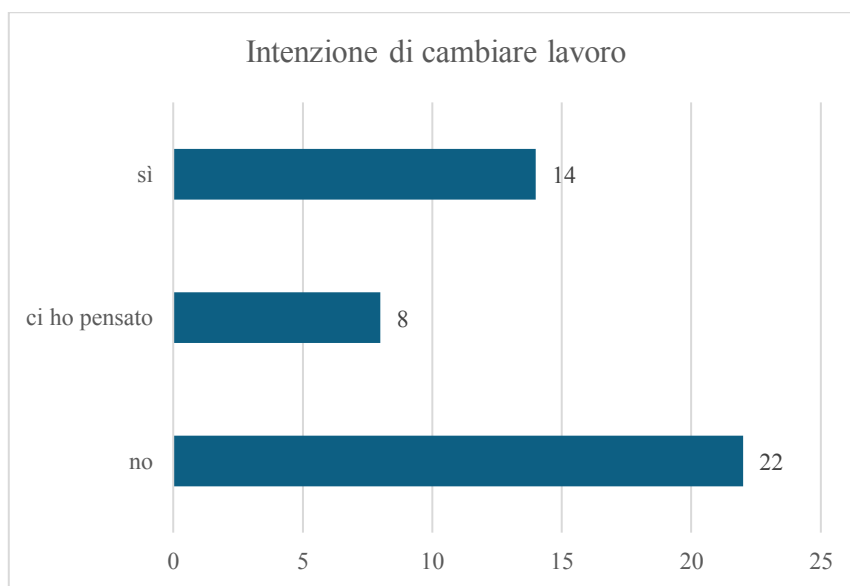


Figura 9: numero di professionisti interessati a cambiare lavoro o meno

Capitolo 4: Discussione dei risultati e proposta di intervento

Mettersi in relazione con l'altro espone a un certo coinvolgimento che per i professionisti d'aiuto è all'ordine del giorno ed è parte integrante della loro professione. Per coloro i quali lavorano quotidianamente per e con persone con Disturbi del Neurosviluppo e in particolar modo con ASD la sfida è ancora più difficile in quanto le caratteristiche stesse di questi disturbi fanno sì che la relazione con il paziente sia ancora più sfidante.

Questo studio osservazionale è nato, quindi, con l'obiettivo di capire se e quanto i professionisti, di una specifica area territoriale e di uno specifico target di luoghi di lavoro, ovvero strutture riabilitative per ASD della provincia di Treviso, fossero affaticati dal loro lavoro a livello fisico, emotivo, psicologico e relazionale. Il ProQoL e il questionario ad hoc hanno avuto, dunque, l'incarico di raccogliere informazioni sui loro livelli di Compassion Fatigue e di Compassion Satisfaction e di indagare i momenti di fatica vissuti e le strategie di coping utilizzate.

Come anticipato nel Capitolo 3, il questionario Professional Quality of Life (Stamm, 2009) non ha registrato situazioni a rischio di Burnout e Secondary Traumatic Stress in nessun centro e al contrario ha evidenziato un alto livello di soddisfazione lavorativa. Tuttavia, le risposte al questionario strutturato ad hoc hanno fatto emergere un comune sentimento di fatica, le cui cause sono riconducibili ai fattori di rischio dei disturbi vicari al lavoro d'aiuto nei professionisti che lavorano con ASD (Capitolo 1.3). Tra queste emergono, da un punto di vista organizzativo, il carico lavorativo, la burocrazia, il lavoro a turni e il mancato riconoscimento del lavoro riabilitativo da parte del contesto esterno alle strutture (scuola e famiglie), da un punto di vista individuale la difficoltà di gestione di alcuni tratti caratteristici della patologia quali le crisi comportamentali e gli agiti auto ed etero lesivi.

Tenteremo ora di capire se questi risultati sono in linea o meno con gli studi presenti in letteratura e a cosa sia dovuta questa disparità di risultati emersi dai due metodi di raccolta dati. Partiamo, quindi, dalla discussione dei dati raccolti mediante test validato per poi passare a una breve riflessione sulle domande aperte.

4.1 Discussione dei risultati

Tra i 47 professionisti che lavorano in strutture per adulti e minori con ASD nella provincia di Treviso e che hanno partecipato alla seguente ricerca, il 78% risulta in un livello basso di Burnout, il 22% in un livello medio, e nessuno di loro presenta alti livelli di Burnout;

situazione analoga per quanto riguarda lo Stress traumatico secondario, dove l'80% ha livelli bassi e il 20% ha registrato livelli medi, e nessuno si trova in una situazione ad alto rischio. Risultati maggiormente significativi in termini di Compassion Fatigue sono evidenziati in uno studio realizzato su 100 infermieri di un ospedale psichiatrico de il Cairo (Abdel-Aziz, Adam, 2020) in cui dall'analisi del ProQoL emerge che, in termini di Burnout, 24 sono risultati poco stressati, 78 con un livello medio di stress e 40 molto stressati; parlando di Stress secondario, invece, 52 ne sono poco colpiti, 37 mediamente e 11 si trovano nella fascia con alto STS. C'è da considerare che si sta parlando di professionalità e ambiti di lavoro diversi: in un reparto psichiatrico il professionista è potenzialmente più esposto al trauma, dovendo fronteggiare sintomi acuti, rispetto che in una struttura riabilitativa diurna o residenziale per adulti o minori con ASD.

Pochi altri sono gli studi presenti in letteratura che analizzano la Compassion Fatigue con la Professional Quality of Life Scale, se non sul personale infermieristico di reparti di emergenza (Campbell et al, 2022) (Lopez et al, 2022) o di reparti pediatrici (Balakhdar, Alharbi, 2023). Gli studi realizzati su professionisti della cura che lavorano in strutture riabilitative per disabilità intellettive o disturbi dello sviluppo sono stati realizzati con altri test validati, volti a studiare specificatamente la sindrome di Burnout.

Una ricerca condotta su 276 caregivers di persone affette da disabilità intellettive e dello sviluppo, che lavorano in quattro strutture riabilitative a Taiwan, ha analizzato con la versione cinese del Copenhagen Burnout Inventory, il Burnout nei due items di Personal Burnout Score (PBS), il quale indaga la stanchezza e l'esaurimento emotivo e fisico a livello generale, e Work-related Burnout Score (WBS), che le analizza specificatamente riguardo la giornata lavorativa. È emerso che tra i due items il PBS ha una percentuale di livello medio minore (17,8% rispetto al 20,7% del WBS) e di livello alto maggiore (7,6% rispetto al 5,1% del WBS) (Lin, 2013): ciò significa che tra i caregivers cinesi delle quattro strutture intervistate è più sentita la componente dello stress personale rispetto a quella lavorativa. Questo risultato non si trova perfettamente in linea con quanto emerso dalle risposte del questionario costruito ad hoc nella presente ricerca, in cui i motivi della fatica sono legati soprattutto a componenti extra personali come il carico lavorativo, la burocrazia, i turni o la tipologia dei pazienti.

