

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
*Dipartimento di Medicina*  
*Scuola di Medicina e Chirurgia*  
Corso di Laurea in Infermieristica

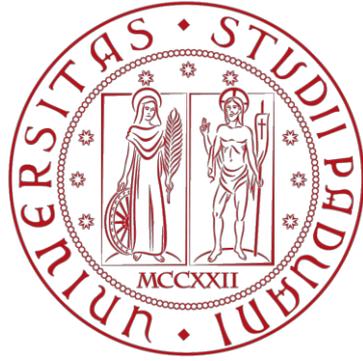
**PROFILO DEGLI OPERATORI SANITARI IN  
CURE PALLIATIVE: BURNOUT, RESILIENZA  
E SPERANZA**

Relatore: Prof. Zulian Francesco  
Correlatrice: Lazzarin Piera  
Correlatrice: Santini Anna

Laureando: Convertini Chiara  
(matricola n. 1227646)

Anno Accademico 2021-2022





**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
*Dipartimento di Medicina*  
*Scuola di Medicina e Chirurgia*  
Corso di Laurea in Infermieristica

**PROFILO DEGLI OPERATORI SANITARI IN  
CURE PALLIATIVE: BURNOUT, RESILIENZA  
E SPERANZA**

Relatore: Prof. Zulian Francesco  
Correlatrice: Lazzarin Piera  
Correlatrice: Santini Anna

Laureando: Convertini Chiara  
(matricola n. 1227646)

Anno Accademico 2021-2022

## ABSTRACT

**Problema:** La letteratura parla in modo esteso delle diverse difficoltà psico-emotive e relazionali che vive l'operatore all'interno di contesti complessi, come quelli delle cure palliative pediatriche. Viene spesso evidenziato un elevato livello di stress e tuttavia malgrado questo, molti operatori sono presenti nello stesso contesto per molti anni rimanendo fortemente legati al loro ambiente di lavoro.

Nell'ambito di un paradigma di psicologia positiva, a fianco ad un livello di affaticamento dell'equipe ci si propone anche di poter fare luce su alcuni meccanismi che possono permettere all'operatore di continuare a lavorare in contesti con forte impatto emotivo.

**Scopo:** il fine dello studio è confrontare il livello di burnout degli operatori (infermieri, medici, OSS, psicologi, fisioterapisti) con altre caratteristiche psicologiche quali la resilienza e la speranza. Si vuole valutare come queste variabili impattino sull'affaticamento psicologico di infermieri, medici, OSS e psicologi. Inoltre, si pone l'obiettivo di valutare se alcuni fattori personali incidano sulle variabili quali Burnout, Resilienza e Speranza.

**Materiali e metodi:** Lo studio osservazionale prospettico è stato effettuato attraverso la somministrazione di un questionario contenente una parte anagrafica con informazioni personali, e tre questionari: Maslach burnout inventory (MBI), Dispositional Resilience Scale (DRS-15) e Comprehensive Hope Scale (CHS-S). Il questionario è stato somministrato a tutti gli operatori sanitari presenti all'interno della UOC Hospice Pediatrico di Padova. L'analisi dei dati è stata effettuata mediante il software statistico IBM SPSS (Vers. 20.0).

**Risultati:** dallo studio emerge che l'86,4% del campione è femmina mentre la restante parte sono uomini. Il 63,6% è composto da infermieri, il 22,7% da medici, il 9,1% da psicologi e il 4,5% da OSS. Sulla base delle linee guida relative alla scala MBI, sottoscala EE, si presentano 2 operatori con un rischio alto, 9 con un rischio moderato e 11 con un rischio basso, per la sottoscala Deper. ci sono 7 operatori con un alto rischio, 13 operatori con un rischio moderato e 2 operatori con rischio lieve, mentre per la sottoscala GP risultano esserci 12 operatori con un rischio alto di sviluppare burnout, 2 operatori con rischio moderato e 1 operatore con rischio basso.

Dall'incrocio tra le 3 scale (MBI, DRS-15, CHS-S) e i dati anagrafici si evidenziano correlazione tra gli anni lavorativi nella UOC e il punteggio totale della DRS-15 ( $p=,010$ ), tra il lavoro notturno e/o durante i giorni festivi con la scala MBI, precisamente con la sottoscala EE ( $p=,006$ ). Questa caratteristica risulta influenzare anche la scala CHS-S più nello specifico la sottoscala Trust ( $p=,021$ ).

Inoltre si evidenzia come il fattore religiosità crei delle correlazioni con la scala CHS-S, sottoscala "spirituality" ( $p=,001$ ).

I questionari incrociati tra loro evidenziano correlazioni significative tra il punteggio totale della DRS-15 e la CHS-S (spirituality  $p=,008$ ), CHS-S (self realization  $p=,013$ ) e quindi con il punteggio totale della CHS-S.

**Conclusioni:** Le difficoltà psico-emotive e relazionali vissute dall'operatore all'interno di contesti complessi quali le Cure Palliative Pediatriche, di cui parla in modo esteso la letteratura, si evidenziano anche nel presente studio. Dal nostro studio emerge come caratteristiche tipo la religiosità e quindi credenze e sentimenti siano importanti e fulcro dell'essere di una persona e quindi di particolare importanza per un operatore sanitario impiegato in un Centro di CPP.

Fattori personali e professionali incidono sul burnout, speranza e resilienza. Variabili come resilienza e speranza hanno poco impatto su Burnout, ma hanno un impatto tra di loro.

Risulta quindi utile e auspicabile espandere la ricerca su una popolazione più ampia e magari anche in località differenti al fine di poter confermare i risultati preliminari da noi evidenziati.



## INDICE

<b><i>CAPITOLO 1: INTRODUZIONE</i></b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 CONTESTO</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 COMPETENZE OPERATORI</b> .....	<b>6</b>
<b><i>CAPITOLO 2: DOMANDE DI RICERCA E OBIETTIVI</i></b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 DOMANDE DI RICERCA</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2 OBIETTIVI</b> .....	<b>8</b>
<b><i>CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI</i></b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 DISEGNO DELLA RICERCA</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2 SETTING</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3 POPOLAZIONE E CAMPIONE</b> .....	<b>9</b>
<b>3.4 STRUMENTI DI RICERCA</b> .....	<b>9</b>
3.4.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY .....	9
3.4.2 DISPOSITIONAL RESILIENCE SCALE 15 ITEM .....	11
3.4.3 COMPREHENSIVE STATE HOPE SCALE .....	12
<b>3.5 RACCOLTA DATI</b> .....	<b>13</b>
<b>3.6 ANALISI DEI DATI</b> .....	<b>13</b>
<b><i>CAPITOLO 4: RISULTATI</i></b> .....	<b>15</b>
<b>4.1 INFORMAZIONI GENERICHE</b> .....	<b>15</b>
<b>4.2 AMBITO LAVORATIVO-PROFESSIONALE</b> .....	<b>16</b>
<b>4.3 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)</b> .....	<b>17</b>
4.3.1 DEPERSONALIZZAZIONE .....	17
4.3.2 ESAURIMENTO EMOTIVO .....	18
4.3.3 GRATIFICAZIONE PERSONALE (GP) .....	18
<b>4.4 DISPOSITIONAL RESILIENCE SCALE (DRS)</b> .....	<b>19</b>
<b>4.5 COMPREHENSIVE STATE HOPE SCALE</b> .....	<b>19</b>
<b>4.6 CORRELAZIONI</b> .....	<b>19</b>
4.6.1 CORRELAZIONI TRA I QUESTIONARI E LE INFORMAZIONI GENERICHE .....	20
4.6.2 CORRELAZIONI TRA I QUESTIONARI .....	22
<b><i>CAPITOLO 5: DISCUSSIONE</i></b> .....	<b>25</b>
<b>5.1 MBI</b> .....	<b>25</b>
<b>5.2 DRS-15</b> .....	<b>26</b>
<b>5.3 CHS-S</b> .....	<b>27</b>
<b>5.4 CORRELAZIONI TRA SCALE</b> .....	<b>28</b>
<b>5.5 LIMITI</b> .....	<b>28</b>
<b><i>CAPITOLO 6: CONCLUSIONI</i></b> .....	<b>29</b>
<b><i>BIBLIOGRAFIA</i></b> .....	<b>30</b>

<b><i>ALLEGATI</i></b> .....	<b>34</b>
<b>ALLEGATO N°1</b> .....	<b>35</b>
<b>ALLEGATO N°2</b> .....	<b>37</b>
<b>ALLEGATO N°3</b> .....	<b>38</b>
<b>ALLEGATO N° 4</b> .....	<b>39</b>



## CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

### 1.1 CONTESTO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definiva già nel 1998 le Cure Palliative pediatriche (CPP) come "l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino che comprende il supporto della famiglia"<sup>1</sup>. Tali cure hanno come obiettivo la qualità della vita del piccolo paziente e della sua famiglia e il domicilio rappresenta, nella stragrande maggioranza dei casi, il luogo scelto e ideale di assistenza e cura.

