

SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento di Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di Tesi
(*Bachelor Thesis*) di
Mitko Stoilov

**Mindfulness e nursing: il ruolo salutogenico della presenza mentale
nel benessere degli infermieri e nella gestione dello stress
occupazionale**

Direttore di Tesi:
Giorgio Tarabra

Anno Accademico: 2021/2022
Manno, 31 luglio 2022

SUPSI
Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento di Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di Tesi
(*Bachelor Thesis*) di
Mitko Stoilov

**Mindfulness e nursing: il ruolo salutogenico della presenza mentale
nel benessere degli infermieri e nella gestione dello stress
occupazionale**

Direttore di Tesi:
Giorgio Tarabra

Anno Accademico: 2021/2022
Manno, 31 luglio 2022

“L'autore è l'unico responsabile dei contenuti del presente Lavoro di Tesi”

ABSTRACT

Background: secondo il codice deontologico infermieristico, tutti i professionisti del settore sono chiamati a trovare e seguire delle strategie volte a promuovere e mantenere la propria salute. Tuttavia, ricerche condotte a livello nazionale e statunitense mostrano come è ancora presente un alto tasso di stress occupazionale, burnout e abbandono della professione per tali cause. Da questo derivano ripercussioni negative per la salute fisica e mentale sia per il singolo professionista che per il paziente, il suo *entourage* e il team di cura. L'obiettivo di questo Lavoro di Tesi è quello di comprendere benefici e criticità degli interventi basati sulla mindfulness (IBSM) secondo il modello concettuale della salutogenesi.

Metodologia: includendo keywords riguardanti gli infermieri, gli IBSM, lo stress occupazionale e la salutogenesi, è stata eseguita una revisione della letteratura attraverso le banche dati di PubMed, Chinal e Medline (Ovid). Sono stati selezionati 8 studi primari su 393 articoli totali pubblicati negli ultimi cinque anni.

Risultati: dalle ricerche emerge come gli IBSM della durata più o meno variabile, risultano essere un valido approccio salutogenico che è sia volto a promuovere il benessere generale dell'infermiere e del team, sia a ridurre i livelli di malessere quando la condizione di burnout è già conclamata.

Conclusioni: nonostante gli stereotipi ancora presenti principalmente nel mondo occidentale, gli IBSM possono favorire il proprio senso di coerenza (SOC) e rappresentano una vera e propria risorsa generale di resistenza (RGR) per promuovere la propria salute e fronteggiare lo stress occupazionale.

Keywords: mindfulness-based intervention, nurses, occupational stress, burnout

INDICE

1.	Introduzione	6
1.1	Motivazioni personali e professionali.....	6
1.2	Definizione del problema, scopo e obiettivi	7
2.	Quadro teorico.....	7
2.1	La complessità dell'interazione dei sistemi.....	7
2.2	Salutogenesi, senso di coerenza e di resistenza.....	9
2.3	Nursing: diritti, doveri e contrastanti realtà	14
2.3.1	Disinnescare automatismi.....	16
2.4	Lo stress	17
2.4.1	Lo stress biologico	17
2.4.2	Lo stress psicologico	19
2.4.3	Lo stress ambientale.....	20
2.5	Lo stress occupazionale negli infermieri	20
2.5.1	Segni e sintomi dello stress occupazionale.....	23
2.6	Il burnout.....	24
2.6.1	Le caratteristiche del burnout	24
2.7	Stare bene e prendersi cura di sé.....	25
2.8	Il ruolo della presenza mentale.....	27
2.8.1	La mente e le modalità di approccio alla vita	27
2.8.2	Coltivare la presenza mentale: le radici della mindfulness	28
2.8.3	Cosa è la mindfulness	28
2.8.4	L'unità mente-corpo	31
2.8.5	Attitudini da sviluppare per coltivare la presenza mentale.....	31
2.8.6	Protocolli mindfulness.....	33
2.8.8	I benefici della mindfulness secondo le neuroscienze.....	34
2.8.9	Presenza mentale negli ospedali: una ricerca di sfondo.....	36
3.	Metodologia.....	37
3.2	Processo di ricerca.....	40
3.3	Validità degli articoli	42
4.	Risultati ottenuti	43
5.	Discussione.....	50
6.	Implicazioni infermieristiche.....	55
7.	Limiti e prospettive di ricerca	60
8.	Conclusioni.....	61
9.	Ringraziamenti.....	62
10.	Bibliografia.....	63
11.	Allegati	70

*“Vengo a preguntar ¿Que pasa con el mundo?
Es tiempo de cambiar, piénsalo un segundo
Preocupados por fingir, olvidamos de vivir”
- Lali (2016)*

*“Vengo a domandare cosa succede con il mondo?
È tempo di cambiare, pensalo un secondo
Preoccupati a fingere, dimentichiamo di vivere”
- Lali (2016) , liberamente tradotto da M.Stoilov*

1. INTRODUZIONE

1.1 MOTIVAZIONI PERSONALI E PROFESSIONALI

All'età di tredici anni ho svolto il mio primo stage osservativo presso una casa per anziani, una delle prime domande che mi hanno posto gli infermieri è stata *“Sei sicuro di voler fare l'infermiere? È un lavoro estremamente faticoso e stressante, devi essere pronto a fare tutti i turni e a lavorare anche durante le festività”*. Data la mia giovane età, certamente non avevo una risposta concreta a queste domande. Tuttavia, persino durante gli stage svolti come allievo operatore sociosanitario presso la Scuola Specializzata per le Professioni Sanitarie e Sociali e come allievo infermiere, mi sono state poste domande simili numerose volte. Crescendo, ho potuto notare anche l'approccio con il quale i curanti mi ponevano tali domande: spesso e volentieri il loro viso mi pareva stanco, la voce quasi ironica e infastidita dalle loro stesse parole. Alcuni di questi infermieri che ho incontrato nel mio cammino, hanno ammesso come la loro passione per le cure infermieristiche è andata diminuendo nel corso della loro vita professionale proprio a causa dello stress lavorativo. Tuttavia, queste persone si dicevano dispiaciute per tale causa nonostante talvolta la colpa era rivolta verso la struttura e l'équipe nella quale lavoravano. Mi sono sentito dire che in alcuni luoghi non vi era alcuna attività per la promozione della salute dei dipendenti. Dalla mia percezione ho avuto spesso l'impressione che anche da parte delle singole persone mancasse l'iniziativa nel far fronte al problema.

Quattro anni fa, durante un mio periodo di forte stress legato alla scuola e allo stage, mi sono avvicinato alla pratica della mindfulness e dello yoga che tutt'ora svolgo. Col passare del tempo ho potuto sperimentare alcuni dei benefici che queste pratiche portano con sé se svolte con regolarità. Alcuni degli *outcomes* che tutt'ora sperimento sono l'aumento dell'attenzione e del rilassamento fisico e mentale, la riduzione dell'ansia e dello stress e la capacità di vivere il presente accettando per come esso si presenta.

Coloro che svolgono la professione infermieristica sono inevitabilmente soggetti a stress per via del costante confronto con situazioni di instabilità fisica e/o psichica. Aspetto che richiede la capacità di rispondere ai bisogni assistenziali della persona attraverso varie competenze tecniche, fisiche e relazionali. A ciò si aggiunge la costante interazione con più figure professionali, con l'*entourage* del paziente che ha dei rispettivi bisogni di assistenza e il fatto che l'infermiere segue più pazienti, il che implica che il curante deve avere le medesime capacità fisiche e mentali per rispondere ai bisogni dei pazienti in egual modo.

D'ultimo ma non per importanza, ritengo che lo stress lavorativo sia dato anche dal fatto che spesso, per via della mole di lavoro, i curanti dedicano poco tempo per domandarsi come stanno loro stessi i propri colleghi. Forse per via della cultura lavorativa, si tende ancora tenersi le proprie emozioni per sé, sottovalutando la loro influenza nella quotidianità. Il fatto di portare alle spalle emozioni forti non elaborate può avere forti implicazioni da un punto di vista individuale e lavorativo.

Considerando tutti questi aspetti, in qualità di futuro infermiere sono sinceramente incuriosito nel comprendere come gli interventi basati sulla mindfulness (IBSM), possono influenzare la salute mentale e fisica della popolazione infermieristica.

1.2 DEFINIZIONE DEL PROBLEMA, SCOPO E OBIETTIVI

Lo scopo di questo Lavoro di Tesi (LT) è comprendere il ruolo salutogenico degli interventi basati sulla mindfulness (IBSM) nel processo di promozione del benessere psicologico e biologico degli infermieri soggetti da stress occupazionale.

Alla luce di quanto spiegato, gli obiettivi posti per questo Lavoro di Tesi sono:

1. Conoscere i fattori che espongono gli infermieri allo stress occupazionale e al burnout;
2. Comprendere la portata e la rilevanza del fenomeno nella pratica professionale infermieristica;
3. Spiegare le implicazioni sistemiche derivanti dallo stress lavorativo attraverso un approccio sistemico;
4. Riflettere sul ruolo della cura di sé nel contesto professionale della promozione della salute;
5. Individuare potenzialità e limiti degli interventi basati sulla mindfulness come risorsa di salute;
6. Proporre una lettura critica dei risultati rilevanti per il ruolo infermieristico attraverso il modello della salutogenesi.