Risultano particolarmente interessanti gli esiti di uno studio che ha coinvolto i professionisti di cura di 110 centri per bambini con Disturbi dello Spettro Autistico in Arabia Saudita. I 328 partecipanti presentano pressoché le stesse caratteristiche del campione della presente ricerca, ovvero le stesse percentuali di genere (85-15%), la fascia d'età e l'anzianità di

servizio, con alcune differenze, tra cui una percentuale maggiore di soggetti nella fascia 30-39 anni (51% rispetto al 32% della nostra ricerca) e più professionisti che lavorano da meno di 5 anni (74% rispetto al nostro 47%). La ricerca indaga il Burnout dei professionisti che lavorano con bambini con ASD attraverso il Maslach Burnout Inventory (MBI) nei tre items di Esaurimento emotivo (EE), Depersonalizzazione (DP) e Realizzazione personale (PA) e l'Areas of Worlife Survey (AWS), un test legato al MBI che identifica i punti di forza e di debolezza dei luoghi di lavoro nelle sei dimensioni quali: carico di lavoro, autonomia professionale, riconoscimento finanziario e sociale, qualità del contesto sociale, equità delle regole dell'organizzazione, coerenza tra i valori personali e quelli organizzativi. Questo lavoro mostra un livello medio di esaurimento emotivo pari a 3,72 su 6¹¹, un basso, seppur non trascurabile, livello di depersonalizzazione pari a 1,42 su 6 e, un interessante, alto livello di realizzazione personale, pari a 4,59 su 6 (Alshabri et al, 2022). Confrontando tale studio con la presente ricerca, si nota che i livelli di Burnout sono maggiori tra i professionisti arabi sauditi piuttosto che in quelli che lavorano nel trevigiano, dove sono stati registrati valori tra il 19 e il 21, molto più bassi di quella che è la soglia che indica il livello medio di BO, pari a 23 (ProQoL, Stamm, 2009).

Una delle possibili spiegazioni di questa disparità di risultati con la letteratura potrebbe ritrovarsi nel fenomeno della Social Desiderability. Si ipotizza che i professionisti di cura della presente ricerca, nella compilazione della Professional Quality of Life Scale, si siano sentiti valutati dal ricercatore ma, in maniera indiretta, anche dal loro datore di lavoro, e che questa loro preoccupazione possa aver condizionato le loro risposte. La desiderabilità sociale è un bias di risposta, cioè una distorsione nelle risposte a elementi chiusi di questionari e test psicometrici (Sartori, 2005) definita come “la propensione a dare risposte non veritiere, ma finalizzate ad apparire diversi da quello che si è, simulando di essere una persona che merita di essere sanzionata positivamente a livello sociale” (Gasperoni, Roccato, 2003). Secondo questa ipotesi, i professionisti avrebbero cercato, dunque, di apparire meno coinvolti dallo stress e dalla fatica lavorativa di quanto non lo siano realmente.

La prevalenza femminile all'85% nei rispondenti rispecchia un panorama professionale e culturale che vede tra i professionisti di cura una quota bassissima di personale maschile, in

¹¹ Risultato massimo possibile per i tre items EE, DP, PA nel Maslach Burnout Inventory.

Italia come all'estero: anche le altre ricerche consultate riportano, infatti, alte percentuali di donne tra il campione, con un 61% in Egitto (Abdel-Aziz, Adam, 2020), un 78% in Cina (Lin, 2013) e un 85% in Arabia Saudita (Alshabri et al, 2022). Posto, quindi, che questo squilibrio non determini un limite del presente studio, bensì una situazione reale, risulta comunque significativo il dato per cui le donne appaiono più stressate sia in termini di Burnout che di Secondary traumatic stress. Risultati in linea con quelli dello studio realizzato sui professionisti che lavorano con ID e NDD di Taiwan dove nelle donne è stato registrato un tasso maggiore sia di PBS che di WBS. Tra i motivi legati a questo risultato

Lin afferma che nella cultura cinese la carriera della donna non è orientata solo al successo lavorativo, ma anche alla famiglia, e, anche in Italia, ella è ancora la figura che nella maggior parte dei casi ricopre gli incarichi legati alla cura. In questo modo, dunque, il sovraccarico femminile è dato sia dalla situazione lavorativa, che da quella extralavorativa. In una prossima ricerca si suggerisce di inserire il quesito coniugale e familiare nel questionario anagrafico iniziale, come è stato ritrovato in molti articoli consultati, affinché si possa portare in esame anche questo dato.

A livello di età anagrafica, il nostro studio rivela un'alta Compassion Satisfaction tra i professionisti con più di 40 anni; il dato è confermato dallo studio sui professionisti che lavorano al fianco di bambini con ASD in Arabia Saudita che mostra un livello di Personal Accomplishment maggiore tra i professionisti della fascia 40-49 anni (Alshabri et al, 2022). Tale dato può trovare spiegazione nell'idea comune emersa nel presente lavoro, ma anche nella letteratura consultata, per cui l'esperienza permette di conoscere meglio sé stessi, i propri limiti e le proprie strategie di gestione di ansia e stress. Questo fa sì che coloro i quali lavorano da più tempo come professionisti d'aiuto siano più soddisfatti del loro lavoro in quanto più capaci di controllare le loro emozioni e le sfide quotidiane. Su questo piano sono anche i risultati del lavoro di Abdel-Aziz (Abdel Aziz et al, 2020) sugli infermieri di reparto psichiatrico: anche qui il personale che lavora da più di 10 anni ha registrato maggiori livelli di alta qualità della vita professionale e minori livelli di Burnout. Rispetto a questo items, la nostra ricerca ha evidenziato, invece, un valore maggiore di Burnout tra i professionisti della fascia 30-39 a scapito di quelli di 20-29 anni: in questo dato può avere influito il fatto che tra i professionisti di questa fascia di età intermedia si trovino i coordinatori delle strutture. A tal proposito, a livello di incarico lavorativo, nella presente ricerca appare come psicologi e tecnici della riabilitazione siano i più stressati a livello di Burnout, ma anche i più soddisfatti a livello di Compassion Satisfaction, seguiti da coordinatori e educatori. Questo

dato non trova corrispondenza nella letteratura, in quanto i due items sono definiti in correlazione inversa per cui se uno sale, l'altro scende (Lopez et al, 2022); tuttavia, potrebbe significare quanto un lavoro faticoso e impattante, sia, proprio per questa ragione, motivo di maggior appagamento.