Le CPP sono una realtà in continua evoluzione che presenta differenze significative rispetto alle Cure Palliative dell'adulto<sup>2</sup>:

- La popolazione è numericamente inferiore e comprende molte diagnosi di patologie rare e/o specifiche dell'infanzia. Non sempre si riesce a dare un'etichetta precisa e/o il percorso diagnostico può durare anche mesi o anni prima di arrivare a una definizione;
- Solo il 25% circa dei pazienti presenta una patologia oncologica. In termini epidemiologici in ambito pediatrico vi è una prevalenza maggiore di pazienti affetti da malattia cronica piuttosto che oncologica in fase terminale.<sup>12-14</sup>
- La scala temporale in cui ci si muove è estremamente variabile poiché i bisogni di cure palliative possono esaurirsi in pochi giorni così come estendersi per mesi o anche molti anni;
- il centro della cura non è solo il bambino malato ma si estende all'intera famiglia, in modo più pervasivo ed estensivo rispetto al mondo delle Cure Palliative generali. La malattia grave di un bambino può essere un evento di impatto devastante sull'intero nucleo familiare, soprattutto se prolungata: costringe spesso a scelte forzate di cambio o rinuncia lavorativa dei genitori, mette a dura prova le relazioni e la stabilità della famiglia, modifica le scelte di pianificazione familiare, influenza le possibilità e le scelte dei fratelli/sorelle;

- vi è una enorme variabilità di bisogni differenti a seconda dell'età del minore, con differenti capacità di comunicazione e comprensione, di partecipazione alle scelte di cura, di educazione e socializzazione, che cambiano nel tempo per il singolo paziente poiché la malattia non ferma la crescita fisica, cognitiva ed emotiva del bambino.

Le CPP non sono solo le cure della terminalità, ma prevedono l'assistenza precoce all'inguaribilità: iniziano al momento della diagnosi, non precludono la terapia curativa concomitante e continuano durante tutta la storia della malattia, prendendosi carico dei molteplici problemi. L'inserimento nel percorso di Cure Palliative Pediatriche dovrebbe affiancarsi al percorso di terapia del bambino, senza intralciarne i piani di cura, molto spesso, multi specialistici, ma migliorando il controllo dei sintomi attraverso le terapie di supporto e garantendo la qualità di vita del malato e della famiglia.

Sulla base di questo, le CPP devono essere fornite attraverso l'attività di un team competente multidisciplinare e multi specialistico, in grado di dare risposte assistenziali complesse che vanno a toccare tutti gli ambiti e tutti i setting del sistema salute.

Si stima che nel mondo vi siano oltre 20 milioni di bambini con bisogni di cure palliative, e di questi, 8 milioni necessitano di cure palliative specialistiche. Lo sviluppo delle CPP nel mondo è tuttora eterogeneo e frammentato, con molti gap da colmare soprattutto nell'accesso alle cure, nella qualità della formazione degli operatori sanitari e nelle disparità di accesso ai servizi tra paesi ad alto reddito e quelli a reddito medio-basso.<sup>3</sup>

Su tutto il nostro territorio nazionale è presente una rete di risorse dedicate al bambino, risorse sia professionali (pediatra di famiglia, pediatra ospedaliero, anestesista esperto in Cure palliative e/o terapia del dolore pediatriche, reti specialistiche territoriali), che strutturali (ospedali/reparti pediatrici).<sup>7</sup>

Precisamente in Italia sono presenti 6 Hospice (Padova, Genova, Torino, Milano, Napoli, Roma e in Basilicata) e 7 Unità di Cure Primarie (UCP) domiciliari mentre non ci sono dati su servizi intraospedalieri.

La Rete di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche è il luogo di raccordo tra i numerosi servizi che interagiscono con il minore, di età compresa fra 0-18 anni, e la sua famiglia nelle diverse fasi della sua vita, quali le cure primarie, la scuola, i servizi sociali, le altre strutture del sistema socio-sanitario.

La Rete regionale di TD e CPP comprende l'hospice pediatrico, che opera in stretta continuità ed integrazione di obiettivi, strategie di cura e scelte con le strutture specialistiche di riferimento.

L'Hospice è una struttura che opera, di norma, a livello regionale, con possibilità di prevedere una valenza interregionale in ragione ai bacini di utenza serviti.

Vi accedono, con i loro familiari, minori di tutte le età e tutte le patologie (oncologiche e non oncologiche) che necessitano di cure palliative specialistiche e che, per motivi clinici, sociali, organizzativi, non possono essere gestiti in altri setting (domicilio, ospedale, altra struttura).<sup>7</sup>

L'hospice pediatrico è una struttura ad alta complessità assistenziale ed organizzativa, dedicata e specifica al solo paziente pediatrico ed eventualmente al giovane adulto, che opera tramite equipe multi-specialistiche e multiprofessionali e personale dedicato alle CPP e alla gestione del dolore nel minore ai sensi dell'Intesa 25 luglio 2012.

Deve costituire una struttura indipendente ed autonoma da un punto di vista logistico, organizzativo e gestionale, anche qualora inserito in un contesto ospedaliero o in strutture residenziali territoriali, come indicato dall'Intesa 25 luglio 2012.<sup>8</sup>

Negli ultimi decenni si è assistito ad un lento e continuo cambiamento dei bisogni di assistenza palliativa per neonati, bambini, adolescenti.

Si è verificato, infatti, un netto incremento della prevalenza di minori portatori di malattia inguaribile e/o disabilità grave, che vivono anche per lunghi periodi di tempo grazie al progresso medico e tecnologico, progresso che ha di fatto ridotto la mortalità neonatale e pediatrica ma nello stesso tempo ha determinato un aumento della numerosità di minori che vivono con

patologie inguaribili gravi. Si è venuta quindi a creare nuova categoria di pazienti, con nuove situazioni e nuovi obiettivi di cura e di "salute", che richiedono interventi integrati, altamente specialistici, multidisciplinari ed interistituzionali.

Sono neonati, bambini, adolescenti con patologie complesse e senza possibilità di guarigione, con insufficienze d'organo multiple, frequentemente con problemi di tipo cognitivo e/o neuromotorio, la cui vita spesso dipende dalle "macchine" cui sono collegati e con un rischio di aggravamento e di morte imminente e quotidiano.

I minori che vivono in queste situazioni presentano necessità assistenziali peculiari e complesse, spesso integrate, multi-specialistiche ed interistituzionali che si inquadrano nell'ambito delle CPP, dove l'obiettivo non può più essere la guarigione ma la cura e l'assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita possibile.<sup>7</sup>

Un ambito importante di discussione è la definizione di criteri per dichiarare l'eleggibilità alle CPP.

In età pediatrica, i criteri di eleggibilità si declinano in rapporto alla peculiarità del paziente pediatrico (neonati, bambini e adolescenti) e alle patologie specifiche in causa. I bisogni, infatti, sono diversi a seconda dell'età e delle tappe della crescita (continua evoluzione fisica, cognitiva psicologica sociale e spirituale); della molteplicità ed eterogeneità delle malattie tipiche dell'infanzia e del contesto familiare in cui il bambino/adolescente vive.<sup>9</sup>

Il criterio di eleggibilità per diagnosi di patologia talvolta non è utilizzabile in quanto si interfaccia con condizioni patologiche misconosciute nelle quali è difficile definire decorso e durata della storia di malattia.

Inoltre, nei pazienti definiti come Children with Medical Complexities (CMC) il deterioramento clinico può essere inaspettato o presentare un andamento alternante.<sup>10</sup>

Per alcuni pazienti pediatrici, per esempio, l'esigenza di rientrare in un programma di Cure Palliative Pediatriche inizia già alla nascita, con una

prospettiva di malattia che durerà per l'intera vita e che quindi, dovrà prevedere interventi modulati e variabili nel tempo.

Nel 2004 The Association for Children with Life-limiting and Terminal Illness e il Royal College of Paediatrics and Child Health, ha sistematizzato l'eleggibilità dei bambini con patologia inguaribile alle Cure Palliative Pediatriche, individuando 4 categorie di pazienti:

1. Bambini con patologie per le quali esiste un trattamento specifico, ma che può fallire in una quota di essi. (patologie life-threatening) Le cure palliative intervengono quando il trattamento volto alla guarigione fallisce (es. neoplasie, insufficienza d'organo irreversibile);
2. Bambini con patologie in cui la morte precoce è inevitabile, ma cure appropriate possono prolungare ed assicurare una buona qualità di vita (Patologie life-limiting. es. fibrosi cistica);
3. Bambini con patologie progressive, per le quali il trattamento è quasi esclusivamente palliativo e può essere esteso anche per molti anni (Patologie life-limiting. es. malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche);
4. Bambini con patologie irreversibili ma non progressive, che causano disabilità severa, e morte prematura (es. paralisi cerebrale severa, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari). <sup>11</sup>

Questa classificazione non risolve, però, i criteri di eleggibilità. In quanto rimane l'estrema difficoltà per alcune categorie (es. patologia oncologica) di definire quando la patologia diventa inguaribile.