2. QUADRO TEORICO

2.1 LA COMPLESSITÀ DELL'INTERAZIONE DEI SISTEMI

La scienza della complessità, detta anche scienza dei sistemi complessi, studia come un sistema vivente, ovvero un insieme di unità che interagiscono l'uno con l'altro, sono in grado di auto-organizzarsi in maniera spontanea e di manifestare strutture e comportamenti globali a livello più ampio, spesso senza un provvedimento proveniente da una fonte esterna, come da un'autorità o un leader (De Domenico et al., 2019).

In generale, un sistema è formato da elementi che mutano e si trasformano per mezzo dell'interazione con sé e con il mondo che lo circonda (D. J. Siegel, 2016). I sistemi complessi si trovano in ambiti scientifici e professionali, a partire dalla fisica e la biologia, passando dalle scienze sociali, dalla psicologia, dalla medicina fino ad arrivare alla politica e alla tecnologia (De Domenico et al., 2019). Questo vuol dire che l'essere umano proprio perché formato da un insieme di apparati, è una struttura complessa e a sua volta è in grado di creare e gestire altre strutture complesse.

La sfida della teoria della complessità è di osservare e comprendere le connessioni di un sistema, le quali producono delle reti di osservabili azioni e comportamenti. Un esempio può essere dato dai numerosi neuroni che interagiscono nel cervello umano per produrre una singola risposta ad un input (De Domenico et al., 2019). Infatti, un organismo o una struttura vivente è una "totalità integrata" ovvero un insieme dal quale le componenti emergono dalle interazioni data dalle altre parti (Capra & Luisi, 2020).

Gli elementi di un sistema, che risultano essere interdipendenti, generano nel loro interno ulteriori connessioni che possono dar luce ad un sistema all'interno di un sistema. Tale processo determina il carattere emergente, il quale non consente di conoscere anticipatamente proprietà o qualità di comportamento specifiche di quella struttura: esse si potranno constatare solo osservando il funzionamento del sistema in azione. Questo introduce l'aspetto della dinamicità e della non-linearità dei sistemi complessi, in quanto

sono in grado di modificarsi seguendo varie velocità a seconda dello stato nel quale si trovano e del loro ambiente. Uno stato può essere stabile e può non cambiare anche se è scombuscolato oppure può essere disturbato anche da una piccola perturbazione. Un esempio è dato dal fatto che lievi cambiamenti ambientali sono in grado di stravolgere l'intero sistema manifestando l'effetto farfalla, dove il comportamento di un sistema non dipende solo dallo stato presente ma anche da quello passato (De Domenico et al., 2019). A parità di condizioni iniziali, delle variazioni infinitesimamente piccole delle variabili in ingresso, possono contribuire ad un cambiamento enormemente sproporzionato in uscita.

Il principio di non-linearità assume un approccio qualitativo alla complessità in quanto integra il cambio di prospettiva che porta con sé il pensiero sistemico: dai singoli oggetti alle relazioni, dal calcolo alla mappatura, dalla quantità alla qualità (Capra & Luisi, 2020).

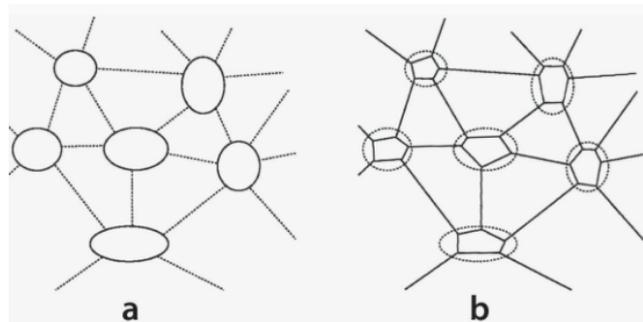


Figura 1: indirizzare lo sguardo dalle parti che compongono i sistemi (a), alle relazioni (b) che nascono da essi (Capra & Luisi, 2020).

Un sistema complesso è dotato di capacità auto-organizzative, ciò significa che non è presente un'entità che lo controlla poiché tale capacità è resa possibile grazie ai suoi componenti che interagiscono fra di loro; perciò, ogni azione di ogni individuo influenza la funzionalità del gruppo.

Bateson definisce la mente come un processo, ovvero un fenomeno sistemico che tutte le strutture viventi, e quindi anche tutti i sistemi sociali, possiedono (Capra & Luisi, 2020). La teoria di Santiago, costituita da Maturana e Varela, mette in luce che ogni sistema vivente quando interagisce con l'ambiente, produce un'interazione di origine cognitiva, per questo mente e ambiente sono interconnessi e inseparabili. Secondo questa teoria, un sistema vivente è capace di auto-organizzarsi in quanto è un'entità mutevole che apprende e risponde agli input ambientali, apportando modifiche strutturali (Capra & Luisi, 2020) e questo avviene sia a livello individuale che collettivo.

L'interazione che determina la funzionalità e quindi l'auto-organizzazione, può a sua volta determinare l'emergere di nuovi modelli e quindi nuove complessità (De Domenico et al., 2019). Un esempio di auto-organizzazione può essere dato dal comportamento delle api che insieme producono il loro alveare, o di un ovulo che con la sua maturazione nel tempo porta a formare un organismo vivente.

Se nei sistemi lineari, piccole modificazioni producono piccoli effetti, nei sistemi non-lineari, dei piccoli cambiamenti sono in grado di produrre grandi effetti poiché possono essere enfatizzati in maniera ripetuta da retroazioni di rinforzo dove una data funzione è in grado di agire su sé stessa in maniera ripetuta. Le retroazioni sono la base delle

instabilità e l'insorgere di nuove tipologie di ordine, tipiche, come è stato precedentemente spiegato, del principio di auto-organizzazione (Capra & Luisi, 2020).

Risulta chiaro che una struttura complessa non è stazionaria, bensì assume un ruolo attivo che gli permette di adattarsi e di rispondere alle modificazioni ambientali. L'adattamento avviene a livello cognitivo, mediante l'apprendimento e lo sviluppo della psiche; sociale, con la condivisione di informazioni mediante l'interazione; evolutivo, col variare della genetica. Se un elemento viene danneggiato o rimosso, attraverso la capacità adattativa, la struttura è spesso in grado di adeguarsi e ripristinare le funzionalità precedenti, e talora anche di migliorarle tali aspetti. Un sistema complesso è capace di resistere alle perturbazioni, è resiliente e in grado di adattarsi al fine di rimanere sopravvivere e rimanere funzionale (De Domenico et al., 2019).

L'ecologia profonda, che emerge dalla teoria, considera che la realtà ha serie implicazioni per tutti in tutti i contesti della vita. Questo orientamento osserva il mondo con una visione olistica, ovvero lo considera un tutt'uno, un insieme, anziché una serie di parti separate (Capra & Luisi, 2020). Come è stato visto, un insieme di elementi forma un sistema che attraverso la rete di *network* è in grado di formare un comportamento in un determinato ambiente, di mutare e adattarsi ai cambiamenti e di produrre nuovi sistemi. Per questo motivo un sistema complesso non può essere scomposto e osservato singolarmente poiché il comportamento di ogni elemento è dettato da altri elementi influenti.

Il paradigma ecologico profondo, in questa accezione "profonda" poggia anche sul concetto di *empowerment*, ritenuto un vero e proprio potere in quanto rende le persone sia autonome che responsabili: all'interno di una rete sociale, mediante l'utilizzo di questo potere, la rete facilita la sua connettività (Capra & Luisi, 2020) vale a dire che se ogni persona è autonoma e responsabile e non assume un ruolo gerarchico, la rete sarà più efficiente nella sua essenza. Le parti della rete con più connessioni sono zone di potere perché generano ulteriori collegamenti di persone alla rete stessa, proprio per acquisire autorità in più campi che gli permette di dare più potere le persone.

2.2 SALUTOGENESI, SENSO DI COERENZA E DI RESISTENZA

Aaron Antonovsky (1923-1994), sociologo della salute israeliano-americano, è il pioniere della salutogenesi in quanto ha stabilito le basi di questo paradigma grazie al suo studio condotto sulle donne ebreo superstiti all'Olocausto della Seconda guerra mondiale (Simonelli & Simonelli, 2010). Con tale studio ha potuto osservare che alcune donne non solo hanno affrontato il loro vissuto con coraggio, bensì hanno avuto un miglior adattamento agli stress che sono seguiti nel corso della loro vita (Simonelli & Simonelli, 2010).