A livello individuale i dati più alti di Burnout sono stati registrati in un Educatore e in uno psicologo. Lo Stress traumatico secondario, invece, appare più alto tra gli Educatori e gli Operatori sociosanitari. Posto che nelle strutture coinvolte nello studio gli psicologi spesso ricoprono ruoli di coordinamento e mansioni organizzative, mentre gli educatori e gli OSS lavorano costantemente al fianco del paziente, il dato mostra come i primi siano più vicini a sintomi riconducibili al Burnout, in cui è compresa anche una quota di stress lavorativo legato alle mansioni e ai carichi lavorativi, mentre i secondi allo Stress secondario, maggiormente correlato alla relazione col paziente.

L'analisi dei momenti e dei motivi legati alla fatica, ha fatto emergere tra le ragioni della Compassion Fatigue e in particolare del Burnout ciò che era stato trattato anche nei fattori di rischio. Il fatto che i professionisti abbiano descritto situazioni di sovraccarico lavorativo, di difficoltà specifiche della patologia di ASD come i problemi comportamentali, di mancanza di collaborazione con le famiglie e di visione dei propri risultati professionali a lungo termine, è, quindi, perfettamente in linea con la letteratura. In particolare, lo studio nei professionisti arabi sauditi (Alshabri et al, 2022) mostra come il punteggio dell'Areas of Worklife Survey sia negativamente influenzato dalla quantità di tempo necessaria per finire un intervento e per giungere ai risultati sperati: con pazienti con ASD, infatti, c'è bisogno di molto tempo, spesso mesi, perché un obiettivo su cui il professionista di cura quale l'educatore professionale lavora quotidianamente, divenga un nuovo comportamento adattivo nella persona.

Analizzando i dati ad un livello più locale, emerge che i centri C1 e C4, rispettivamente centro diurno per giovani adulti e struttura ambulatoriale per bambini e adolescenti, hanno livelli di Burnout leggermente più elevati rispetto agli altri. Questo dato è riconducibile a dinamiche interne presenti in C1 e in C4 quali lo scontro con i colleghi e la presenza di turni di lavoro nei giorni festivi da una parte, la quantità del carico di lavoro e la tipologia del lavoro stesso nell'altra, elementi in linea con quanto la letteratura dichiara come elementi di disturbo per una buona qualità di vita professionale. La media più alta tra i valori del Secondary traumatic stress è stata registrata, invece, nel centro C3, comunità residenziale

per adulti affetti da ASD, dove il lavoro a turni e l'alta intensività rendono i professionisti più stressati. Infine, a livello di Compassion Satisfaction, come espresso precedentemente, nella presente ricerca questo specifico item è risultato alto. Se tra gli infermieri egiziani di un ospedale psichiatrico (Abdel Aziz et al, 2022) il 18% sono poco soddisfatti, il 33% ha una soddisfazione media e il 49% una soddisfazione alta, tra i 47 professionisti del trevigiano 0 hanno livelli di CS bassi, 63% medi e 37% alti. Una possibile spiegazione di questa alta quota di partecipanti che è contenta del proprio lavoro si ritiene sia legata al fatto che il 75% di loro ha dichiarato di aver scelto questo lavoro motivato a svolgerlo, mentre solo il 25% l'ha scelto senza intenzionalità. Nonostante questa passione per il proprio lavoro, emerge chiara un'insoddisfazione per quanto concerne la ricompensa economica, che è stata dichiarata inadeguata e molto limitata rispetto al tipo di lavoro svolto, alle responsabilità e ai rischi che esso comporta. Personalmente ritengo che la scarsa ricompensa economica sia indice di uno scarso riconoscimento del ruolo del professionista d'aiuto da parte della società tutta, la quale non è consapevole dell'importanza e del ruolo dell'educazione e della riabilitazione nel benessere dell'intera comunità o, pur consapevole, rivolge il suo sguardo altrove. Per quanto riguarda l'Educatore Professionale sociosanitario, inoltre, vige una certa incultura riguardo al ruolo, alle competenze e alle specificità rispetto ad altre figure che operano nel campo sociale e sanitario, che rende il riconoscimento una sfida quotidiana per ogni professionista, che lotta per farsi conoscere e, di conseguenza, riconoscere.

La seguente ricerca riporta perfettamente la situazione appena descritta: ponendo l'attenzione nelle Figure 2 e 4 del capitolo "analisi del campione" (Capitolo 3.1), si nota come gli Educatori di formazione siano pari al 34,5% (in particolare il 9% sono Educatori professionali sociosanitari con laurea LSNT/2, il 25,5% Educatori socio-pedagogici con laurea L19), mentre i professionisti che svolgono l'incarico di educatori sono pari al 51%. In pratica, il 16,5% di professionisti *fa* l'educatore, ma non è Educatore, quanto piuttosto psicologo o assistente sociale, ruoli che, a parti inverse, un Educatore non può esercitare; non si tratta di casi isolati, ma di una prassi diffusa nel privato sociale in Italia, che depaupera la formazione, l'intervento e il ruolo dell'Educatore professionale. La strada da fare per un riconoscimento adeguato, a livello sia economico che sociale, è tanta, ed è necessario che i professionisti di cura, soprattutto i diretti interessati Educatori professionali sociosanitari, ne prendano consapevolezza.

4.2 Limiti della ricerca

Tra i limiti della ricerca si possono individuare, primo tra tutti, la dimensione del campione, piuttosto ridotto per uno studio osservazionale e rispetto agli altri studi presenti in letteratura, ma, tuttavia, rappresentativo della popolazione analizzata.

Riguardo ai metodi di raccolta dati, si crede che la Professional Quality of Life Scale sia più spendibile come strumento di monitoraggio piuttosto che di analisi di una fotografia del momento: il test sarebbe risultato più attendibile se somministrato due volte, in un tempo zero (T0) e in un tempo uno (T1), a distanza di qualche mese, per testare eventuali cambiamenti nelle risposte e incrociare, quindi, i risultati.

I risultati della ricerca sono stati inviati in modalità aggregata e in formato digitale ai coordinatori delle quattro strutture riabilitative della provincia di Treviso per dare una restituzione di quanto emerso dall'analisi delle loro risposte e valutazioni. Nel file inviato sono stati inseriti anche dei suggerimenti di proposte di intervento da attuare nella propria realtà lavorativa, così come descritto nel seguente paragrafo.

4.3 Implicazioni per la pratica professionale

Arrivati a questo punto è bene chiedersi quali possono essere le implicazioni professionali per l'Educatore Professionale sociosanitario in questo ambito, cioè cosa può fare di concreto, con le sue competenze e abilità specifiche, per contribuire a promuovere la cultura del benessere personale e lavorativo e prevenire situazioni legate alla Compassion Fatigue nei professionisti che lavorano al fianco di persone con Disturbi dello Spettro Autistico.