Un altro parametro molto importante per la definizione dell'eleggibilità alle CPP sono i bisogni di cura del bambino e della sua famiglia: clinici, psicologici, sociali, organizzativi, spirituali ed etici. <sup>12-13</sup>

Tali bisogni vanno ben oltre la sola gestione dei sintomi, ma comprendono anche la corretta comunicazione con la famiglia, la formazione dei familiari e/o caregiver nonché la condivisione del piano di cura tra i genitori, il bambino e gli operatori sanitari.

Le Cure Palliative Pediatriche si possono quindi intendere come la cura del processo che questa immensa complessità comporta. Infatti, nelle Cure Palliative Pediatriche il livello dei bisogni condiziona il livello della risposta di cura necessaria al bambino con patologia inguaribile.<sup>15-16</sup>

## 1.2 COMPETENZE OPERATORI

Le equipe professionali (medico palliativista, infermiere, psicologo) delle suddette Reti dovrebbero possedere, attraverso un documentato percorso formativo, specifiche competenze in materia di cure palliative pediatriche per garantire una risposta di prossimità e appropriata al bisogno del minore, anche sulla base del desiderio dei familiari. Una formazione specifica è cruciale per la diffusione delle CPP.

Solo 14 paesi includono le CPP nel percorso formativo della specializzazione in Pediatria, e solo 16 paesi in quello per infermiere pediatrico.

Non esiste alcuno standard europeo riguardante gli standard formativi in CPP, qualifiche e certificazione variano in modo consistente anche dove presenti.

In Italia sono presenti Leggi e documenti tecnici che definiscono gli standard di cura, di erogazione e di accesso ai servizi, grazie alle consulenze degli specialisti a livello istituzionale. Inoltre, esistono medici e neonatologi con formazione specifica in CPP e le CPP vengono insegnate a medici e infermieri, sebbene ancora in modo troppo limitato.<sup>4</sup>

La Società Italiana di Cure Palliative, in collaborazione con la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus, ha pubblicato già nel 2014 un testo dettagliato che descrive il Core Curriculum in cure palliative pediatriche del medico, dell'infermiere e dello psicologo. All'interno del Core Curriculum in cure palliative pediatriche del medico, dell'infermiere e dello psicologo, la vastità delle competenze richieste è un vincolo che non sempre si è in grado di superare. Al di là delle competenze cliniche, la maggiore criticità formativa negli operatori di CPP risiede nell'inadeguata formazione rispetto alla comunicazione e alle capacità di lavorare come parte di un team.<sup>5</sup>

## CAPITOLO 2: DOMANDE DI RICERCA E OBIETTIVI

La letteratura parla in modo esteso delle diverse difficoltà psico-emotive e relazionali che vive l'operatore all'interno di contesti complessi, come quelli delle cure palliative pediatriche. Viene spesso evidenziato un elevato livello di stress e tuttavia malgrado questo, molti operatori sono presenti nello stesso contesto per molti anni rimanendo fortemente legati al loro ambiente di lavoro.

Nell'ambito di un paradigma di psicologia positiva, a fianco ad un livello di affaticamento dell'equipe ci si propone anche di poter fare luce su alcuni meccanismi che possono permettere all'operatore di continuare a lavorare in contesti con forte impatto emotivo.

Tra questi possibili meccanismi, si analizzano fattori come speranza, resilienza e burnout.

Perché alcuni fornitori di assistenza sanitaria si sentono più a loro agio nel fornire cure palliative pediatriche rispetto ad altri fornitori?

Tra le varie risposte possibili a questa domanda, alcune spiegazioni ipotizzano che questa variazione sia attribuibile principalmente a differenze nelle conoscenze mediche o nelle abilità procedurali, acquisite attraverso la formazione o l'esperienza. Avere una spiegazione univoca a questa domanda potrebbe far progredire gli sforzi per migliorare la qualità delle Cure Palliative Pediatriche.

Attualmente esistono una varietà di programmi educativi sulle cure palliative, progettati per infermieri e medici.<sup>17-18</sup>

Pochi programmi, però, si concentrano esplicitamente sul miglioramento delle esperienze di Cure Palliative degli operatori sanitari.

Praticamente, nessuna attenzione è stata rivolta alla comprensione e all'indirizzamento dei processi cognitivi e affettivi sottostanti degli operatori (le loro credenze e sentimenti o abitudini di cuore e mente) che possono influenzare il modo in cui rispondono a una vasta gamma di problemi difficili e angoscianti.<sup>18</sup>

Nel 2005 è stata effettuata un'indagine presso il Children's Hospital of Philadelphia con lo scopo di verificare l'ipotesi che il livello di speranza dei singoli infermieri sia associato ad una maggiore dimestichezza e competenza auto-riferita nel fornire cure palliative.

Lo studio ha pienamente confermato questa ipotesi.

Anche l'elevato tasso di turnover, che è diventato un problema critico nel campo dell'assistenza infermieristica e le possibili strategie per affrontare questo problema ha ricevuto una crescente attenzione in tutto il mondo. La speranza, l'identità di carriera e la soddisfazione lavorativa possono essere utili per ridurre il turnover. È quindi molto importante valutare e identificare i fattori di rischio che ostacolano la piena realizzazione lavorativa degli operatori. Diversi studi hanno dimostrato che gran parte degli infermieri intendevano lasciare la professione in meno di un anno a causa dello stress sul posto di lavoro. <sup>19</sup>

Sarebbe quindi necessario valutare e agire sulle condizioni sopra elencate per evitare che queste possano influire negativamente su diversi aspetti della professione.

## 2.1 DOMANDE DI RICERCA

Ci siamo quindi poste le seguenti domande di ricerca:

- I fattori personali e professionali incidono sul Burnout, Speranza e Resilienza?
- Variabili come la Resilienza e la Speranza, che impatto hanno sul Burnout?

## 2.2 OBIETTIVI

Lo studio si pone l'obiettivo primario di analizzare le esperienze vissute dalle figure professionali come: infermieri, OSS, psicologi e medici che operano nell'ambito delle Cure Palliative Pediatriche per identificare:

- Le correlazioni tra il livello di burnout, la resilienza e la speranza
- Analizzare quali variabili impattano positivamente o negativamente sul Burnout dell'operatore;
- Valutare, attraverso l'utilizzo di questionari validati, se alcune caratteristiche degli operatori sono protettive nei confronti del Burnout.

## CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

### 3.1 DISEGNO DELLA RICERCA

Per questo tipo di ricerca è stato utilizzato uno studio osservazionale prospettico attraverso la somministrazione di 3 questionari.

### 3.2 SETTING

La ricerca è stata effettuata presso l'Unità Operativa Complessa dell'Hospice Pediatrico dell'Azienda Ospedaliera di Padova. In tale U.O. prestano servizio tutti gli operatori sanitari che hanno partecipato alla ricerca.

### 3.3 POPOLAZIONE E CAMPIONE

I questionari sono stati distribuiti a tutti gli operatori sanitari presenti all'interno dell'Unità Operativa Complessa: infermieri, medici, psicologi, OSS, medico fisiatra. Per un totale di 26 operatori.

Hanno risposto in 22 persone.

### 3.4 STRUMENTI DI RICERCA

La raccolta delle informazioni, utili alla ricerca e realizzazione degli obiettivi posti, è stata effettuata attraverso la somministrazione di un plico che comprende:

- Parte anagrafica
- Maslach burnout Inventory
- Dispositional Resilience Scale
- Comprehensive State Hope Scale

#### 3.4.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY

Il questionario Maslach Burnout Inventory (MBI), in psicologia, è un questionario di 22 item, ognuno con 6 gradi di risposta su scala Likert. Ha il fine di valutare il livello di burn-out di un individuo.

Il test è stato sviluppato nel 1981 da Christina Maslach e Susan Jackson.

L'MBI è un questionario multidimensionale che affronta tre diversi campi della professionalità:

- Esaurimento emotivo (EE)
- Depersonalizzazione
- Ridotta realizzazione personale

Originariamente era rivolto alle professioni di aiuto, ovvero quelle mansioni che contemplano una notevole interazione emotiva tra l'operatore e l'utente (ad es. psicologi, operatori sociali e del volontariato, insegnanti, medici, ecc.) ma nel tempo il suo utilizzo si è ampliato verso tutti quei lavori e professioni che richiedono un costante contatto con il pubblico o con persone in stato di bisogno, riabilitazione e segregazione, producendo “fenomeni di stress e burnout che si verificano anche fra il personale di custodia nelle istituzioni segreganti e riabilitative”. Il modello che scaturisce dal MBI viene anche definito “modello Maslach”.<sup>20-21</sup>

Il Burnout viene normalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e di ridotta realizzazione personale, che può insorgere in coloro che svolgono una qualche attività “di aiuto”: dunque uno stato di malessere, di disagio, che consegue ad una situazione lavorativa percepita come stressante e che conduce gli operatori a diventare apatici, cinici con i propri “clienti”, indifferenti e distaccati dall'ambiente di lavoro. In casi estremi tale sindrome può comportare gravi danni psicopatologici e deteriora la qualità delle cure o del servizio prestato dagli operatori, provocando assenteismo e alto turnover.<sup>22</sup>

Il Burnout è incluso nell'undicesima revisione della Classificazione internazionale delle Malattie (ICD-11) come fenomeno professionale. Non è classificato come condizione medica.<sup>23</sup> L'organizzazione mondiale della sanità descrive il Burnout come “Il burn-out è una sindrome concettualizzata come risultato di uno stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo. È caratterizzata da tre dimensioni

- sensazione di esaurimento energetico o esaurimento;
- aumento della distanza mentale dal proprio lavoro, o sentimenti di negativismo o cinismo legati al proprio lavoro;
- riduzione dell'efficacia professionale.