Nel corso degli anni, il concetto di persona è cambiato: negli anni Cinquanta del Novecento, l'essere umano era visto come un individuo che rispondeva solo passivamente agli stimoli esterni, mentre negli vent'anni successivi si è compreso che è in continua interazione con l'ambiente (Ragazzoni et al., 2014). Negli anni Ottanta si è giunti alla conclusione che l'essere umano ha un ruolo attivo rispetto all'ambiente, ovvero è capace di modificare quest'ultimo grazie alla dotazione di autocontrollo, auto-efficacia e capacità di fronteggiare le situazioni (Ragazzoni et al., 2014).

L'etimologia di salutogenesi deriva dalla parola latina *genesis* (generare) e *saluto* (salute) (Antonovsky, 1979 cit. in Vinje, Langeland, et al., 2017). Il modello salutogenico indaga

come un individuo può incrementare il proprio benessere individuale per diventare maggiormente sano o meno malato; il focus viene così posto sui meccanismi che incrementano lo stato di salute indipendentemente dalla condizione attuale (Simonelli & Simonelli, 2010). Contrariamente alla patogenesi che considera la persona come sana o malata, ovvero soggetta da un fattore patologico che altera l'omeostasi della persona, il paradigma salutogenico vede l'essere umano come su un *continuum* tra la salute e la malattia (Simonelli & Simonelli, 2010). Secondo la carta di Ottawa (OMS, 1986 cit. in Bauer, 2017) la salute è intesa come la risorsa per la vita quotidiana, che enfatizza le risorse sociali e personali, ma anche le capacità fisiche necessarie per raggiungere uno stato di benessere fisico, mentale e sociale. Tuttavia, l'implementazione del modello salutogenico nell'ambito di cura è ancora una grande sfida poiché i *setting* sono ancora basati sul tradizionale modello patogenico (Pelikan, 2017). Per superare questa sfida si dovrebbe reindirizzare l'orientamento patogenico verso un orientamento salutogenico, ad esempio aggiungendo nuovi approcci e paradigmi alle pratiche di cura già in corso che permettono così di riorientare la pratica di cura; il tutto è possibile solo se nel cambiamento si include anche la politica e la ricerca sanitaria (Pelikan, 2017).

Stando all'OMS (1998, cit. in Bauer, 2017) un *setting* è un luogo o un contesto sociale nel quale le persone svolgono le attività di vita quotidiana dove le caratteristiche personali, ambientali e organizzative interagiscono influenzando la salute e il benessere.

Secondo Antonovsky, una persona è in grado di rimanere in salute poiché sviluppa il "Senso di Coerenza" (dall'inglese *Sense of Coherence*, SOC) che è "*un pervasivo e duraturo senso di fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e c'è un'alta probabilità che le cose riusciranno nel modo che ci si può ragionevolmente attendere*" (Antonovsky, 1987 cit. in Simonelli & Simonelli, 2010 p.20). Ciò significa che la persona ha la capacità di percepire che nella vita le sfide possono essere comprese e che c'è una motivazione alla base che permette di superarle; inoltre il soggetto sa che sono presenti risorse utilizzabili per fronteggiare la sfida (Simonelli & Simonelli, 2010).

Tale costrutto spiega come una persona si orienta verso il futuro e verso la vita, di elaborare il senso che le si attribuisce e di modificare ogni tipo di difficoltà (Simonelli & Simonelli, 2010). Tutto ciò permette di gestire lo stress, di riflettere, identificare ed usare le numerose strategie esistenti per risolvere le tensioni. Perciò più il SOC è marcato, più aumenta la salute (Simonelli & Simonelli, 2010). Esso è composto dal:

- Senso di comprensibilità: determina la convinzione che gli stimoli esterni hanno un motivo specifico per il quale vengono percepiti e quest'ultimi sono prevedibili;
- Senso di affrontabilità: la persona è cosciente che per far fronte alle richieste esterne può accedere a diverse risorse efficaci;
- Senso di significatività: il soggetto sfrutta la speranza come stimolo motivazionale per fronteggiare le richieste esterne, la quale viene percepita con emozioni che permettono di costruire nuovi significati e creare sfide stimolanti (Simonelli & Simonelli, 2010).

È così che un forte senso di coerenza aiuta a mobilitare le risorse necessarie per affrontare i fattori di stress e gestire la tensione che ne deriva con successo in quanto percepire che la vita è comprensibile, gestibile e significativa favorisce la salute dell'individuo (Mittelmark & Bauer, 2017). Il SOC aiuta a determinare lo stato di "*Ease/Disease*" ovvero l'oscillazione dello stato di salute tra uno stato agio (*ease*) o dis-agio (*disease*) (Mittelmark & Bauer, 2017).

Antonovsky (1990, cit. in Vinje, Langeland, et al., 2017) ritiene che il SOC influenza uno stimolo *stressor*¹ a diventare uno stimolo *non-stressor*, per cui il soggetto diviene in grado di vivere alcuni stimoli come neutri o salutari.

Lo *stressor* per sua natura può essere di carattere fisico, ad esempio dato da un'esposizione al freddo, metabolico, causato ad esempio da una riduzione della glicemia, psicologico, influenzato da un esame piuttosto che da un compito complicato, oppure psico-sociale, che può essere dato da un lutto, piuttosto che da una separazione (Tortorici & Rozbowsky, 2012).

Nondimeno, il SOC permette di creare un *mindset*² che porta la persona a mandare messaggi al cervello volti ad attivare risposte biologiche appropriate alla situazione, la rende consapevole sulla necessità di fronteggiare l'evento sia a livello pratico che emotivo e permette di eseguire un'auto-analisi sul proprio comportamento per modificare la risposta allo *stressor* secondo le necessità (Vinje, Langeland, et al., 2017) andando anche a ricercare le risorse disponibili nella propria rete, in modo da creare un modello adattativo flessibile anziché rigido (Antonovsky, 1990 cit. in Vinje, Langeland, et al., 2017). Secondo Bauer (2017) un ambiente è riparativo dal momento in cui comprende:

- caratteristiche attraenti;
- è percepito come ordinato e sostanziale;
- è compatibile con quello che un'invidio vuole fare; si noti come tali caratteristiche si sovrappongono con le tre dimensioni del SOC.

Nel 1976 il medico austriaco Hans Selye (1907-1982) spiegò che nella vita quotidiana una persona può essere soggetta a due tipologie di stress.

L'*eustress* si manifesta dal momento in cui gli stimoli e gli input esogeni sono proporzionali alla capacità di risposta della persona (Tortorici & Rozbowsky, 2012). Questa condizione termina dal momento in cui la persona raggiunge il proprio obiettivo, ovvero la gestione dell'avvenimento stressante. Per questo motivo, tale condizione è ritenuta necessaria nella vita quotidiana di ognuno al fine di gestire efficacemente le sfide derivanti dalla vita. Se però i fattori stressogeni permangono anche in assenza di uno *stressor*, oppure il corpo reagisce in maniera sproporzionale ad un input di lieve entità, ecco che si parla di *distress*: un'alterazione permanente nel tempo, fonte anche di stress cronico (Tortorici & Rozbowsky, 2012).

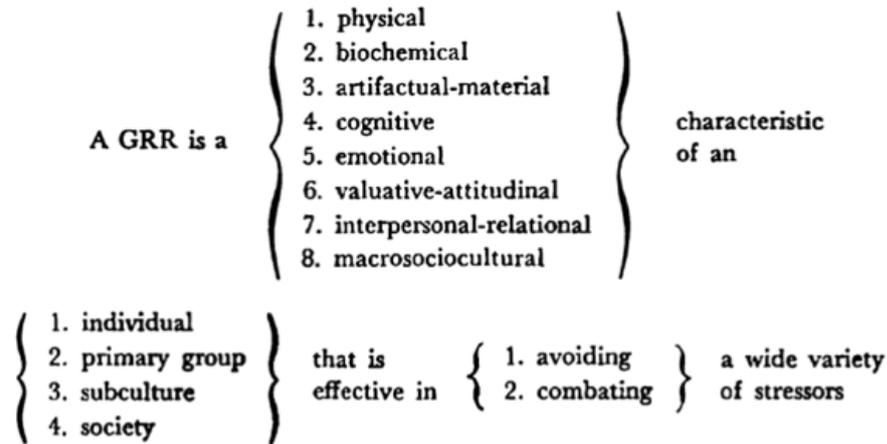
Mentre Antonovsky (1987, cit. in Vinje, Langeland, et al., 2017) ha elaborato il concetto di Risorse Generali di Resistenza (RGR) composte da una serie di caratteristiche individuali, sociali, di un gruppo primario o di una società, volte a creare una serie di azioni/comportamenti che permettono di evitare o combattere uno *stressor* per prevenire la trasformazione della tensione da esso derivante, in stress. Al fine di facilitare il rafforzamento delle forze di resistenza necessarie per far fronteggiare con successo gli *stressors* della vita quotidiana, il concetto di RGR ingloba in sé una buona salute fisica, disponibilità economica e una serie di fattori psicosociali (come l'autostima, il supporto

¹ *Stressor* = qualsiasi stimolo di carattere endogeno od esogeno il quale richiede un riadattamento dell'organismo in funzione dell'input determinato dallo stimolo (Selye, 1976).