Non essendo in una situazione a rischio, i professionisti del trevigiano non hanno particolari urgenze educative; tuttavia, la formazione continua e l'acquisizione di nuovi strumenti di gestione dello stress è sempre motivo di arricchimento, soprattutto per chi lavora con gli altri: ne va della qualità della presa in carico dei pazienti con ASD. Inoltre, le attività proposte potrebbero risultare molto utili per la cospicua parte di professionisti che lavorano come professionisti d'aiuto da meno di due anni, in cui si è riscontrata una maggiore difficoltà nel far fronte al "bagaglio emotivo" legato al loro lavoro. La proposta di intervento è costruita usando le lenti della progettazione educativa (uno degli strumenti cardine della professione educativa) che si compone di diverse fasi, tra cui una prima analisi dei bisogni a cui segue la definizione degli obiettivi; di seguito, quindi, la scelta dei metodi e delle strategie di intervento, l'identificazione delle risorse necessarie e, infine, la scelta dei metodi di valutazione.

Tra i bisogni dei professionisti che lavorano nelle strutture riabilitative coinvolte nello studio ne emergono principalmente due: dal punto di vista cognitivo, essi necessitano di conoscere i disturbi vicari al lavoro d'aiuto con i rispettivi fattori di rischio, così come le strategie di fronteggiamento della fatica più efficaci; nonostante tutti loro ne mettano già in atto alcune, è importante che arricchiscano il loro bagaglio, affinché nei momenti di maggior difficoltà e stress possano sperimentare e scegliere consapevolmente la strategia più adatta al momento specifico. Dal punto di vista comunicativo e metacognitivo-simbolico, invece, i professionisti coinvolti hanno bisogno di poter confrontarsi con i colleghi e con i supervisori in maniera più sistematica e di esercitarsi nell'esprimere le loro emozioni, pensieri e difficoltà.

Riguardo al primo punto relativo alla formazione, anche l'OMS nelle linee guida per la prevenzione primaria dei disturbi mentali, neurologici e psicosociali, parla dell'importanza dell'attuazione di interventi di natura educativa: nel caso del nostro intervento si tratterà di identificare i sintomi del Burnout, analizzare i fattori scatenanti alla base dello stesso e sottolineare i fattori che superano il controllo individuale (Rigatelli et al, 2009, p.187). Questo accompagnamento psico-educativo rientra, infatti, tra le competenze dell'Educatore Professionale: la Psico-educazione è la tecnica che prevede di informare il paziente sulla patologia che lo interessa, o in questo caso che potrebbe interessarlo, e si fonda sul principio secondo il quale divenire consapevoli di un disturbo, o di un fattore di rischio, rende positivamente responsabili del proprio benessere.

Come primo intervento, si è pensato, quindi, a un ciclo di due incontri in cui l'Educatore professionale presenta i concetti legati alla Compassion Fatigue e al Burnout e, affiancato magari da uno psicologo, le strategie di coping presenti in letteratura. Si attingerà alla Self-Care Guide for ABA Professionals (Salazar, 2014) e alle Fundamental Skills for Self-Care presenti nel ProQoL Health Manual (2021, pag. 46-89). La figura dello psicologo è opportuna per la presentazione di alcune di queste tecniche che hanno alla base dei concetti psicologici o sono parte di alcune psicoterapie, come la Mindfulness, il rilassamento muscolare, la gestione dei pensieri intrusivi e l'Acceptance and Commitment Therapy. La presentazione di queste strategie di coping è importante in quanto la Mindfulness e l'Acceptance and Commitment Therapy, una tecnica di gestione di ansia e stress appartenente alle psicoterapie di terza generazione, sono state dimostrate in molteplici studi come le strategie più efficaci per la gestione della fatica dei professionisti della cura (Delaney, 2018) (Surguladze, 2018) e, specificatamente, su coloro che lavorano con Disturbi del Neurosviluppo (Richardson e Rothstein, 2008) (Alzani et al, 2020). Tra i metodi di

fronteggiamento utilizzati da uno psicologo che ha aderito alla presente ricerca, infatti, c'era nominata proprio l'ACT.

A seguito di questi due incontri teorici, si è pensato alla applicazione di alcune schede tratte dal testo “Lavoro di cura, educazione e benessere professionale” (Bobbo, Ius, 2021), realizzato proprio per ispirare responsabili e coordinatori di servizi e facilitatori di gruppi di operatori nella progettazione di percorsi di approfondimento e accompagnamento nelle tematiche del benessere professionale tra gli operatori (Bobbo, Ius, 2021). Tra le competenze di un Educatore professionale rientrano, infatti, la gestione e la facilitazione di interventi di gruppo e una delle metodologie utilizzate è la Peer Education, ovvero l'educazione tra pari. L'Educatore professionale si pone, dunque, con un atteggiamento empatico e sullo stesso piano con i suoi colleghi e, nel momento del bisogno, risulta il facilitatore, in quanto colui che ha pensato a questo intervento sulla base della propria competenza specifica, l'intenzionalità educativa. Il testo (Bobbo, Ius, 2021) si compone di quattro sezioni: la prima inerente all'autovalutazione del proprio benessere e malessere professionale, la seconda al lavoro emotivo e all'identità professionale, la terza porta il titolo “comunicazione, scorciatoie e trappole della mente” e la quarta è dedicata alle strategie di autocura. Sono state scelte, dunque, tre delle attività del testo che verrebbero svolte a partire dal mese successivo ai due incontri di formazione nella sede dei centri riabilitativi preferibilmente in sede di equipe, o in un momento opportuno scelto dal coordinatore della struttura.

La prima è un'attività finalizzata ad assumere la capacità di riconoscere i propri stati di malessere, ma anche quelli degli altri, la quale prevede che i professionisti osservino comportamenti e atteggiamenti propri e dei colleghi per una settimana, e che al termine di essa, in una tabella costruita ad hoc che li elenca, contrassegnino i segni di fatica rilevati e il grado di malessere correlato ad essi, tra assente, poco presente, presente. L'attività propone, poi, di condividere i risultati con i colleghi per confrontarsi su ciò che è emerso e su quanto una cosa sia rilevante per qualcuno e meno rilevante per qualcun altro; infine, si ha modo di riflettere sull'efficacia e sul significato dell'attività stessa (Bobbo, Ius, 2021, p. 65, schede a p. 75-80). Altre attività sull'autovalutazione che potrebbero essere suggerite agli operatori che hanno piacere di approfondire, sono “Il corpo e la sua fatica”, che grazie al disegno di un omino stilizzato, stimola a divenire consapevoli dei luoghi in cui la fatigue lavorativa si è accumulata nel proprio corpo (Bobbo, Ius, 2021, p. 71, scheda a p. 90) e “Le relazioni personali e la fatica professionale”, che aiuta a riflettere sull'influenza che la fatica professionale ha sulle proprie relazioni personali e consiste nell'individuare tra le persone

care, quelle che stanno chiedendo loro di limitare il tempo dedicato al lavoro e quelle che stanno segnalando la fatica nel star loro accanto (Bobbo, Ius, 2021, p.71, scheda a p.92).