Il burn-out si riferisce specificamente a fenomeni nel contesto lavorativo e non dovrebbe essere applicato per descrivere esperienze in altre aree della vita”<sup>24</sup>

Il MBI è composto da 22 item che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna individuata da una specifica scala. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da “mai” ed “ogni giorno”.

Le scale che costituiscono il MBI sono:

- Esaurimento emotivo, che esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;
- Depersonalizzazione, che misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio;
- Realizzazione personale, che valuta la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.<sup>23</sup>

Ha un punteggio massimo di 132. Per definire il livello di Burnout, vanno valutate le 3 sottoscale singolarmente.

#### 3.4.2 DISPOSITIONAL RESILIENCE SCALE 15 ITEM

La Dispositional Resilience Scale (DRS-15) a 15 item è uno strumento self-report breve, affidabile e valido per misurare la Hardiness (solidità psicologica). Il presente questionario non era presente in italiano fino allo sviluppo e validazione della versione italiana avvenuto nel 2012.

La versione italiana è stata prodotta utilizzando più traduttori bilingue indipendenti.

La Dispositional Resilience Scale a 15 item deriva da una versione a 53 item utilizzata dall'Università di Chicago nei primi anni Ottanta. Con l'aggiunta di nuovi item e l'eliminazione di quelli scadenti è stata sviluppata una nuova scala a 50 item.<sup>25</sup> Un ulteriore affinamento psicometrico con campioni militari ha portato a una versione a 45 e poi 30 item.<sup>25</sup> Infine, un'attenta analisi degli item e dell'affidabilità con campioni militari di genere misto ha portato a una versione a 15 item che ha mostrato una buona affidabilità e un'adeguata validità criterio-correlata e predittiva

in diversi campioni, sia per quanto riguarda la salute sia per le prestazioni in condizioni di stress elevato.<sup>26-27</sup>

In questa scala i 15 item hanno 4 gradi di risposta su scala Likert, 1 per niente vero, 2 un poco vero, 3 abbastanza vero, 4 completamente vero. Ha un punteggio massimo di 60 e un punteggio minimo di 15.<sup>28</sup>

### 3.4.3 COMPREHENSIVE STATE HOPE SCALE

La Comprehensive State Hope Scale (CHS-S) è composta da 40 item. Una scala Likert a 5 punti indica i livelli di speranza, da nessuno (0) a estremamente forte (4). I 40 item riflettono 10 sottoscale che si raggruppano in quattro cluster più ampi.<sup>29</sup>

- Cluster della padronanza, che comprende:
  - o Guadagni finali (UG; item campione: “mi sento fiducioso nel raggiungimento di un importante obiettivo di vita”)
  - o Sforzi sostenuti (SS; item campione: “sono in grado di fare affidamento su un aiuto esterno per raggiungere i miei obiettivi”).
- Cluster dell’attaccamento, che comprendo:
  - o Legame interpersonale (IB; item campione: “mi sento molto vicino a un amico o a un familiare”)
  - o Esperienze di fiducia (TE; item campione: “ho difficoltà a fidarmi delle persone”, punteggio invertito)
- Cluster della sopravvivenza, che comprende:
  - o Riduzione della paura (FR; item campione: “le mie emozioni sono sotto controllo”)
  - o Esperienze di liberazione (LE; item campione: “mi sento ‘intrappolato’ in qualche parte della mia vita”)
  - o Sicurezza interpersonale (IA; item campione: “un buon modo per ridurre lo stress è trascorrere del tempo con i miei amici e/o la mia famiglia”)
- Cluster spirituale, che comprende:

- Ispirazione spirituale (SI; item campione: “ho usato la preghiera o la meditazione per aiutarmi a raggiungere un obiettivo importante”)
- Presenza spirituale (SP; item campione: “mi sono sentito connesso a una forza spirituale”)
- Sicurezza spirituale (SA; voce campione: “ho usato la preghiera o la meditazione per aiutarmi a ridurre le mie preoccupazioni”)

Il CHS-S è anche divisibile in tre scale secondarie più ampie, speranza non spirituale (somma di attaccamento, sopravvivenza e padronanza), speranza spirituale e speranza totale.<sup>30</sup>

### 3.5 RACCOLTA DATI

La raccolta dei dati, avvenuta tramite la somministrazione dei questionari, è stata effettuata nel periodo compreso tra il 1 Giugno 2022 e il 30 Giugno 2022

### 3.6 ANALISI DEI DATI

Con riferimento a ciascuna variabile analizzata attraverso il questionario (caratteristiche dei rispondenti, score dei singoli item e delle dimensioni delle tre scale utilizzate) sono state calcolate le distribuzioni assolute e percentuali dei rispondenti, oltre ai principali indicatori di centralità e di variabilità.

La valutazione delle differenze nei punteggi delle dimensioni/questionari ottenuti da gruppi di rispondenti diversificati secondo le principali caratteristiche (genere, età, età lavorativa in UOC, turno notturno/festivi, lavoro fuori orario, hobby, religiosità) è stata fatta mediante l'applicazione di test parametrici (T test) e non parametrici (test U di Mann-Whitney), previa verifica della normalità delle distribuzioni delle variabili in esame.

E' stato considerato statisticamente significativo un valore di  $p < 0,05$  (test a due code). Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il software statistico IBM SPSS (Vers. 20.0).

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate dal Dott. Fabio Vittadello.



## CAPITOLO 4: RISULTATI

In seguito, verranno riportati i quesiti posti al campione di operatori sanitari presi in esame, e la rielaborazione delle risposte ottenute.

### 4.1 INFORMAZIONI GENERICHE

		Conteggio	% casi colonna
SESSO	M	2	9,1%
	F	19	86,4%
	N.r.	1	4,5%
	Totale	22	100,0%
FAMIGLIA	figli	2	9,1%
	figli, animale	3	13,6%
	figli, partner	2	9,1%
	figli, partner, animale	2	9,1%
	figli, partner, animali	5	22,7%
	figli, partner, animali, persone fragili	1	4,5%
	figli, partner, persone fragili	2	9,1%
	N.r.	2	9,1%
	partner	2	9,1%
	persone fragili	1	4,5%
Totale	22	100,0%	
HOBBY	No	9	40,9%
	Sì	13	59,1%
	Totale	22	100,0%
RELIGIOSITA'	No	10	45,5%
	Sì	12	54,5%
	Totale	22	100,0%

Tabella I dati socio-anagrafici

		ETA'
N	Validi	20
	Mancanti	2
Media		43,25
Deviazione std.		9,607
Minimo		25
Massimo		58
Percentili	25	35,25
	50	45,50
	75	49,75

I partecipanti presi in esame sono maggiormente femmine, con una percentuale del 86,4%.

La maggior parte di loro hanno dichiarato di avere figli, un partner e un animale domestico.

Il 59,1% ha dichiarato di avere un Hobby nel proprio tempo libero.

La maggior parte dei partecipanti dichiara di avere una propria religiosità con una percentuale di 54,5%.

Su 22 partecipanti allo studio, in 22 hanno dichiarato la loro età.

L'età media dei partecipanti è 43,25

Tabella II statistiche relative all'età

anni, con un range di età compreso tra 25 e 58 anni.

#### 4.2 AMBITO LAVORATIVO-PROFESSIONALE

	conteggio	% casi colonna
PROFESSIONE	infermiere	14 63,6%
	medico	5 22,7%
	OSS	1 4,5%
	psicologo	2 9,1%
	Totale	22 100,0%
TIPO DI LAVORO	full time	21 95,5%
	part time	1 4,5%
	Totale	22 100,0%
ISTRUZIONE	N.r.	1 4,5%
	diploma	5 22,7%
	magistrale	2 9,1%
	magistrale + 2 master	1 4,5%
	magistrale + master	3 13,6%
	magistrale+ master	2 9,1%
	triennale	5 22,7%
	triennale+ 2 master	1 4,5%
	triennale+ master	2 9,1%
	Totale	22 100,0%
NOTTURNO FESTIVI	No	6 27,3%
	Sì	16 72,7%
	Totale	22 100,0%
LAVORO FUORI ORARIO	No	3 13,6%
	Sì	19 86,4%
	Totale	22 100,0%

Tabella III dati professionali

In ambito professionale, i partecipanti allo studio si dividono in:

- Medici: 22,7%
- Infermieri: 63,6%
- OSS: 4,5%
- Psicologi: 9,1%

La maggior parte di loro ha un lavoro full time con una percentuale del 95,5%.

Per quanto riguarda l'istruzione, si riscontra una parità tra chi possiede solo il diploma e chi possiede la laurea triennale.