² *Mindset* = termine che indica le idee e gli schemi mentali derivanti dai processi cognitivi di una persona. In altre parole determina il modo di pensare.

sociale e conoscenze). Le Risorse Generali di Resistenza facilitano il *coping*³ contro lo *stressor* e rafforzano il Senso di Coerenza (Mittelmark et al., 2017).

Sta di fatto che più le persone sono consapevoli delle risorse generali di resistenza che possiedono, più sono abili a sfruttarle e ad innalzare il senso di coerenza (Vinje, Langeland, et al., 2017). Parallelamente, un SOC più alto permetterà a sua volta di mobilitare più RGR, permettendo di ottenere uno stato di salute e benessere migliore (Vinje, Langeland, et al., 2017).



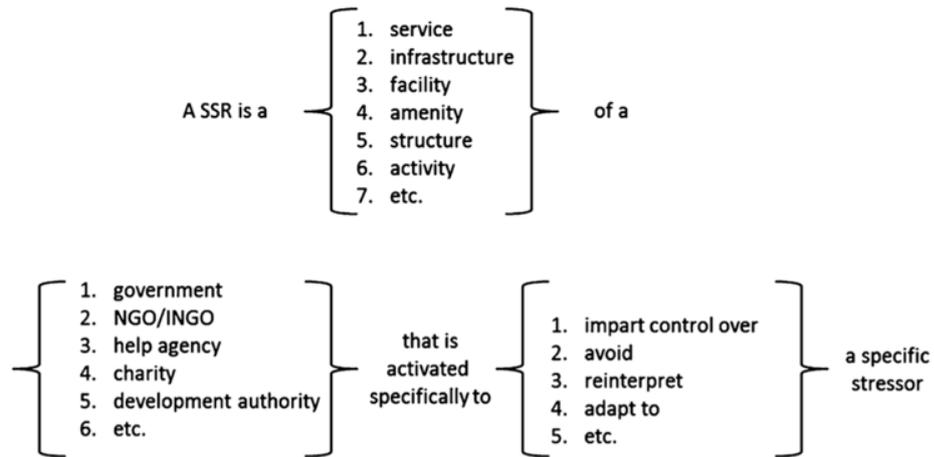
and thus preventing tension from being transformed into stress.

Figura 2: Schema esplicativo sul significato delle Risorse Generali di Resistenza (Vinje, Langeland, et al., 2017 p.32)

Allo stesso modo, il sociologo ha sottolineato l'importanza delle Risorse Specifiche di Resistenza (RSR), in quanto le ha trovate particolarmente utili in determinate situazioni di tensione (Antonovsky, 1979 cit. in Vinje et al., 2017). Esse sono degli strumenti specifici rappresentate nella figura 3 e vengono invocate in condizioni precise (Mittelmark et al., 2017). Generalmente, le RSR vengono utilizzate solo dal momento in cui la tensione sia percepita come una minaccia tale da convertirsi in stress debilitante, cosa che solitamente la maggior parte delle tensioni non fanno.

In caso di stress, un forte Senso di Coerenza aumenta la capacità di rilevare ed attivare le RSR appropriate alla situazione e disponibili sul momento (Mittelmark et al., 2017).

³ *Coping* = termine che le abilità di una persona volte a fronteggiare in maniera efficace una situazione ritenuta difficile (The New Oxford American Dictionary, 2005 cit. in Aldwin, 2007).



and thus prevent tension from being transformed into stress.

Figura 3: Schema esplicativo sul significato delle Risorse Specifiche di Resistenza (Mittelmark et al., 2017, p.74).

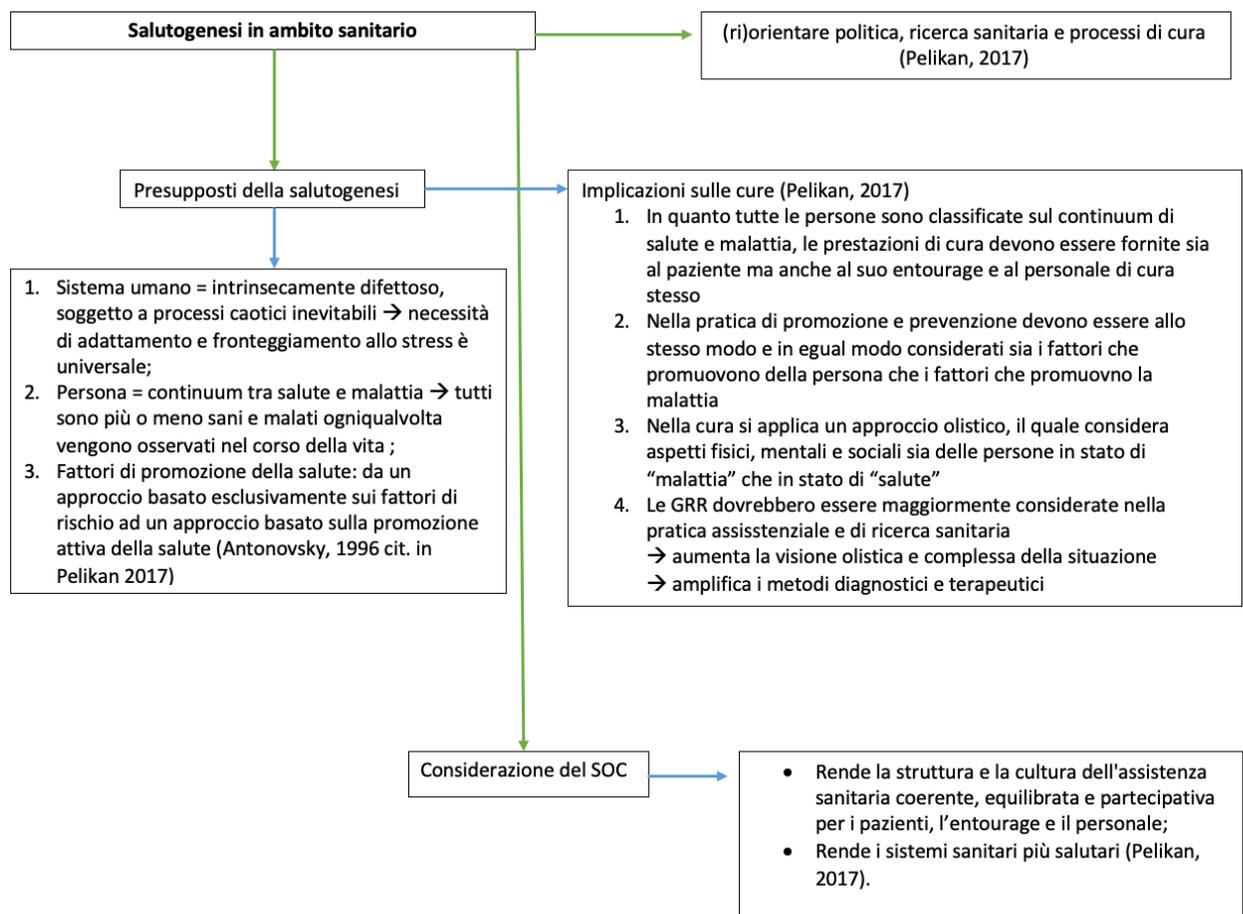
Dunque, la salute di un individuo può essere rafforzata o ridotta in funzione a come le risorse vengono utilizzate all'interno della propria quotidianità (Vinje, Ausland, et al., 2017).

Seguendo i concetti di Antonovsky, la salutogenesi sta mutando verso un approccio esteso, che considera l'azione delle risorse interne ed esterne alla persona e ha l'intento di valorizzare le funzioni e le caratteristiche che ne emergono tale interazione (Simonelli & Simonelli, 2010).

Le risorse salutogeniche interne comprendono tutti gli aspetti psicologici, emozionali, relazionali, cognitivi ed intellettuali della persona che possono essere sfruttate per incrementare sia la salute che il proprio potenziale, mentre quelle esterne comprendono gli aspetti socioculturali, ambientali ed economici appartenenti al contesto di vita della persona e possono essere utilizzate da persone competenti per promuovere la salute, il potenziale dell'individuo e della comunità.

L'interazione fra queste risorse può essere di carattere sinergico o conflittuale e per questo produce delle dinamiche piuttosto complesse (Simonelli & Simonelli, 2010). Se d'un lato le risorse salutogeniche interne possono rafforzarsi in situazioni di difficoltà, dall'altro lato le risorse salutogeniche esterne possono equilibrare un deficit interno, come per esempio grazie ai servizi di assistenza socio-sanitaria (Simonelli & Simonelli, 2010).