La seconda attività si proporrebbe con l'obiettivo di aiutare i professionisti a scovare nel proprio mondo emotivo e ad imparare a dividerlo con gli altri affinché le difficoltà del singolo trovino conforto e sostegno nelle esperienze degli altri. Tale laboratorio presuppone che il professionista racconti, prima per iscritto e poi descrivendolo in gruppo, un evento sfidante che gli è successo nel proprio luogo di lavoro o un momento in cui si è sentito sopraffatto, impotente, frustrato e che rifletta sulle competenze e le strategie messe in atto da sé stesso e dagli altri, nei rispettivi racconti (Bobbo, Ius, 2021, p. 97, schede a p. 112).

Infine, si pensa che una riflessione sui propri impegni quotidiani e sulle proprie strategie di Autocura potrebbe aiutare i professionisti a migliorare il loro benessere lavorativo, ma anche la loro qualità della vita in generale. Individuare gli impegni che nella loro vita sono derogabili, quelli non derogabili e le attività che svolgono nel loro tempo libero e visualizzarli in una scheda (Bobbo, Ius, 2021, p. 70, scheda a p. 87-89) potrebbe permettere loro di prendere consapevolezza del fatto che talvolta gli impegni lavorativi prendono il sopravvento su quelli familiari o personali e di ricentrarsi in un punto di maggior equilibrio, ricordandosi di prendersi cura di sé. Per capire come poterlo fare al meglio, gli operatori potrebbero ricorrere ad una tabella costruita ad hoc (Bobbo, Ius, 2021, p. 133, schede a p. 137) in cui sono riportate alcune attività ricreative e in cui ognuno di essi potrebbe riconoscere quale di quelle mette già in atto, quali non li rispecchiano e quali, invece, vorrebbero provare a utilizzare per alleviare la fatica nei momenti di maggior stress. Il confronto con il gruppo di colleghi permetterebbe, come per ogni altra attività proposta, di scambiare opinioni sui contenuti dell'attività in modo da trovare spunti nuovi e sull'efficacia dell'attività stessa.

L'intervento educativo ipotizzato potrebbe diventare un progetto educativo ideato e pianificato in tutte le sue parti da un Educatore Professionale. All'interno di esso troveremmo, per riassumere, un primo incontro formativo di presentazione dei disturbi vicari al lavoro d'aiuto e dei rischi connessi svolto dall'Educatore professionale, un secondo incontro formativo sulle possibili strategie di Autocura svolto da uno psicologo e una serie di attività da svolgere in modalità autogestita o con la facilitazione del coordinatore, meglio se coordinatore educativo, dopo qualche settimana dagli incontri formativi in intervalli di alcune settimane, in sede di equipe o in qualsiasi momento in cui la direzione e l'equipe lo ritengano fattibile. Tale progetto prevederebbe una valutazione in itinere sull'andamento

degli incontri e una valutazione ex post che permetterebbe di individuare l'efficacia degli interventi e i risvolti in materia di benessere professionale.

Per una possibile ricerca futura, sarebbe interessante applicare questa proposta di intervento e successivamente risomministrare il Professional Quality of Life Scale e il questionario costruito ad hoc utilizzato per la presente ricerca, per constatare se le risposte potessero risultare diverse e se, quindi, il progetto educativo fosse stato efficace.

Conclusioni

Lo studio presentato ha indagato un argomento complesso, che non sempre viene approfondito nei corsi di laurea dei professionisti sanitari. I disturbi vicari al lavoro d'aiuto sono manifestazioni caratterizzate da sintomi spesso sovrapponibili tra loro e per questo motivo di difficile definizione. Essi non appaiono in manuali di classificazione diagnostica quale, ad esempio, il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), ad eccezione della Sindrome di Burnout che è stata inserita nell'International Classification of Disease (ICD-10). Questo rende più complessa la loro categorizzazione. Inoltre, avendo un'origine multifattoriale, per poter essere individuati necessitano tanto dell'analisi del contesto organizzativo della realtà lavorativa, quanto delle risorse e caratteristiche personali di ogni professionista.

Una sfida riscontrata durante la stesura dell'elaborato di tesi è emersa, inoltre, dal confronto tra i risultati della ricerca e quelli presenti in letteratura: gli studi consultati spesso indagano specificatamente la sindrome di Burnout, piuttosto che la Compassion Fatigue. Inoltre, pochi sono quelli che coinvolgono operatori che lavorano solo con l'ASD e che coinvolgono anche professionisti di area sociale. In questo senso tale lavoro contribuisce ad implementare le ricerche svolte su un campione così specifico e con una metodologia che permette di integrare i risultati dei test validati con dati qualitativi, dando voce al vissuto emotivo di questa tipologia di operatori di cura.

Parlare di disturbi vicari al lavoro e di strategie di Autocura per prevenirli e per affrontarli è fondamentale per coloro il cui lavoro verte sulla relazione d'aiuto, in quanto permette di mantenere un'alta qualità dell'intervento di cura e di evitare che il professionista diventi da "care-giver", portatore di cura, a "care-receiver", bisognoso di cura.

Concludo con l'auspicio che questa tesi possa essere utile per riflettere sull'importanza della formazione ai temi della fatica lavorativa e dello stress lavoro-relato, oltre che della cura di sé, dai banchi dell'università fino ai luoghi di lavoro. Sarei entusiasta, infine, se Educatori professionali sociosanitari ed equipe multidisciplinari di qualche struttura riabilitativa in cui operano professionisti d'aiuto, prenderanno in considerazione e realizzeranno la proposta di intervento educativo inserita nel seguente elaborato.