La maggior parte dei partecipanti dichiara di lavorare durante l'orario notturno e festivo con una percentuale del 72,7 %, confermando inoltre di lavorare anche fuori dal proprio orario lavorativo.

		ANNI LAVORATIVI IN UOC
N	Validi	21
	Mancanti	1
Media		7,824
Deviazione std.		8,1775
Minimo		0,0
Massimo		35,0
Percentili	25	1,250
	50	5,000
	75	12,000

Sulla base di 22 partecipanti, in 21 anno risposto alla domanda “da quanti anni lavori in questa UOC”

Si riscontra una media di anni lavorativi di 7,824 in un range che parte da meno di un anno ad un massimo di 35 anni.

Tabella IV dati anni lavorativi

### 4.3 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Il questionario di Maslach contiene 22 item divisi in tre sottoscale con punteggio indipendente, utili a classificare il livello di Burnout.

#### 4.3.1 DEPERSONALIZZAZIONE

##### MASLACH depersonalizzazione (Deperso) Classi

Validi		Frequenza	Percentuale	Percentuale	
				valida	cumulata
	Basso	2	9,1	9,1	9,1
	Moderato	13	59,1	59,1	68,2
	Alto	7	31,8	31,8	100,0
	Totale	22	100,0	100,0	

Tabella V depersonalizzazione

Facendo riferimento ai valori riscontrati, e alle linee guida (vedi allegato) si ha un grado di Burnout:

- Lieve se < 5
- Moderata se compresa tra 6 e 12
- Alto se > 12.

Con i dati ottenuti si nota che:

- Lieve: 2 operatori
- Moderato: 13 operatori
- Alto: 7 operatori

#### 4.3.2 ESAURIMENTO EMOTIVO

##### **MASLACH esaurimento emotivo (EE) Classi**

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Basso	11	50,0	50,0	50,0
	Moderato	9	40,9	40,9	90,9
	Alto	2	9,1	9,1	100,0
	Totale	22	100,0	100,0	

Tabella VI esaurimento emotivo

Facendo riferimento all'EE, si ha un grado di Burnout:

- Lieve se < 17
- Moderato se compreso tra 18 e 29
- Alto se >30

Con i dati ottenuti si nota che:

- Lieve: 11 operatori
- Moderata: 9 operatori
- Alto: 2 operatori

#### 4.3.3 GRATIFICAZIONE PERSONALE (GP)

##### **MASLACH gratificazione personale (GP) Classi**

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Basso	1	4,5	4,5	4,5
	Moderato	2	9,1	9,1	13,6
	Alto	19	86,4	86,4	100,0
	Totale	22	100,0	100,0	

Tabella VII gratificazione personale

Facendo invece riferimento alla gratificazione personale (GP) si ha un grado di Burnout:

- Lieve se > 40
- Moderato se compreso tra 34 e 39
- Alto se > 34

Con i dati ottenuti, si mostra come gli operatori abbiano un rischio:

- Lieve: 1 operatore
- Moderato: 2 operatori
- Alto: 12 operatori

#### 4.4 DISPOSITIONAL RESILIENCE SCALE (DRS)

<b>DRS-15 TOTALE</b>					
		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	
Validi	32	2	9%	9%	
	33	1	5%	5%	
	35	1	5%	5%	
	37	1	5%	5%	
	39	2	9%	9%	
	40	6	27%	27%	
	41	1	5%	5%	
	42	3	14%	14%	
	43	2	9%	9%	
	44	1	5%	5%	
	45	1	5%	5%	
	47	1	5%	5%	
	Totale		22	100%	100%

Per quanto riguarda la scala DRS-15, abbiamo ottenuto punteggi variabili. Con un punteggio minimo di 32 un punteggio massimo di 47.

La maggior parte dei partecipanti ha ottenuto un punteggio di 40 con la percentuale del 27%.

Tabella VIII DRS-15

#### 4.5 COMPREHENSIVE STATE HOPE SCALE

<b>CHS_S_TOTAL</b>					
		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	63	1	4,5	4,5	4,5
	71	1	4,5	4,5	9,1
	75	1	4,5	4,5	13,6
	80	1	4,5	4,5	18,2
	81	1	4,5	4,5	22,7
	84	2	9,1	9,1	31,8
	87	1	4,5	4,5	36,4
	88	2	9,1	9,1	45,5
	90	2	9,1	9,1	54,5
	96	1	4,5	4,5	59,1
	105	3	13,6	13,6	72,7
	109	1	4,5	4,5	77,3
	116	1	4,5	4,5	81,8
	117	1	4,5	4,5	86,4
	118	1	4,5	4,5	90,9
	125	1	4,5	4,5	95,5
	141	1	4,5	4,5	100,0
	Totale		22	100,0	100,0

Per la CHS-S abbiamo ottenuto punteggi compresi tra 63 (valore minimo) e 141 (valore massimo).

Non risulta esserci una maggioranza poiché quasi tutti i partecipanti hanno ottenuto valori diversi.

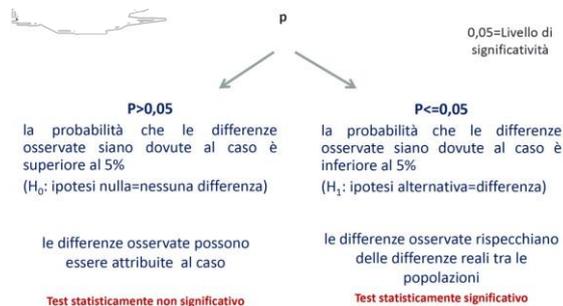
Tabella IX CHS-S

#### 4.6 CORRELAZIONI

Tra le diverse scale (MBI, CHS-S e DRS-15) e le informazioni generiche sono stati fatti degli incroci per evidenziare, qualora ci fossero, delle correlazioni.

#### 4.6.1 CORRELAZIONI TRA I QUESTIONARI E LE INFORMAZIONI GENERICHE

Per evidenziare l'ottenimento di dati statisticamente significativi è stato utilizzato il test d'ipotesi, che consente di verificare se, e quanto, una determinata ipotesi è supportata dall'evidenza empirica.



Per quanto riguarda il sesso, i partecipanti sono stati divisi in maschi (M) e femmine (F) e successivamente incrociati con ogni scala

Con l'incrocio effettuato con le 3 scale, non si sono ottenuti risultati statisticamente significativi in quanto abbiamo ottenuto valori come:

- MBI:  $p = ,906$
- CHS-S:  $p = ,091$
- DRS-15:  $p = ,766$

Lo stesso si valuta analizzando gli incroci tra l'età dei partecipanti e i questionari. Si sono ottenuti valori come:

- MBI:  $p = ,800$
- CHS-S:  $p = ,668$
- DRS-15:  $p = ,221$

Gli anni lavorativi in UOC (unità operativa complessa) mostrano invece un'influenza nel punteggio totale della scala DRS-15 dove abbiamo  $p = ,010$  e i partecipanti sono stati divisi in bassa anzianità lavorativa  $< 5$  anni e alta anzianità lavorativa  $> 5$  anni.

Non risultano influenzare le altre due scale CHS-S ( $p = ,111$ ) e MBI ( $p = ,657$ ).

Il lavoro notturno e nei giorni festivi mostrano un'influenza nel punteggio totale della scala MBI e più precisamente nella sua sotto-scala "esaurimento emotivo" (EE) con una  $p = ,006$ .

Influenza, inoltre, la scala CHS-S nello specifico il suo sottogruppo "trust" con  $p = ,021$ .

Mentre non ha nessun tipo di influenza per la scala DRS-15. Lavorare fuori dal proprio orario lavorativo e avere un hobby, non apportano particolari modifiche ai punteggi delle 3 scale.

Ultima caratteristica analizzata è la religiosità. Essa risulta essere statisticamente significativa per la scala CHS-S, precisamente nella sua sotto-scala “spirituality” avendo  $p = ,001$ .

Si noti come questa caratteristica influenzi anche la scala DRS-15, avendo  $p = ,007$ .

Mentre non influisce nei punteggi totali della scala MBI.