Per ricapitolare, l'approccio salutogenico classico ricerca i meccanismi implementati dal singolo per promuovere la propria salute individuale mediante il SOC, invece l'approccio esteso tiene conto del ruolo che l'individuo, il gruppo sociale o la comunità assumono in qualità di "agenti salutogenici" rispetto agli altri, assumendo così un'importanza di solidarietà sociale e non solo individuale (Simonelli & Simonelli, 2010).



Schema 1: schema riassuntivo riguardo all'applicazione della salutogenesi in ambito sanitario che mostra stretta correlazione alla teoria della complessità

2.3 NURSING: DIRITTI, DOVERI E CONTRASTANTI REALTÀ

Il codice deontologico degli infermieri è una dichiarazione di standard internazionale che illustra le responsabilità, i diritti e doveri ma anche i valori etici ai quali aderiscono tutti gli allievi infermieri e gli infermieri diplomati nella loro pratica professionale indipendentemente dal ruolo e dal contesto di pratica (International Council of Nurses [ICN], 2021).

Questa dichiarazione, oltre che spiegare i diritti e i doveri che infermieri e studenti hanno nei confronti dei loro pazienti e del rispettivo *entourage*, mette in risalto che fra le numerose mansioni da svolgere, allievi e infermieri diplomati sono tenuti a promuovere la propria formazione continua per favorire la crescita professionale; e al fine di garantire delle cure sicure e di qualità devono valorizzare il proprio benessere e la propria salute (ICN, 2021). Oltre a questo, infermieri e allievi sono tenuti a lavorare in maniera interdisciplinare, creare un ambiente lavorativo positivo e costruttivo in modo tale da promuovere la cura, l'insegnamento e la ricerca.

Risulta però che da anni il *nursing* è considerato una professione stressante per via del lavoro fisico, della sofferenza posta dalla condizione umana, degli orari lavorativi, delle dinamiche e delle relazioni interprofessionali che sono centrali nella quotidianità di un infermiere. Ad ogni modo, lo stress occupazionale come anche il burnout sono significativi nel campo infermieristico dato che colpiscono sia i professionisti che le organizzazioni, oltre che il paziente (Jennings, 2008). Si parla di stress nel settore

infermieristico già dal 1960, quando Menzies identificò le quattro cause che scatenano l'ansia nel corpo infermieristico: la cura del paziente, il processo decisionale, l'assunzione di responsabilità e il cambiamento (Jennings, 2008).

Nel 1980 i comitati disciplinari e investigativi del consiglio infermieristico dell'Inghilterra e Galles esprimevano la loro preoccupazione per le pressioni poste sugli infermieri dove alcune di esse venivano definite come il tentativo di colmare il divario tra il desiderabile e quello che è fisicamente possibile (Nursing Standard, 1980 cit. in McGrath et al., 2003). Questo fatto mette in luce che sin dagli anni Ottanta erano presenti delle discrepanze tra il legame infermiere-codice deontologico professionale.

L'indagine dell'Osservatorio svizzero della salute intitolata "*nurses at work*" svolta nel 2014, ha posto il focus sulle cause che portano il personale infermieristico a mantenere o abbandonare la professione o il settore sanitario. Delle 15'301 persone intervistate 3'813 infermieri avevano abbandonato la professione. Le cause principali erano correlate per il 35% al burnout, 25% all'*empowerment* del ruolo, 17% alle mansioni estranee al ruolo, e in percentuale minore si aggiungono anche conflitto tra vita privata e professione, mobbing e aggressioni comprendenti anche molestie sessuali (Addor et al., 2016). Per un'organizzazione sanitaria, lo stress occupazionale dell'infermiere può portare ad assenteismo e sostituzione del personale curante (Jennings, 2008). Se l'operatore sanitario non viene sostituito ne consegue una perdita di produttività, invece se viene sostituito, il costo orario effettivo è maggiore rispetto all'operatore assente. Ambedue gli aspetti sono dei problemi per un'azienda sanitaria (Johnson et al., 2018) sia rispetto ai costi che all'organizzazione stessa.

Anche la sindrome del burnout è un problema altamente presente nella realtà infermieristica, uno studio pubblicato da McHugh e colleghi (2011) ha rilevato che la prevalenza di questa condizione è emersa nel 37% degli infermieri che lavorano in casa per anziani e nel 34% degli infermieri che lavorano in strutture ospedaliere. A questo aspetto si aggiunge il fatto che il burnout è strettamente correlato con l'abbandono professionale. Infatti uno studio condotto nel 2017 ha evidenziato che su 50'273 infermieri statunitensi, il 31,5% ha abbandonato la propria professione a causa del burnout, mentre il 43,4% ha identificato tale condizione come fattore contribuente per l'abbandono lavorativo (Shah et al., 2021). Il *dropout* della professione è stato influenzato dall'ambiente lavorativo, numero del personale inadeguato, mancanza di una buona *leadership* e salario precario (Shah et al., 2021).

Questi sono solo alcuni dati che possono far riflettere su come ci sia una chiara disarmonia fra la teoria citata nel capitolo precedente e la pratica infermieristica. La salute mentale degli infermieri è un aspetto che scaturisce problematiche sul posto di lavoro ancora al giorno d'oggi, nonostante le condizioni di stress e burnout vengono verbalizzate da più di cinquant'anni. Sia la salute mentale che fisica degli infermieri sono aspetti che meritano di attenzione poiché come si può intuire da quanto appena esposto, hanno delle conseguenze sistemiche. D'un lato sul benessere psicofisico del singolo professionista che a sua volta influenza la soddisfazione lavorativa e l'integrità del suo rapporto con la professione. Dall'altro, le conseguenze si ripercuotono sui costi e sull'efficacia dell'azienda sanitaria, oltre che sull'*outcome* delle cure prestate ai pazienti.

Motivi di abbandono della professione infermieristica sul territorio Elvetico (Addor et al., 2016).

1. Burnout: 35%
2. Scarso *empowerment*: 25%
3. Mansioni non correlate alla professione: 17%
4. Conflitto tra lavoro e vita privata: 14%
5. Mobbing sul luogo di lavoro: 3%
6. Episodi di aggressione (comprese le molestie sessuali): 2%

Burnout e abbandono della professione infermieristica nella realtà statunitense

Il burnout nei luoghi di cura: 37% casa per anziani; 34% in ospedale (McHugh et al., 2011).

Fattori che influenzano l'insorgere del burnout:

- ambiente lavorativo;
- numero del personale inadeguato;
- mancanza di una buona *leadership*;
- salario precario (Shah et al., 2021)..

Burnout e abbandono della professione:

- Nel 2017 il 43,4% ha espresso che il burnout è stato un fattore contribuente all'abbandono professionale;
- Per il 31,5% degli infermieri statunitensi è stata la causa dell'abbandono professionale (Shah et al., 2021).

Schema 2: schema riassuntivo sulle cause di abbandono dell'occupazione infermieristica nella realtà elvetica e statunitense

2.3.1 DISINNESCARRE AUTOMATISMI

Secondo un articolo pubblicato sulla rivista scientifica *Science* (s.d., cit. in Kabat-Zinn, 2016), gli esseri umani al contrario degli animali, spendono molto tempo a pensare al passato, a quello che potrebbe succedere nel futuro o ad eventi che non si verificheranno mai. Questo *mindset* porta ad uno stato di tensione cronica, ansia e continua distrazione che diventa parte integrante del modo di interagire col mondo, ovvero come se si procedesse con il pilota automatico inserito (Kabat-Zinn, 2016). La relazione che le persone hanno imparato a stabilire con la propria esperienza interiore è uno dei fattori principali che provoca e mantiene la sofferenza mentale (Didonna, 2016). Spesso le persone tendono a lasciarsi dominare dai pensieri profondi che lentamente prendono il controllo del proprio pensiero e divengono difficili da controllare (Didonna, 2016).

I pensieri e le emozioni, in particolare quelle stressanti che causano preoccupazione rispetto al futuro o un costante rimuginare al passato, hanno un'influenza negativa rispetto all'invecchiamento, alla riproduzione cellulare e sui telomeri. Infatti secondo Epel e Blackburn (s.d., cit. in Kabat-Zinn, 2016) nelle situazioni di stress cronico, l'accorciamento dei telomeri è ben più rapido. In natura, gli eventi stressanti come l'incontro con una preda sono situazioni temporanee. Nel mondo dell'uomo moderno invece, lo stress è principalmente di carattere psicologico ed esso può essere continuo, indipendentemente dal fatto che la minaccia sia reale o potenziale (Goleman & Davidson, 2017). La vulnerabilità alle malattie, quali il diabete e l'ipertensione, causate dallo stress, dovrebbero far riflettere, secondo Goleman e Davidson (2017) sugli schemi mentali negativi dell'essere umano.

Se d'un lato la corteccia cerebrale ha permesso all'uomo di costruire civiltà e creare tecnologie all'avanguardia, dall'altro la corteccia prefrontale, che è il centro esecutivo del cervello umano, fornisce sia il vantaggio di anticipare il futuro ma anche di creare delle preoccupazioni in merito; e inoltre può far ripensare al passato, conducendo al rischio di rimuginare su di esso (Goleman & Davidson, 2017). Quanto più i *pattern* mentali sono negativi, tanto più incrementano gli effetti negativi e la cascata dello stress.