Bibliografia e Sitografia

1. Alshabri, M., Khoja, M., et al. (2022, Jan). Burnout, Depression, and Anxiety Levels among Healthcare Workers Serving Children with Autism Spectrum Disorder. *Behav Sci (Basel)*. 12(1):15. doi: 10.3390/bs12010015. PMID: 35049626; PMCID: PMC8773324.
2. Alzani L., Carnevali D., Cavagnola R., Chiodelli G., Corti S., Fioriti F., Galli M.L., Leoni M., Michelini G., Miselli G. (2020). Stress and wellbeing among professionals working with people with neurodevelopmental disorders. Review and intervention perspectives. *Ann Ist Super Sanità*. 2020 Apr-Jun; 56(2):215-221. doi: 10.4415/ANN_20_02_11.
3. American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.
4. Anderson, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child abuse & neglect*, 24(6), 839-848.
5. Bobbo, N. (2015). Compassion fatigue, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress Disorder. Il costo di cura degli operatori sociosanitari. (slides del corso FPEP)
6. Bobbo, N. (2023). *Da una tesi alla Laurea. Guida semplice per i laureandi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed educative*. Cleup, Padova.
7. Bobbo, N., Ius M. (2021). *Lavoro di cura, educazione e benessere professionale*. Padova University Press, Padova.
8. Bobbo, N., Moretto, B. (2020). *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*. Carocci Editore, Roma.
9. Bottaro, C. (2019) "Compassion Satisfaction e disturbi vicari tra gli studenti di Educazione Professionale durante il tirocinio formativo. Uno studio osservazionale come punto di partenza per l'implementazione di azioni didattiche e di tutoring future." *Journal of Health Care Education in Practice*, 1(1), 47-62, DOI: 10.14658/PUPJ-jhcep-2019-1-5
10. Bottini, S., Wiseman, K., Gillis, J. (2020). Burnout in providers serving individuals with ASD: The impact of the workplace. *Research in Developmental Disabilities*. Volume 100, 103616, ISSN 0891-4222. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103616>

11. Boyle, D. (2011). Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02>
12. Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*. 52(1), pp. 63–70.
13. Campbell, J., Wasey, A., et al. (2022, Apr-Jun). Compassion Fatigue and Satisfaction among Turkish Emergency Medicine Residents Using the Professional Quality of Life Scale. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 15(2), p 77-82. DOI: 10.4103/jets.jets_62_21
14. Chancey, C., Weihl, C., Root, W. B., Rehfeldt, R. A., McCauley, D., Takeguchi, K., & Pritchard, J. (2019). The impact of mindfulness skills on interactions between direct care staff and adults with developmental disabilities. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 160-169.
15. Converso, D., Falcetta, R. (2007). *Burnout e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni sociosanitarie*. Centro Scientifico Editore, Torino.
16. Decreto Ministero della salute 520/1998: Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
17. Degli Espinosa, F. (2012). *L'Analisi del Comportamento Applicata nella Linea Guida 21- Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*.
18. Delaney, MC. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS ONE* 13(11): e0207261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>
19. Di Sciascio, G., Calò, P. (2009). *Burn-out syndrome: patologia professionale o istituzionale?* In Pellegrino, F. (2009) *La sindrome del burn-out* (pp. 97-102), Centro Scientifico Editore, Torino.
20. Elias Abdel-Aziz, A., & Saied Adam, S. (2020). Relationship between Resilience, Burnout and Professional Quality of Life among Nurses Working at El-Abbassiya Psychiatric-Mental Health Hospital. *Egyptian Journal of Health Care*, 11(2), 551-577. doi: 10.21608/ejhc.2020.156951

21. Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge, New York, London.
22. Fontes, F. F. (2020). Herbert J. Freudenberger e a constituição do burnout como síndrome psicopatológica. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 37. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.19144>
23. Forman, T. (2011, April 11). Path Forward. Retrieved from Self-Care is Not an Indulgence. It's a Discipline.
24. [Fuso R.](#) (2019). "[L'Analisi del Comportamento Applicata per la presa in carico educativa di un bambino con Disturbo dello Spettro Autistico](#) " *Journal of Health Care Education in Practice*, 1(2), 79-85.
25. Gasperoni, G., Roccatò, M. (2003). Desiderabilità sociale e acquiescenza. Alcune trappole delle richieste e dei sondaggi. *"Rassegna Italiana di Sociologia, Rivista trimestrale fondata da Camillo Pellizzi"* 4/2006, pp. 656-657, doi: 10.1423/23289
26. Harris, R. (2011). *Fare ACT*. Franco Angeli, Milano.
27. ISS, Comunicato Stampa n° 26/2022, 1° aprile 2022 <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
28. Johnson, C.P., Myers, S. M. and the Council on Children with Disabilities. (2007). Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 120 (5), 1183–1215, DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>
29. Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121.
30. Keller, R., & Zappella, M. (2016). *I disturbi dello spettro autistico in adolescenza e in età adulta. Aspetti diagnostici e proposte di intervento*. Erickson, Trento.
31. Lan-Ping Lin, Jin-Ding Lin. (2013). Job burnout amongst the institutional caregivers working with individuals with intellectual and developmental disabilities: Utilization of the Chinese version of the Copenhagen Burnout Inventory survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, Volume 7, Issue 6, Pages 777-784. ISSN 1750-9467, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.03.004>.
32. Lingard, H. and Francis, V. (2006) 'Does a supportive work environment moderate the relationship between work–family conflict and burnout among construction professionals?', *Construction Management and Economics*, 24(2), pp. 185–96.
33. Lopez, J., Bindler, R.J., Lee, J. (2022, Jul). Cross-Sectional Analysis of Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction Among Emergency

- Nurses in Southern California Working Through the COVID-19 Pandemic. *J Emerg Nurs.* 48(4):366-375.e2. doi: 10.1016/j.jen.2022.03.008. Epub 2022 Mar 28. PMID: 35690484; PMCID: PMC8958096.
34. Maslach, C. & Leiter, M. P. (2014). Editorial. *Burnout Research*, 1(1), 1–2.
 35. Mills, S., & Rose, J. (2011). The relationship between challenging behavior, burnout, and 126 cognition variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 844-857.
 36. Miselli, G., Moderato, P., Prevedini, A.B. (2015). Acceptance and Commitment Therapy: radici, modello, evidenze. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 21, 2.
 37. Moosler, G. (2006). *Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal* [Master, Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau].
 38. Morganti S., (1997). Azienda felice? No grazie. *Risorse Umane in Azienda*, VII (60):1-3.
 39. Mortari, L., Zannini, L. (2017). *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Carocci Editore, Roma.
 40. Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS. (2007). *ICD-10/Decima Revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Masson, Milano, 1992.
 41. Panicker AS, Ramesh S. (2019). Psychological status and coping styles of caregivers of individuals with intellectual disability and psychiatric illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Vol 32(1):1-14.
 42. Pearlman, L.A. (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed.) (pp. 51-64). Sidran Press, Lutherville, MD.
 43. Pellegrino F. (2009). *La sindrome del burn-out* (2° ed.), Centro scientifico editore, Torino.
 44. *ProQOL Health Manual* (2021). Available online at: https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/Manual%20-%20ProQOL%20Health_11.26.21.pdf
 45. Radey M., Figley C. R. (2007). The Social Psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214.