#### 4.6.2 CORRELAZIONI TRA I QUESTIONARI

##### Correlazioni

			MASLACH depersonalizzazione (Deperso)	MASL ACH esaurimento emotivo (EE)	MASL ACH gratificazione personale (GP)	MASL ACH TOTALE	DRS_15 _TOTAL	CHS_S_Relationships_ and_social_support	CHS_S_s pirituality	CHS_ S_trust	CHS_S_Self _realization	CHS_S_ TOTAL
Rho di Spea rman	MASLACH depersonalizzazione (Deperso)	Coefficiente di correlazione	1,000	,605**	,444*	,809**	-,108	,103	-,310	,380	-,128	-,164
		p		,003	,039	,000	,633	,647	,160	,081	,570	,466
		N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
	MASLACH esaurimento emotivo (EE)	Coefficiente di correlazione		1,000	,229	,776**	,094	-,004	-,065	,351	-,044	-,074
		p			,305	,000	,676	,985	,772	,109	,847	,745
		N		22	22	22	22	22	22	22	22	22
	MASLACH gratificazione personale (GP)	Coefficiente di correlazione			1,000	,707**	,143	,170	,075	,009	,125	,164
		p				,000	,526	,449	,741	,969	,579	,466
		N			22	22	22	22	22	22	22	22
	MASLACH TOTALE	Coefficiente di correlazione				1,000	,099	,120	-,103	,236	,026	-,011

	p		,662	,594	,647	,290	,908	,962
	N	22	22	22	22	22	22	22
DRS_15_TOTAL	Coefficiente di correlazione		1,000	,270	,551**	-,260	,521*	,498*
	p			,224	,008	,243	,013	,018
	N		22	22	22	22	22	22
CHS_S_Relationships_and_social_support	Coefficiente di correlazione			1,000	,545**	-,206	,547**	,797**
	p				,009	,358	,008	,000
	N			22	22	22	22	22
CHS_S_spirituality	Coefficiente di correlazione				1,000	-,316	,633**	,888**
	p					,152	,002	,000
	N				22	22	22	22
CHS_S_trust	Coefficiente di correlazione					1,000	-,484*	-,183
	p						,022	,416
	N					22	22	22
CHS_S_Self_realization	Coefficiente di correlazione						1,000	,729**
	p							,000
	N						22	22

CHS_S_TOTAL	Coefficiente di correlazione	
	p	
	N	22

Tabella X correlazioni tra i 3 questionari

- In grigio: correlazioni del questionario con se stesso
- In azzurro: correlazioni del questionario con le sue dimensioni
- In giallo: correlazioni significative di questionario diversi

## CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

La ricerca ha raccolto 22 risposte di operatori sanitari appartenenti all'Hospice pediatrico di Padova rispetto a 26 operatori presenti (84%).

Il 63,6% del campione analizzato è composto da infermieri, il 22,7% da medici, il 4,5% da OSS e il 9,1% da psicologi.

La maggioranza degli operatori presi in esame ha un'età compresa tra i 25 e 58 anni, dato che giustifica l'ampio range che si crea valutando gli anni lavorativi in UOC. Nel 61,9% dei questionari raccolti viene riportata un'anzianità di servizio inferiore a 10 anni. Il 59,1% dei partecipanti ha dichiarato di avere un hobby al di fuori dell'orario lavorativo. Mentre il 54,5% ha dichiarato di avere delle credenze e quindi una religiosità attiva.

### 5.1 MBI

La scala di Maslach non ha portato ad un risultato univoco tra i partecipanti, e non ha quindi creato una maggioranza. Ogni operatore ha avuto un punteggio diverso, con un range da 23 punti a 88 punti. Inoltre, il punteggio complessivo del questionario non indica una situazione di Burnout.

Vengono però, prese in considerazione le diverse sotto-scale che, in base ai punteggi sopra elencati, indicano un rischio elevato, moderato o lieve di sviluppare Burnout.

- Depersonalizzazione: per quanto riguarda la depersonalizzazione, si mostra come la maggior parte degli operatori presi in analisi (59,1%) abbiano un rischio moderato di sviluppare Burnout, mentre il 31,8% mostra un rischio alto. (tab. V)
- Esaurimento Emotivo (EE): valutando la sotto-scala dell'esaurimento emotivo notiamo come il 50% mostra un rischio lieve, mentre il restante 50% mostra un rischio moderato/alto di sviluppare Burnout. (tab. VI)
- Gratificazione personale (GP): per la gratificazione personale valutiamo che il 95,5% mostrano un rischio moderato/alto di sviluppare Burnout. (tab. VII)

In sintesi, si può dedurre che la maggior parte degli operatori che hanno compilato il questionario mostra un rischio moderato/alto di sviluppare Burnout.

Non sono state evidenziate caratteristiche che spiegano quanto sopra segnalato. L'unico dato analizzato che risulta influenzare la scala di Maslach è il lavoro durante l'orario notturno o durante i giorni festivi.

Questo dato può essere letto con chiave psicologica, ovvero che l'uomo in generale non è abituato a lavorare durante i festivi, che così chiamati indicano riposo.

Ma può anche derivare dal fatto che durante l'orario notturno gli operatori si trovano a lavorare da soli, quindi a dover gestire le emergenze autonomamente.

## 5.2 DRS-15

Per quanto riguarda la scala DRS-15, abbiamo ottenuto punteggi variabili. Con un punteggio minimo di 32 un punteggio massimo di 47.

La maggior parte dei partecipanti ha ottenuto un punteggio di 40 con la percentuale del 27%.

Il punteggio medio è 39,5.

Dai dati ottenuti e incrociati, si dimostra come gli anni lavorati in UOC influenzino il punteggio della scala, ottenendo una  $p: ,010$  (test d'ipotesi) ovvero un dato statisticamente significativo.

La popolazione per essere analizzata è stata divisa in due gruppi: bassa anzianità lavorativa (<5 anni) che equivale al 57,1% e alta anzianità lavorativa (> 5 anni) che corrisponde 42,9%.

Altro dato che influenza i punteggi della scala DRS-15 è il fattore religiosità. Ovvero chi ha dichiarato di avere delle credenze e quindi una religiosità attiva (55%), presenta punteggi molto diversi rispetto a chi ha dichiarato di non avere una religiosità (45%). Si ottiene così una  $p: ,007$ . La media, infatti si distacca molto tra chi crede e chi non crede, la media dei punteggi della scala in relazione a chi crede è 41,92 mentre in relazione a chi non crede è 37,3

### 5.3 CHS-S

Per la CHS-S abbiamo ottenuto punteggi compresi tra 63 (valore minimo) e 141 (valore massimo).

Non risulta esserci una maggioranza poiché quasi tutti i partecipanti hanno ottenuto valori diversi.

Si ottiene un punteggio medio di 102. La maggior parte (55%) ha ottenuto un punteggio compreso tra 84 e 109.

Anche questa scala viene divisa in sotto-gruppi, non per valutare il livello di speranza ma per individuare gli ambiti e gli argomenti.

- Relationships and social support
- Trust ovvero fiducia. Questo ambito risulta essere influenzato dal lavoro durante i giorni festivi e gli orari notturni. Il 27,3% ha dichiarato di non lavorare durante i festivi/orario notturno, ottenendo un punteggio medio del sotto-gruppo di 19,5, mentre il restante 72,7% della popolazione ha dichiarato di lavorare durante i giorni festivi/orario notturno, ottenendo un punteggio medio del sotto-gruppo di 16,19. Da questo si deduce come questa caratteristica incida sul livello di fiducia in se stessi, chi non lavora durante i giorni festivi e durante l'orario notturno ha livelli più alti di fiducia in se stesso. Otteniamo così  $p: ,021$ .
- Spirituality: questo ambito risulta essere influenzato dalla religiosità. La maggior parte della popolazione (55%) ha dichiarato di credere e di avere una religiosità attiva mentre il restante 45% della popolazione ha dichiarato di non avere una religiosità. I punteggi del sotto-gruppo risultano molto distanti tra chi crede e chi non crede. Il punteggio medio tra chi crede risulta essere 32,83 mentre il punteggio medio tra chi non crede è pari a 17,4. Si noti come i due punteggi siano distanti e chi crede ha una spiritualità maggiore. È dimostrato ottenendo  $p: ,001$ .
- Self realization: realizzazione di sé stessi, anche questo ambito è influenzato dalla religiosità. Si mostra come chi possiede una religiosità abbia un punteggio medio del sotto-gruppo di 18,83 mentre chi non crede ha un punteggio medio di 15,3. Questo dimostra che l'avere un

qualcosa in cui credere o una religiosità attiva migliora la realizzazione di sé stessi.

La religiosità, inoltre, influenza di conseguenza anche il punteggio totale della scala CHS-S, portando dei punteggi medi più bassi per chi non crede (83,2) e dei punteggi medi più alti per chi crede (107,17).

Possiamo quindi affermare che il fattore religiosità incide sui valori della speranza e che quindi abbiamo una correlazione positiva. All'aumentare della religiosità (x) aumentano i livelli di speranza (y).

#### 5.4 CORRELAZIONI TRA SCALE

Le 3 scale sono state successivamente incrociate per evidenziare, talora ci fossero, caratteristiche che possano influenzarsi tra loro. (guardi tab X)

Guardando la tabella sopra inserita, si può dedurre come i due questionari DRS-15 e CHS-S si influenzino tra loro, non influenzando a loro volta il questionario MBI. Per queste analisi è stato utilizzato l'indice di correlazione per ranghi di Spearman, che è una misura statistica non parametrica di correlazione. Essa misura il grado di correlazione tra due variabili ordinabili.

Viene anche calcolato il coefficiente di correlazione che può assumere valori compresi tra -1 e +1, se il suo valore è 0, non c'è correlazione lineare tra le due variabili. Il punteggio totale del DRS-15 risulta influenzare il punteggio totale della CHS-S mostrando un coefficiente di correlazione pari a ,498 e  $p: ,018$ . Un valore così del coefficiente di correlazione indica che si ha una correlazione moderata, considerando che per avere una correlazione forte  $r > 0,7$  o  $r < -0,7$ . Oltre a influenzare il punteggio totale, il valore totale della DRS-15 influenza anche le dimensioni della scala CHS-S che sono spiritualità ( $r: ,551$  e  $p: ,008$ ) e realizzazione di sé stessi ( $r: ,521$  e  $p: ,013$ ). Entrambi hanno una correlazione moderata confermata da  $p$  che indica che le ipotesi non sono attribuibili al caso.