2.4 LO STRESS

Lo stress è una delle tipologie di sofferenza più comunemente citate; infatti, risulta essere uno dei fenomeni maggiormente studiati in diverse discipline (Tortorici & Rozbowsky, 2012). Per questo motivo, nei seguenti sotto-capitoli verranno evidenziate le differenze tale condizione a livello biologico, psicologico, ambientale e occupazionale.

2.4.1 LO STRESS BIOLOGICO

Le ricerche di Hans Selye sono state determinanti per la concezione del concetto di stress. Si è passati dal considerarlo come una "sindrome generale di malattia" ad una "sindrome generale di adattamento" (Baiocco et al., 2004). Il filosofo-endocrinologo viennese, comprese che tale condizione è una reazione dell'organismo che si attiva al fine di garantire l'adattamento e la difesa a qualsiasi tipo di sollecitazione che altera l'omeostasi dell'organismo, sia essa interpretata come positiva o negativa, intesa come disadattativa (Baiocco et al., 2004).

Secondo il dottor Selye (1976) lo stress è una risposta aspecifica del corpo ad uno *stressor*. Indipendentemente dalla causa che lo innesca, il meccanismo di adattamento fisiologico sarà sempre il medesimo per ogni condizione. Lo stress non è quindi una malattia, bensì una condizione derivante da un input il quale comporta una serie di reazioni fisiche e mentali volte a riequilibrare l'omeostasi del soggetto (Selye, 1976) che risulta essere perturbata da fattori endogeni od esogeni (Tortorici & Rozbowsky, 2012).

Qualora una persona si trova in una situazione di stress, il corpo è in grado di attivare in maniera fisiologica una serie di segnali neurochimici deputati alla difesa e al ripristino dell'omeostasi. Questa risposta fisiologica è definita da Selye come "Sindrome generale di adattamento" ed è riassunta in tre stadi (Lazarus, 2006):

- Nel primo si presenta una reazione d'allarme dove la persona attiva la risposta involontaria. In funzione della valutazione cognitiva, la persona affronta lo stimolo o fugge se esso risulta troppo pericoloso. Attraverso un adattamento neuro-umorale ed endocrino determinato dalle modificazioni interne od esterne, l'organismo si prepara a fornire una risposta di difesa (Lazarus, 2006). In un primo momento l'individuo entra in una fase di shock nella quale il funzionamento dell'organismo è minimo, e successivamente avviene il controschoc, attivato dal sistema neurovegetativo (Tortorici & Rozbowsky, 2012).
- Nel secondo stadio chiamato "resistenza" il corpo affronta lo stress stimolando il processo infiammatorio volto a ridurre la proliferazione dello stimolo nocivo, al fine di ripristinare l'omeostasi e di non creare danni ulteriori. L'ipofisi, che ha un ruolo anche come ghiandola endocrina, produce e secreta l'ormone adenocorticotropo noto anche come ACTH, che stimola le ghiandole surrenali a produrre i corticosteroidi che hanno un'azione antinfiammatoria. In aggiunta l'ACTH stimola il sistema nervoso autonomo a rilasciare catecolamine che attivano il corpo alla

condizione di attacco-fuga. In questa fase la risposta biologica diventa stabile e le manifestazioni della prima fase spariscono (Minelli, 2012). Più avanti, come effetto opposto, vengono rilasciate le endorfine, ormoni deputati alla riduzione del dolore, alla difesa e all'alleviamento dello stress (Lazarus, 2006).

- Se non è possibile ripristinare l'omeostasi, si giunge alla terza fase, quella dell'esaurimento, che si presenta dal momento in cui la condizione di stress compromette le risorse fisiologiche portando la persona al *distress* (Lazarus, 2006).

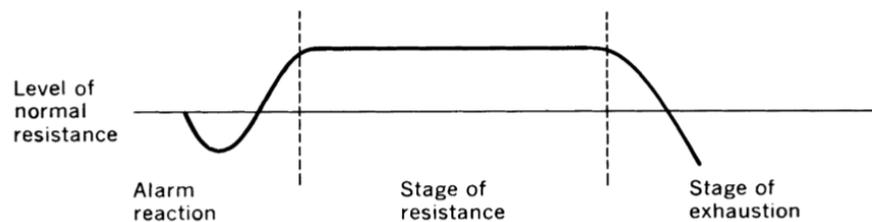


Figura 4: rappresentazione schematica degli stadi fisiologici dello stress (Selye, 1976)

Seguendo il paradigma di fisiologicità, Selye spiega che se l'evento stressante si ripete in maniera prolungata nel tempo, esso crea un "effetto alone" che, col passare del tempo, si accumula nell'organismo dando forma allo stress cronico (Baiocco et al., 2004).

La causa dello stress non è quindi data dagli *stressor*, ovvero la minaccia, bensì dalle richieste di adattamento dell'organismo. Tale richiesta può provenire sia dall'interno che dall'esterno della persona; tuttavia, il corpo risponderà sempre in maniera aspecifica alla necessità (Baiocco et al., 2004).

Nel 1988 Sterling ed Eyer hanno introdotto il concetto di "allostasi" con il quale hanno evidenziato che in risposta agli stimoli ambientali, i parametri fisiologici - come la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e respiratoria - sono direttamente modificabili in funzione al comportamento della persona, e quest'ultimo corrisponde direttamente a specifiche attività del cervello. In questo modo, un cervello allostatico diviene il regolatore primario delle risposte corporee agli *stressor* percepiti (Minelli, 2012).

Tuttavia, in caso di stress cronico o ripetuto, le modificazioni fisiologiche col tempo diventano meno adattative ed elastiche (ovvero meno reversibili) e possono avere effetti negativi se permangono per lungo tempo. Questa condizione è definita con il nome di carico allostatico (Minelli, 2012).

Segni e sintomi dello stress biologico:

A causa dei mediatori biochimici che possono presentare un aumento della loro secrezione, in caso di stress acuto possono insorgere sintomi di svariata natura (Chrousos, 2009). Da un punto di vista fisiologico possono presentarsi diversi tipi di dolore quali cefalea, addominalgia, lombalgia e/o dolore pelvico, ma anche sintomi del tratto gastrointestinale manifestati con diarrea, stipsi e maldigestione. Invece, da un punto di vista comportamentale il soggetto può avere attacchi di panico e sintomi psicotici.

Mentre nello stress cronico, si possono osservare problemi cardiovascolari quali l'ipertensione e processi aterosclerotici, metabolici come l'obesità e il diabete mellito 2 e problemi degenerativi neurovascolari come l'osteoporosi e l'osteopenia (Chrousos, 2009). Anche qui si possono riscontrare sintomi comportamentali e/o neuropsichiatrici quali stati di ansia, depressione, disturbi del sonno, attacchi di panico ed episodi psicotici.

Essi sono secondari ad una continua od intermittente attivazione dello stress e della prolungata secrezione dei mediatori chimici. D'un lato, il cortisolo, il CRH, la noradrenalina e altri ormoni, attivano il sistema che innesca la paura e da esso ne deriva l'ansia, l'iperfagia e l'anoressia. Dall'altro lato, i mediatori del sistema di ricompensa non sono più reattivi e questo può innescare la depressione, il desiderio crescente di cibo e altre sostanze (Chrousos, 2009).

2.4.2 LO STRESS PSICOLOGICO

Il modello dello stress psicologico pone l'accento ai processi psicologici come anche alle differenze soggettive rispetto la valutazione delle richieste ambientali. Lo stress è il risultato dell'interazione della persona con l'ambiente e compare dal momento in cui le richieste che provengono dall'ambiente sono maggiori delle risorse individuali (Maes et al., 2012). Cherniss (1983) afferma che questa situazione dovrebbe mobilitare la persona affinché ristabilisca l'equilibrio tra le richieste e le risorse; aspetto che in altre parole mostra un'analogia fra la capacità della persona di far fronte alle situazioni della vita attraverso l'utilizzo delle proprie risorse, che esse siano generali o specifiche.

Invece, secondo Carlson e colleghi (2006, cit. in O'Donovan et al., 2013) da un punto di vista psicologico lo stress può essere descritto come una risposta data dal proprio schema mentale, comportamentale, cognitivo ed emozionale rispetto a stimoli reali o immaginari che sono percepiti come pericolosi per la salute o come stimoli che impediscono il raggiungimento di un obiettivo.