46. Ricci, C., Romeo, A., Bellifemine, D., Carradori, G., & Magaugga, C. (2014). *Il Manuale ABA- VB. Applied behavior analysis and verbal behavior. Fondamenti, tecniche e programmi di intervento*. Edizioni centro Studi Erickson S.p.A, Trento.
47. Richardson KM, Rothstein HR. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *J Occup Health Psychol.* 13(1):69-93.
48. Rigatelli M., Massari I., Ferrari S. (2009). *Possibilità e responsabilità in un servizio di psichiatria e di consultazione nei confronti del burn-out degli operatori sanitari*. In Pellegrino, F. (2009) *La sindrome del burn-out* (pp. 185-190). Centro Scientifico Editore, Torino.
49. Ripamonti C. (2015). *Manuale di psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna.
50. Rohit, R., Krishna, Y., et al. (2016). Professional quality of life in audiologists and speech language pathologists working in India, *Journal of Workplace Behavioral Health*, 31:3, 162-172, DOI: [10.1080/15555240.2016.1192475](https://doi.org/10.1080/15555240.2016.1192475)
51. Rosen, N. E., Lord, C., & Volkmar, F. R. (2021). *The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and beyond*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(12), 4253–4270. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04904-1>
52. Salazar, W. (2014, October 29). Good Therapy. Retrieved from 9 Self-Care Strategies to Reduce Stress.
53. Santinello, M., & Negrisola, A. (2009). *Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie*. McGraw-Hill, New York.
54. Sartori, R. (2005). Acquiescenza e desiderabilità sociale nella versione italiana della Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) di Mehrabian. *Testing Psicometria Metodologia*.
55. Schaufeli, W. B., Leiter M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220.
56. Scott, E. & Gans, S. (2020). *Self-Care Guide for ABA Professionals*, eBook. Therapy Brands. Disponibile al link <https://therapybrands.com/applied-behavior-analysis/>
57. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – SINPIA. (2005). *Linee guida per l'autismo: diagnosi e interventi*. Erickson, Trento.
58. Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd edn, available online at <https://proqol.org/proqol-manual>
59. Stamm, H. B. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators*. Sidran Press, Baltimore, MD.

60. Stillman, J. (2017). The 12 Stages of Burnout, According to Psychologists. *Inc*, <https://www.inc.com/jessica-stillman/the-12-stages-of-burnout-according-to-psychologist.html>
61. Surguladze, S. et al. (2018). Mindfulness as a Mediating factor between Empathy and Burn-out in People of Caring Professions. *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*. 4 (1). DOI: 10.23937/2572-4037.1510023
62. Weber A, Jaekel-Reinhard A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*. 50(7):512-7. DOI: 10.1093/occmed/50.7.512.
63. Yerramsetti A.P. (2017). 29.5 The other patient: caregiver and clinician stress in treating autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 56, Issue 10, 29.5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.176>

Allegati

QUESTIONARIO SULLA QUALITÀ DELLA VITA PROFESSIONALE

La lettura e la compilazione di questi fogli richiede un tempo complessivo di 10-15 minuti.

Vi ringrazio fin d'ora della vostra disponibilità e del vostro tempo.

Vi chiedo di restituire alla Coordinatrice della vostra struttura questo questionario entro il giorno _____ 2023.

MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE ALLA RICERCA SCIENTIFICA

Descrizione e scopi della ricerca:

Sono Sara Masaro, studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Educazione Professionale dell'Università degli Studi di Padova (sede di Rovigo).

Nel corso di questi tre anni di studi ho potuto toccare con mano, attraverso i tirocini formativi svolti, il carico emotivo con cui un professionista sociosanitario quale l'educatore professionale deve relazionarsi ogni giorno lavorando al fianco di persone con diagnosi, storie e quotidianità difficili. Ho deciso quindi di svolgere il mio elaborato di tesi sulla fatica nel lavoro d'aiuto e in particolare, visto il mio tirocinio attuale, sulla fatica degli operatori che lavorano con persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico, con lo scopo di valutare il grado di fatica e di stress lavoro relato di questi professionisti e capire quali possono essere i metodi per prevenire e/o affrontare questo problema.

Metodologia di ricerca:

Per svolgere questa ricerca ho deciso di utilizzare il ProQOL (Professional Quality of Life), un questionario validato nel 2009 dalla dott.ssa Beth Hudnall Stamm tradotto in 28 lingue e attualmente di proprietà del Centro per le vittime della tortura, un'ONG che opera in diversi paesi del mondo. È possibile somministrarlo a tutte le categorie che lavorano in ruoli di aiuto alla persona quali operatori sanitari e sociosanitari, insegnanti e operatori di emergenza e permette al professionista di riflettere sul proprio stato d'animo e stato di salute mentale in modo con lo scopo di ripensare al suo operato in un'ottica di equilibrio tra la propria vita professionale e personale. Si tratta di 30 affermazioni collegate ad una scala di valutazione (a 5 punti) tramite la quale esprimere il proprio accordo o disaccordo rispetto alla propria esperienza, in forma totalmente anonima.

Luogo e durata della ricerca:

Il questionario verrà somministrato in formato cartaceo e richiede circa 4 minuti di compilazione.

Modalità di trattamento dei dati raccolti:

I dati raccolti saranno trattati esclusivamente per scopi di indagine ai fini della mia tesi di laurea e non verranno in nessun modo divulgati se non in forma aggregata, garantendo la privacy di ogni partecipante.

Riservatezza:

In accordo con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) e il d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i. (Codice in materia di protezione dei dati personali), sarà garantita la riservatezza dei Suoi dati personali, come da Informativa sul trattamento dei Suoi dati personali che Le sarà chiesto di firmare il consenso al trattamento da parte del ricercatore dei dati che stiamo raccogliendo.

Recapiti:

Responsabile della raccolta dati: sara.masaro@studenti.unipd.it

Relatrice della mia tesi: natascia.bobbo@unipd.it

CONSENSO INFORMATO
(per soggetti maggiorenni)

Io sottoscritto/a _____
(il questionario è in forma anonima quindi non siete tenute/i a scrivere il vostro nome)

Acconsento

Non acconsento

a partecipare alla ricerca come descritta nel presente documento.

Luogo e data, _____

SCHEMA ANAGRAFICA

Prima di procedere con la compilazione del questionario, vi chiedo di rispondere a queste domande necessarie per descrivere il campione della mia ricerca.