#### 5.5 LIMITI

Tra i limiti dello studio troviamo la numerosità del campione analizzato, motivo per il quale risulterebbe utile riproporre lo studio su una popolazione più ampia e magari multicentrica.

Altro limite potrebbe essere l'esiguità del campione di soggetti maschi rispetto alle femmine. Con l'86,4% di femmine lo studio non può essere generalizzabile

alla popolazione maschile. Inoltre, l'aver trovato poche ricerche in questo ambito nella letteratura, ha permesso pochi confronti.

Altri ambiti da espandere ulteriormente sono stati la diversificazione professionale, in quanto il nostro campione era formato da gruppi non omogenei come numerosità; il livello di istruzione, poiché la quasi totalità della popolazione ha una base di laurea e il tipo di impegno lavorativo perché il 95,5% ha un impiego full time e quindi non è stato possibile il confronto con gli operatori in part time.

## CAPITOLO 6: CONCLUSIONI

Le difficoltà psico-emotive e relazionali vissute dall'operatore all'interno di contesti complessi quali le Cure Palliative Pediatriche, di cui parla in modo esteso la letteratura, si evidenziano anche nel presente studio.

Inoltre, la letteratura evidenzia che esistono pochi programmi che si concentrano sulla comprensione dei processi cognitivi e affettivi degli operatori nei Centri di CPP che possano influenzare il modo di rispondere a situazioni difficili e potenzialmente stressanti. Dal nostro studio emerge come caratteristiche tipo la religiosità e quindi credenze e sentimenti siano importanti e fulcro dell'essere di una persona e quindi di particolare importanza per un operatore sanitario impiegato in un Centro di CPP.

Dallo studio si evince inoltre che la popolazione che lavora durante i giorni festivi e/o in orari notturni abbia alti livelli di esaurimento emotivo (EE) quindi uno stato più a rischio per EE. Questo è confermato dalla letteratura e può essere giustificato dall'elevato turnover e quindi da turni più stressanti. A conferma di questo, molti studi hanno dimostrato che grand parte degli infermieri intendevano lasciare la professione in meno di un anno a causa dello stress sul posto di lavoro.

Alle domande di ricerca che ci siamo posti rispondiamo:

- Fattori personali e professionali incidono sul burnout, speranza e resilienza.
- Variabili come resilienza e speranza hanno poco impatto su Burnout, ma hanno un impatto tra di loro.

Risulta quindi utile e auspicabile espandere la ricerca su una popolazione più ampia e magari anche in località differenti al fine di poter confermare i risultati preliminari da noi evidenziati.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. World Health Organization, 1998. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42001>
2. Fraser LK, Bluebond-Langner M, Ling J. Advances and challenges in European Paediatric Palliative Care. *Med Sci (Basel)* 2020; 8: 20.
3. Scarani, Roberto. «Le cure palliative pediatriche nel mondo: analisi della letteratura», s.d., 6.
4. Benini F, Cauzzo C, Congedi S, et al. Training in pediatric palliative care in Italy: still much to do. *Ann Ist Super Sanita* 2019; 55: 240-5.
5. Benini F, De Tommasi V, De Zen L, et al. Il Core Curriculum in Cure Palliative Pediatriche del Medico, dell'Infermiere e dello Psicologo. 2014. Available from [www.sicp.it/aggiornamento/core-curriculum/2014/09/il-core-curriculum-in-terapia-del-dolore-e-cure-palliative-pediatriche/](http://www.sicp.it/aggiornamento/core-curriculum/2014/09/il-core-curriculum-in-terapia-del-dolore-e-cure-palliative-pediatriche/)
6. Lazzarin, Pierina, Luca Giacomelli, Lilia Biscaglia, Irene Terrenato, e Franca Benini. «La valutazione della complessità assistenziale in cure palliative pediatriche», s.d., 4.
7. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. «Repertorio atto n. 30/CSR». Consultato 18 giugno 2022. <http://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2021/seduta-del-25032021/atti/repertorio-atto-n-30csr/>
8. Regioni.it. «CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 25.07.2012: Intesa di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore», 3 agosto 2012. <http://www.regioni.it/sanita/2012/08/03/conferenza-stato-regioni-del-25-07-2012-intesa-di-definizione-dei-requisiti-minimi-e-delle-modalita-organizzative-necessari-per-laccreditamento-delle-strutture-di-assistenza-ai-malati-in-fas-264532/>.
9. SICP. «Documento “Complessità e cure palliative”», 10 luglio 2019. <https://www.sicp.it/documenti/sicp/2019/07/documento-complessita-e-cure-palliative/>

10. Cohen, Eyal, Dennis Z. Kuo, Rishi Agrawal, Jay G. Berry, Santi K. M. Bhagat, Tamara D. Simon, e Rajendu Srivastava. «Children With Medical Complexity: An Emerging Population for Clinical and Research Initiatives». *Pediatrics* 127, n. 3 (marzo 2011): 529–38. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0910>.
11. The Association for Children with Life-limiting and Terminal Illness e il Royal College of Paediatrics and Child Health 2004
12. Feudtner, Chris, Tammy I. Kang, Kari R. Hexem, Stefan J. Friedrichsdorf, Kaci Osenga, Harold Siden, Sarah E. Frieber, Ross M. Hays, Veronica Dussel, e Joanne Wolfe. «Pediatric Palliative Care Patients: A Prospective Multicenter Cohort Study». *Pediatrics* 127, n. 6 (1 giugno 2011): 1094–1101. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3225>.
13. Inglin, Susanne, Rainer Hornung, e Eva Bergstraesser. «Palliative Care for Children and Adolescents in Switzerland: A Needs Analysis across Three Diagnostic Groups». *European Journal of Pediatrics* 170, n. 8 (agosto 2011): 1031–38. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1398-5>.
14. Meyer, Elaine C., Marilyn D. Ritholz, Jeffrey P. Burns, e Robert D. Truog. «Improving the Quality of End-of-Life Care in the Pediatric Intensive Care Unit: Parents' Priorities and Recommendations». *Pediatrics* 117, n. 3 (marzo 2006): 649–57. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0144>
15. SICP. «Conferenza di consenso - Le cure palliative pediatriche: dalla diagnosi di inguaribilità al lutto», 28 aprile 2016. <https://www.sicp.it/documenti/sicp/2016/04/conferenza-di-consenso-le-cure-palliative-pediatriche-dalla-diagnosi-di-inguaribilita-al-lutto/>
16. F. Pellegatta, L. Dezen, P. Lazzarini, M. Jankovic, M. Bertolotti, L. Manfredini, A. Aprea, F. Benini, La definizione di inguaribilità nelle cure palliative pediatriche, *Medico e bambino*, 9/2016.
17. Center to Advance Palliative Care. Available at: [www.capc.org](http://www.capc.org). Accessed June 21, 2006
18. End-of-Life Nursing Education Consortium. End-of-life care. Available at: [www.aacn.nche.edu/ELNEC](http://www.aacn.nche.edu/ELNEC). Accessed June 21, 2006

19. Ghawadra SF, Abdullah KL, Choo WY, Phang CK. Psychological distress and its association with job satisfaction among nurses in a teaching hospital. *J Clin Nurs*. 2019;28(21-22):4087-97.
20. Maslach C., Jackson S.E., (1981) *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (tr. it. a cura di Sirigatti S., Stefanile S., (1993) *MBI Maslach Burnout Inventory. Adattamento italiano*. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze).
21. Boccadoro L., Carulli S., (2008) *Il posto dell'amore negato*. Edizioni Tecnoprint, Ancona. [ISBN 978-88-95554-03-7](https://www.isbn.it/9788895554037)
22. Maslach C., Leiter M.P., (1997) *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass, San Francisco (tr. it.: *Burnout e organizzazione: Modificare i fattori strutturati della motivazione al lavoro*. Erickson, Trento, 2000).
23. Maslach, C., (1994), *Maslach Burnout Inventory*, Organizzazioni speciali, Firenze
24. «Burn-out an “Occupational Phenomenon”: International Classification of Diseases». Consultato 15 agosto 2022. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
25. Bartone PT. Predictors of stress-related illness in city bus drivers. *J Occup Med* 1989; 31: 657-63.
26. Bartone PT. A short hardiness scale. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Society, New York, July 1995.
27. Bartone PT. Test-retest reliability of the Dispositional Resilience Scale-15, a brief hardiness scale. *Psychol Reports* 2007; 101: 943-44
28. Picardi, Angelo, Paul T Bartone, Raffaella Querci, Daniela Bitetti, Lorenzo Tarsitani, Valentina Roselli, Annalisa Maraone, et al. «Development and Validation of the Italian Version of the 15-Item Dispositional Resilience Scale». *Rivista Di Psichiatria*, 2012, 7.
29. Magnano, Paola, Santo Di Nuovo, Anthony Scioli, e Donatella Di Corrado. «A Study of the Comprehensive State Hope Scale in Italian Culture». *TPM -*

Testing, *Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, n. 26 (giugno 2019): 287–304. <https://doi.org/10.4473/TPM26.2.8>.