Il modello ideato da Lazarus e Folkman proposto nel 1984, spiega che la reazione emotiva e comportamentale allo stress dipende dalla valutazione che consegue all'evento vissuto (Maes et al., 2012). Secondo gli autori lo stress è un processo caratterizzato da due valutazioni:

- Nella prima si esamina il significato soggettivo che si attribuisce all'evento in termini del danno o beneficio che può provocare. Tale valutazione può essere positiva, neutra o negativa. In aggiunta, la persona si domanda se l'evento gli crea difficoltà. Se lo stress è interpretato come positivo, anche le emozioni lo saranno, in quanto lo *stressor* viene considerato come un'opportunità di sviluppo. Contrariamente, se le emozioni sono negative, lo *stressor* è percepito come una minaccia da un punto di vista psicologico e/o fisiologico. In questa situazione la persona può provare ansia o rabbia, piuttosto che dolore se l'evento porta danni o perdite alla persona (Maes et al., 2012).
- Nella seconda valutazione, l'individuo si domanda che cosa può fare in merito al problema, ricercando mentalmente le proprie strategie di *coping* volte a ridurre la minaccia, i danni e le perdite che possono derivare dall'evento (Maes et al., 2012).

In questo modello di concezione dello stress, si passa da un *coping* centrato sul problema ad un *coping* centrato sulle emozioni (Maes et al., 2012).

È necessario considerare che ogni individuo reagisce in maniera diversa di fronte al medesimo *stressor* per il fatto che ogni persona attribuisce un significato differente alla situazione nella quale si trova coinvolta (Baiocco et al., 2004).

Come visto, il modo in cui si reagisce allo stress ha pertanto conseguenze notevoli dal punto di vista fisiologico, psicologico e sociale, ed è per questo che alcune persone sono predisposte ad ammalarsi come risultato dei *coping* mal adattativi o disfunzionali (Maes et al., 2012). Diviene così centrale il processo di mediazione cognitiva che la persona

adopera per dare un peso allo *stressor* che è in corso. Il modo in cui esso viene percepito, può determinare da un punto di vista funzionale se uno *stressor* può creare un danno o una perdita funzionale o reale oppure se esso è interpretato come sfida e quindi consente di superare la difficoltà con persistenza e fiducia in sé.

2.4.3 LO STRESS AMBIENTALE

Questo modello pone il focus sugli eventi della vita e le condizioni dell'ambiente che possono incrementare il rischio di andare incontro a condizioni che alterano la salute (Maes et al., 2012). Levi (s.d., cit. in Baiocco et al., 2004) ha constatato che gli stimoli psicosociali, ovvero gli elementi derivanti dall'interazione sociale, interferiscono sulla persona ogni volta che vengono percepiti e valutati come minaccia. Oltre a ciò, sono compresi anche gli aspetti economici, di salute personale e interpersonale (Levi & Kagan, 1980 cit. in Baiocco et al., 2004).

Meichenbaum (1990) considera lo stress da un punto di vista transizionale, ovvero come un rapporto dinamico e in continuo cambiamento tra l'individuo e l'ambiente e si presenta mentre l'uno interagisce sull'altro. Vale a dire che al fine di comprendere lo stress è necessario considerare entrambi gli attori inseriti in uno specifico contesto di una situazione reale. Questa considerazione mette in luce come ci sia una stretta relazione fra l'ambiente interno dell'individuo e quello esterno, ambientale, rispetto all'insorgenza dello stress e perciò non è possibile considerare uno, senza tener conto dell'altro.

Il concetto di stress è paragonabile ad un ombrello che contiene più modelli teorici (Karasek & Theorell, 2012). Nonostante la diversità delle teorie, quello che le accomuna è che la persona è sempre il target sul quale lo stress agisce, mentre l'ambiente è la fonte di stress, o all'interno di esso vengono determinati gli *stressor* che innescano la risposta dell'individuo al processo che ne consegue.

La qualità delle interazioni sociali all'interno dell'ambiente in ambito infermieristico è un fattore determinante per lo stress occupazionale. Molti autori, suggeriscono che al fine di prevenirne l'insorgenza, gli operatori sanitari con funzioni dirigenziali dovrebbero occuparsi di creare un ambiente idoneo affinché un *team* infermieristico operi in maniera armoniosa e salutare.

Stress biologico	Stress psicologico	Stress ambientale
Modello che pone l'accento sui processi fisiologici che avvengono quando si instaura lo stress.	Modello che si focalizza sulle valutazioni psicologiche e le emozioni che il soggetto attribuisce allo <i>stressor</i> .	Modello che enfatizza il fatto che non è possibile considerare lo stato della persona e dell'ambiente (interno ed esterno alla persona) in maniera separata in quanto l'uno influenza l'altro.

Tabella 1: riassunto dei modelli di stress

2.5 LO STRESS OCCUPAZIONALE NEGLI INFERMIERI

Il lavoro è considerato un'attività fondamentale per l'essere umano nella quale può esprimere le proprie capacità e potenzialità ma può anche auto-realizzarsi (Allavore, 1994 cit. in Baiocco et al., 2004). Oltretutto, influenza positivamente l'autostima in quanto

il soggetto percepisce un senso di padronanza sull'ambiente, sul proprio sistema di valori e sulle capacità. Tali aspetti incrementano anche la motivazione volta a voler migliorare le proprie prestazioni (Lo Iacono, 1991 cit. in Baiocco et al., 2004), aspetto che mostra una stretta relazione al SOC.

Lo stress occupazionale è determinato dall'interazione delle caratteristiche psicologiche del dipendente e dalle condizioni del suo luogo di lavoro (Baiocco et al., 2004). Esso è la risposta che molti lavoratori presentano qualora si trovano davanti a richieste e pressioni lavorative eccessive e quando la persona si trova ad avere scarse conoscenze e competenze rispetto alle mansioni che gli sono richieste di svolgere (Leka et al., 2003). Questa condizione spesso peggiora nel momento in cui gli impiegati percepiscono di avere uno scarso supporto dai colleghi e dai supervisori e quando hanno poco controllo sul proprio lavoro o su come possono fronteggiare le richieste lavorative (Leka et al., 2003). Tuttavia, la pressione sul luogo di lavoro è inevitabile; essa però può essere percepita come accettabile dal momento in cui il professionista è in grado di essere attento, motivato e capace di lavorare sfruttando le risorse personali e del settore di lavoro. Se però diventa ingestibile, come precedentemente citato porta al *distress* (Leka et al., 2003).

Il modello *demand/control* proposto nel 1989 dall'ingegnere e psicologo statunitense Robert Karasek, mette in evidenza che lo stress occupazionale è mediato dalla domanda, ovvero l'impegno fisico e psicologico associato al carico lavorativo necessario per svolgere una mansione; e dal controllo, cioè dalla capacità effettiva nello svolgere il compito (Tortorici & Rozbowski, 2012). Perciò quanto più impegno lavorativo è richiesto, tanto più sarà difficile fronteggiare la domanda e controllare le condizioni lavorative. Le richieste e le pressioni lavorative sono fonte di stress dal momento in cui le strategie occupazionali di coping sono assenti, o non sono in grado di rispondere alle domande (Tortorici & Rozbowski, 2012).

Le variabili che influenzano lo stress occupazionale sono la complessità stessa del lavoro e dal numero di operatori, la quantità e la qualità del sostegno sociale proveniente dai colleghi e dai superiori (Tortorici & Rozbowski, 2012). A questo punto è possibile dichiarare che la professione infermieristica, per la sua complessità e per la sua costante dedizione alle persone soggette da qualsiasi tipo di sofferenza, può essere ritenuta complessa, specie per il variare costantemente delle situazioni (proprietà emergente) e per la forte influenza che le interazioni fra più sistemi hanno fra di loro (retroazione).

Poiché la maggior parte delle persone trascorrono buona parte delle ore di veglia al lavoro, le condizioni di tale ambiente sono fondamentali e determinanti per il SOC dell'individuo, dunque anche per la salute non solo del dipendente, ma anche del suo *entourage* e della comunità stessa (Jenny et al., 2017). Per garantire un ambiente lavorativo salutogenico, esso deve mostrare un chiaro SOC, infatti Antonovsky (1987a, cit. in Jenny et al., 2017) spiega che deve esserci coerenza nelle azioni, un carico di lavoro adeguato e occasioni di partecipazione ai processi decisionali che a loro volta sostengono la percezione del senso di significatività, comprensibilità e gestibilità.

In genere, le persone fanno capo alle risorse sia per superare situazioni potenzialmente dannose, ma anche per rinforzare la propria posizione nella vita e nel lavoro e per raggiungere i propri obiettivi (Jenny et al., 2017). Le risorse lavorative fanno parte delle RGR che consentono di sviluppare il SOC dei lavoratori, il quale è influenzato dalla

modalità con la quale il singolo professionista percepisce, valuta e affronta le richieste lavorative. Con un alto SOC, un dipendente diviene in grado di percepire tali richieste come una sfida (interpretata come motivazione) anziché come una minaccia, oltretutto quella persona sarà sicura delle proprie risorse disponibili per fronteggiare la situazione e sarà altamente probabile che scelga una strategia di *coping* adeguata alla situazione. Dunque, una buona salute è un requisito per incorporare e mantenere le RGR e le risorse lavorative (Jenny et al., 2017).