LUOGO DI LAVORO:

- Kairos- Centro Diurno per adulti con disturbo dello spettro autistico
- Ca'Leido- Centro per bambini e ragazzi con disturbo dello spettro con autistico
- Casa del Campo- Divisione Autismo Castelmonte- comunità alloggio per persone adulte con autismo ad alto livello di intensità
- Centro A. Samarotto- ambulatorio specialistico per bambini e ragazzi con ASD e DGS

SESSO:

- F
- M
- Altro

FASCIA D'ETA':

- 20-29 anni
- 30-39 anni
- 40-49 anni
- 50-59 anni
- > 60 anni

FORMAZIONE:

- Educatore professionale socio-sanitario LSNT/2
- Educatore professionale socio-pedagogico L19
- OSS
- Psicologo e/o psicoterapeuta
- Altro: _____

PROFESSIONE / INCARICO SVOLTO:

- Coordinatore della struttura
- Educatore Professionale
- OSS
- Altro: _____

DA QUANTI ANNI LAVORA COME PROFESSIONISTA D'AIUTO:

- 0-2 anni
- 2-5 anni
- 5-10 anni
- 10-20 anni
- 20-30 anni
- Più di 30 anni

DA QUANTI ANNI LAVORA CON QUESTA TIPOLOGIA DI UTENZA:

- 0-2 anni
- 2-5 anni
- 5-10 anni
- 10-20 anni
- 20-30 anni
- Più di 30 anni

Scala di valutazione della vita professionale (ProQOL)

Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue (ProQOL) Version 5 (2009)

Prestare aiuto, comporta entrare a diretto contatto con i vissuti e le esperienze di altre persone. Come avrai probabilmente sperimentato, provare compassione verso coloro che si aiutano comporta aspetti sia positivi sia negativi. Di seguito sono riportate alcune domande a proposito delle tue esperienze, positive e negative, in quanto professionista della relazione di aiuto.

In questo documento [*aiutare*] e [*professionista che offre aiuto*] si riferiscono a tutte le categorie di persone che lavorano in ruoli di aiuto alla persona, incluso volontari. Puoi sostituire la parola in parentesi con quella che più si adatta al tuo lavoro, ad esempio, se lavori come insegnante, puoi sostituire la parola [*professionista che offre aiuto*] con insegnante

Considera ognuna delle seguenti affermazioni in relazione a te stesso/a ed alla tua situazione attuale e seleziona la risposta che più è stata vera negli ultimi trenta giorni.

1=Mai	2=Raramente	3=Talvolta	4=Spesso	5=Molto Spesso
-------	-------------	------------	----------	----------------

- ___ 1. Sono felice.
- ___ 2. Sono preoccupato per più di una delle persone che [*aiuto*].
- ___ 3. Traggio soddisfazione dal saper [*aiutare*] le persone.
- ___ 4. Mi sento in contatto con gli altri.
- ___ 5. Sobbalzo o sussulto per rumori imprevisti.
- ___ 6. Ho più energia dopo aver lavorato con coloro che [*aiuto*].
- ___ 7. Trovo difficoltà a separare la mia vita privata dalla mia vita nel mio ruolo di [*aiuto*].
- ___ 8. Sono meno produttivo al lavoro perché sto perdendo il sonno a causa delle esperienze traumatiche vissute da un/a persona che sto [*aiutando*].
- ___ 9. Penso di essere stato influenzato dalle esperienze traumatiche delle persone che [*aiuto*].
- ___ 10. Mi sento intrappolato nel mio lavoro di [*professionista dell'aiuto*].
- ___ 11. Il mio lavoro come [*professionista dell'aiuto*] mi ha fatto sentire "sull'orlo del baratro" molte volte.
- ___ 12. Mi piace il mio lavoro come [*professionista che offre aiuto*].

© B. Hudnall Stamm, 2009. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). www.proqol.org.
Questo test può essere liberamente copiato finché (a) l'autore è accreditato, (b) non sono apportate modifiche e (c) non è venduto. Chi è interessato ad utilizzare il test dovrebbe visitare www.proqol.org per verificare che la copia che utilizzano è la versione più recente del test.

Considera ognuna delle seguenti affermazioni in relazione a te stesso ed alla tua situazione attuale e seleziona la risposta che piu' è stata vera negli ultimi trenta giorni.

1=Mai

2=Raramente

3=Talvolta

4=Spesso

5=Molto Spesso

- ___ 13. Mi sento depresso a causa delle esperienze traumatiche delle persone che [aiuto].
- ___ 14. Sento come se stessi sperimentando su me stesso il trauma di una delle persone che ho [aiutato].
- ___ 15. Le mie convinzioni mi sostengono nel mio lavoro.
- ___ 16. Sono soddisfatto/a di come riesco a stare al passo con le tecniche e procedure di assistenza e [aiuto] agli altri.
- ___ 17. Sono la persona che ho sempre voluto essere.
- ___ 18. Sono soddisfatto/a del mio lavoro.
- ___ 19. Mi sento logorato a causa del mio ruolo di [aiuto].
- ___ 20. Ho pensieri e sentimenti positivi riguardo a coloro che [aiuto] e a come li posso aiutare.
- ___ 21. Mi sento sopraffatto perché il mio carico di lavoro sembra senza fine.
- ___ 22. Credo di poter fare la differenza attraverso il mio lavoro.
- ___ 23. Evito certe attività o situazioni perché mi ricordano esperienze spaventose subite dalle persone che [aiuto].
- ___ 24. Sono orgoglioso/a di quello che posso fare per [aiutare] gli altri.
- ___ 25. Sono assalito/a da improvvisi ed involontari pensieri spaventosi dovuti al mio lavoro di [aiuto].
- ___ 26. Mi sento bloccato dagli aspetti amministrativi e burocratici del mio lavoro.
- ___ 27. Penso di avere successo nel mio ruolo di [aiuto] agli altri.
- ___ 28. Non sono in grado di ricordare aspetti importanti del mio lavoro con le vittime di un trauma.
- ___ 29. Sono una persona eccessivamente premurosa.
- ___ 30. Sono felice di aver scelto di fare questo lavoro.

Infine, sarebbe molto utile per me raccogliere l'opinione libera e anonima di voi professionisti del lavoro d'aiuto, in particolar modo della vostra esperienza di operatori di ragazzi e adulti con disturbo dello spettro autistico. Vi chiedo, quindi, come ultima cosa, di scrivere qualche riga seguendo le seguenti domande guida:

- Hai scelto tu di lavorare con il disturbo dello spettro autistico? Se sì, perché?

- Ci sono momenti in cui ti senti affaticato da questo lavoro? Se sì, quali sono questi momenti e cosa provi quando avvengono?

- Ti capita mai di portarti a casa il cosiddetto "bagaglio emotivo" del tuo lavoro? Se sì, quali sono le strategie che adotti per farci fronte?

- Hai mai pensato di cambiare lavoro? Se sì, perché?