30. Scioli, A., Ricci, M., Nyugen, T., & Scioli, E. R. (2011). Hope: Its nature and measurement. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3, 78-97. doi:10.1037/a0020903

## ALLEGATI

## ALLEGATO N°1

### Caratteristiche Anagrafiche e Professionali

1. SESSO\*

- M  F  
 ALTRO

2. ETA' \* .....

3. LIVELLO DI ISTRUZIONE\*  Diploma

- Laurea triennale  Laurea magistrale

- Master (se si, specificare la denominazione del master:

.....  
.....)

4. PROFESSIONE\*

- Infermiere  Medico  
 Psicologo  OSS

5. TIPOLOGIA DI LAVORO\*  Part Time

- Full time

6. IL TUO TURNO DI LAVORO PREVEDE ANCHE ATTIVITA' NOTTURNA O DURANTE I FESTIVI? \*

- si  
 no

7. TI CAPITA DI LAVORARE ANCHE FUORI DAL TUO ORARIO DI LAVORO? (sera, week-end, festivi)\*

- si  
 no

8. DA QUANTI ANNI LAVORI IN QUESTA UOC? (indica gli anni esatti)

\* .....

### Caratteristiche Personali

9. COMPOSIZIONE FAMILIARE (indica con una crocetta se nella tua famiglia sono presenti uno o più di queste figure): \*

Figlio o figli

Partner  Animali domestici

Persone fragili a carico (es. genitori non autosufficienti, minori, altre persone anziane)

10.SVOLGI DELLE ATTIVITA' RICREATIVE O HAI DEGLI HOBBY? \*

Si  No

11.TI REPUTI UNA PERSONA SPIRITUALE E/O RELIGIOSA? \*

Si  No

## ALLEGATO N°2

### Questionario MASLACH del Burn Out

<b>Domande</b>	<b>Quanto spesso?</b>
1. Mi sento coinvolta/o emotivamente nel mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
2. Alla fine di una giornata lavorativa mi sento un oggetto	0 1 2 3 4 5 6
3. Mi sento stanca/o sin dal mattino all'idea di dover affrontare un altro giorno di lavoro	0 1 2 3 4 5 6
4. Mi immedesimo facilmente nei sentimenti dei miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
5. Mi accorgo di trattare alcuni pazienti come degli oggetti	0 1 2 3 4 5 6
6. Lavorare con la gente tutto il giorno per me è un vero stress	0 1 2 3 4 5 6
7. Affronto molto bene i problemi dei miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
8. Mi sento consumata/o dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
9. Mi sento positivamente influenzato dal vissuto degli altri nel mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
10. Sono diventata/o più insensibile verso gli altri da quando faccio questo lavoro	0 1 2 3 4 5 6
11. Mi preoccupa che questo lavoro mi stia indurendo	0 1 2 3 4 5 6
12. Mi sento piena/o di energia	0 1 2 3 4 5 6
13. Mi sento molto frustrata/o dal mio lavoro	0 1 2 3 4 5 6
14. Non mi interessa quello che succede ai miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
15. Mi sembra di lavorare troppo	0 1 2 3 4 5 6
16. Lavorare a diretto contatto con la gente è molto stressante	0 1 2 3 4 5 6
17. Riesco facilmente a creare un'atmosfera rilassata con i miei pazienti	0 1 2 3 4 5 6
18. Mi sento esaurita/o dopo una giornata di lavoro a contatto con i pazienti	0 1 2 3 4 5 6
19. Ho avuto molte gratificazioni da questo lavoro	0 1 2 3 4 5 6
20. Mi sento sul ciglio del baratro	0 1 2 3 4 5 6
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con molta calma	0 1 2 3 4 5 6
22. Mi sembra che i pazienti si sfoghino con me dei loro problemi	0 1 2 3 4 5 6

## ALLEGATO N°3

Development and validation of the Italian version of the DRS-15

Table 2. The Italian version of the DRS			
<b>DRS-15</b>			
<i>Copyright (c) 2005-2009 by Paul T. Bartone, all rights reserved</i>			
<b>Istruzioni per la compilazione</b>			
Sono elencate qui sotto alcune affermazioni sulla vita sulle quali le persone spesso la pensano diversamente. Per favore, indichi con una crocetta la casella che meglio descrive quanto ritiene che ciascuna affermazione sia vera. Dia sinceramente le sue opinioni, non ci sono risposte giuste o sbagliate.			
<b>1. La maggior parte della mia vita è impiegata per fare cose utili.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>2. Pianificare in anticipo può aiutare a evitare la maggior parte dei problemi futuri.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>3. Non mi piace fare cambiamenti al mio programma quotidiano.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>4. Non ha importanza lavorare sodo, perché solo i capi ne traggono vantaggio.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>5. Trovo interessanti i cambiamenti nella routine quotidiana.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>6. Lavorando duramente puoi sempre raggiungere i tuoi obiettivi.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>7. Mi dedico veramente con piacere al mio lavoro.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>8. Se sto lavorando a un compito difficile, so quando è il momento di chiedere aiuto.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>9. La maggior parte delle volte, la gente ascolta attentamente quanto dico.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>10. Cercare di fare del tuo meglio sul lavoro alla fine ripaga davvero.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>11. Mi dà fastidio che la mia routine quotidiana venga interrotta.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>12. La maggior parte dei giorni, trovo la vita veramente interessante e stimolante.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>13. Quando devo fare più di una cosa alla volta, mi diverte la sfida.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>14. Mi piace avere un programma quotidiano che non vari di molto.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>
<b>15. Quando faccio dei progetti sono sicuro di riuscire a realizzarli.</b>			
<i>Per niente vero</i>	<i>Un poco vero</i>	<i>Abbastanza vero</i>	<i>Completamente vero</i>

## ALLEGATO N° 4

### Scala integrata della Speranza – Versione di Stato (CHS-S)

(Scioli et al., 2011; ad. it. Magnano et al., 2019)

Il questionario cui ti chiediamo di rispondere riguarda i tuoi attuali e recenti pensieri e sentimenti. Cioè, come ti sei sentito oggi e nel corso delle ultime due settimane. Rispondi segnando l'alternativa maggiormente corrispondente.

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
1. Le mie emozioni sono sotto controllo.					
2. Ho sentito una presenza spirituale.					
3. Per aiutarmi a rilassarmi, mi posso rivolgere a un buon amico o a un membro della mia famiglia.					
4. Per raggiungere i miei obiettivi, posso contare su un aiuto esterno.					
5. Mi sento deluso da qualcuno di cui mi fidavo.					
6. Posso contare sulle mie convinzioni spirituali per tenere sotto controllo la mia ansia.					
7. Ogni giorno sono più vicino a raggiungere i miei sogni.					
8. Mi sento molto legato a un amico o a un familiare					
9. Mi sento “in trappola” per qualche aspetto della mia vita.					
10. Prendo ispirazione dalle mie convinzioni spirituali.					
11. Ho difficoltà a fidarmi delle persone.					
12. Un buon modo per ridurre lo stress è trascorrere del tempo con i miei amici e/o la mia famiglia					
13. Mi sento supportato nel raggiungimento dei miei obiettivi.					
14. Mi sono sentito connesso ad una forza spirituale.					
15. Mi sento calmo e in pace con me stesso.					
16. Ho usato la preghiera o la meditazione per raggiungere un importante obiettivo.					
17. Mi sento come se mi fossi “scavato una fossa” da me stesso, e non vedo “via d’uscita”.					
18. Ho usato la preghiera o la meditazione per ridurre le mie preoccupazioni.					
19. Sto facendo progressi verso obiettivi importanti.					
20. Mi sento parte di un gruppo.					
21. Posso gestire ogni difficoltà attuale e futura.					
22. Mi sento molto vicino ad una potenza superiore o ad una forza spirituale.					
23. I miei amici o la mia famiglia mi stanno aiutando a ridurre la mia ansia.					
24. Sto realizzando tanto grazie all’aiuto della mia famiglia e dei miei amici.					

25. Ho dei dubbi sulle persone di cui mi posso fidare.					
26. Le mie credenze spirituali mi danno un sentimento di sicurezza.					
27. Sto avendo successo in cose che davvero contano veramente per me.					
28. Sento che io sono importante per qualcuno.					
29. Ogni giorno sento che una parte della mia libertà sta scivolando via.					
30. La mia fede in una potenza superiore mi dà la forza per perseguire i miei sogni.					
31. Temo che qualcuno possa tradirmi.					
32. La mia famiglia o i miei amici hanno su di me un effetto calmante.					
33. Nella mia vita ci sono persone che mi stimolano a fare del mio meglio.					
34. Mi sono sentito "unito" con una forza o presenza spirituale.					
35. La guida spirituale sta contribuendo al mio successo nella vita.					
36. Mi pare che sto esaurendo tutte le possibilità per migliorare la mia vita.					
37. Le mie credenze spirituali sono una fonte di conforto emotivo.					