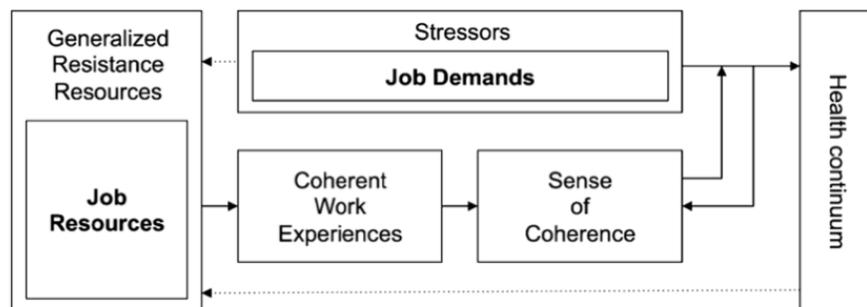


Figura 5. Schema semplificato del modello salutogenico di Antonovsky applicato al contesto lavorativo (Antonovsky, 1987a cit. in Jenny et al., 2017 p.198)

Tuttavia, lo squilibrio dello stress occupazionale può essere determinato anche dal momento in cui un lavoratore ha delle competenze individuali superiori alle richieste lavorative (Del Rio, 1993); ma la letteratura infermieristica mostra che la condizione è scatenata dall'effetto opposto.

Sono nove le caratteristiche psicosociali che fanno parte del mondo del lavoro e possono incidere negativamente sul benessere della persona, esse includono:

- aspetti legati alla funzione e alla cultura organizzativa;
- partecipazione nei processi decisionali;
- sviluppo della carriera professionale;
- ruolo adottato nell'organizzazione;
- contenuto del lavoro;
- carico e ritmo di lavoro;
- turni di lavoro;
- relazioni interpersonali sul lavoro;
- collegamento lavoro-casa (Cox et al., 1996).

In talune condizioni, ognuna di queste nove caratteristiche si è mostrata stressante e/o dannosa per la salute (Cox et al., 1996). Perciò più sono disfunzionali, più aumenta il rischio che un operatore sia soggetto a stress occupazionale.

Secondo uno studio di Gray-Toft e Anderson (1981, cit. in Cox et al., 1996) le fonti principali di stress nel corpo infermieristico comprendono i seguenti aspetti: l'accompagnamento della persona al fine vita, conflitti con i medici oppure con altri infermieri, preparazione inadeguata per la gestione delle emozioni dei pazienti e del suo *entourage*, scarso supporto da parte dello staff, carico di lavoro elevato, incertezze sui trattamenti; ma anche carenza del personale e situazioni a rapida evoluzione (O'Donovan et al., 2013).

Lo stress occupazionale influenza negativamente e in maniera marcata la qualità della vita professionale di un infermiere, allo stesso modo riduce contemporaneamente la

qualità delle cure (Sarafis et al., 2016) e porta ad un aumento dell'incidenza delle malattie psichiatriche e somatiche (Cox et al., 1996). Le considerazioni che gli operatori hanno rispetto agli utenti e al proprio lavoro possono avere implicazioni specialmente se lo stress occupazionale si cronicizza (Cherniss, 1983), si osservi l'analogia con la considerazione sullo stress proposta da Meichenbaum: ancora una volta non è possibile considerare separatamente lo stato della persona e dell'ambiente, poiché la qualità dell'interazione che ne deriva, è determinante per la percezione dell'ambiente lavorativo e per la qualità del proprio operato.

Cherniss (1983) suggerisce che se lo stress occupazionale va crescendo durante tutta la giornata lavorativa e porta ad una diminuzione progressiva dell'empatia verso i pazienti e dell'entusiasmo verso il proprio operato. Questo implica una ridotta qualità di cure erogate in particolare per l'ultimo paziente visto durante il turno, rispetto al primo. In un certo senso questo aspetto fa capire che tale condizione può determinare un'evidente disparità nel processo delle cure da un punto di vista qualitativo, il che va a contrastare i diritti e doveri della professione infermieristica spiegati nel sotto-capitolo 2.2.

2.5.1 SEGNI E SINTOMI DELLO STRESS OCCUPAZIONALE

I segni e sintomi dello stress occupazionale degli infermieri, si ripercuotono sia a livello fisiologico che psicologico. Nella prima categoria, Blaug e colleghi (2007, cit. in O'Donovan et al., 2013) spiegano che i sintomi possono essere divisi in due gruppi:

- A breve termine un infermiere può presentare tensione muscolare, dolore toracico, cefalea, indigestione, palpitazioni, predisposizione a infezioni respiratorie (Blaug et al., 2007 cit. in O'Donovan et al., 2013).
- A lungo termine sono i sintomi dettati dallo stimolo eccessivo e persistente del sistema simpatico e del sistema adeno-corticale che a sua volta può compromettere le arterie e altri organi. Le persone che operano sotto stress elevato sono maggiormente soggette a malattie coronariche, che sono oltretutto una delle cause principali di morte (Cohen et al., 2007; McEwan, 2009 cit. in O'Donovan et al., 2013).

Invece da un punto di vista psicologico, come segno iniziale di stress può esserci il deterioramento cognitivo presentato con deficit di concentrazione, di organizzazione dei pensieri in modo logico, facilità nella distrazione. Tutto ciò può portare a ridotta qualità lavorativa (Gelsema et al., 2003 cit. in O'Donovan et al., 2013). Durante la propria pratica professionale l'infermiere può anche presentare ridotta motivazione e apatia, segni dai quali deriva la difficoltà nel portare a termine i compiti lavorativi e questo espone a un maggior rischio di errori (Jones et al., 2003 cit. in O'Donovan et al., 2013).

Da un punto di vista comportamentale si può osservare il consumo di alcol e sostanze psicoattive, come anche un adempimento ad una alimentazione irregolare (Malone, 2004 cit. in O'Donovan et al., 2013) ed una perdita della propria routine di esercizio fisico dalla quale consegue un aumento della sedentarietà (O'Donovan et al., 2013). Condizioni psicopatologiche quali depressione, sbalzi d'umore e stati d'ansia sono frequenti nel *nursing* (Wiegand & Funk, 2012 cit. in O'Donovan et al., 2013).

Ad ogni modo lo stress occupazionale oltre che influenzare il singolo, ha delle evidenti ripercussioni sull'azienda per via dell'aumento dei costi derivanti da assenteismo, malattia, turnover e una progressiva riduzione di un clima lavorativo sano (Tortorici & Rozbowski, 2012).

2.6 IL BURNOUT

La condizione del burnout è stata descritta per la prima volta nel 1974 da Herbert Freudenberger (1926-1999), psicologo clinico che spesso faceva volontariato in una clinica gratuita nell'*East Village* della città di New York che in quei tempi era frequentemente trafficata dalla droga (Reith, 2018). Col tempo lo psicologo ha osservato i sintomi psicosomatici e l'esaurimento emotivo che si presentava nel personale volontario della clinica, da qui è nato il termine burnout (Reith, 2018).

Tradotto letteralmente burnout significa "bruciare fuori" con questo termine Freudenberger (1974) ha voluto descrivere una condizione nella quale il soggetto si sente logorato, esaurito, in uno stato di fallimento dopo aver consumato eccessive energie, forze e risorse.

La definizione più accettata rispetto a questo argomento è stata fornita nel 1981 da Christina Maslach e Susan Jackson (Cañadas-De la Fuente et al., 2015) che hanno descritto il burnout come una sindrome che si presenta in risposta allo stress cronico ed è caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione della realizzazione personale (Maslach, 2003).

Nonostante il burnout e lo stress possano sembrare simili, è utile precisare che la sindrome non è il risultato dello stress fine a sé stesso, bensì dello stress non mediato, ovvero quello stress che la persona attraverso le sue risorse, non è riuscito a gestire per creare un nuovo equilibrio di stabilità (Farber, 1983 cit. in Del Rio, 1993). Infatti, i sintomi si presentano dopo un determinato tempo nel quale la persona è stata esposta a situazioni stressanti (Del Rio, 1993). Nuovamente, si osserva un intreccio con la teoria della complessità: si noti come tale sindrome insorge all'interno di un'interazione sociale composta da una rete molto vasta nella quale è impossibile non prendere in considerazione che la relazione e quindi anche il burnout, derivano da un processo di emergenza, non-linearità, dove l'effetto a farfalla influenza il progredire della sindrome, e gli effetti che essa determina.

2.6.1 LE CARATTERISTICHE DEL BURNOUT

Nel settore infermieristico, l'esaurimento emotivo è determinato da sovraccarichi emotivi e psichici provenienti dalle relazioni interpersonali con colleghi, pazienti e il loro rispettivo *entourage* (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). La persona si sente troppo coinvolta da un punto di vista emotivo e può riferire di non avere sufficienti energie per affrontare un nuovo giorno. È come se non avesse più sufficienti di risorse emotive (Maslach, 2003). L'esaurimento emotivo è la dimensione centrale del burnout poiché spinge il soggetto a distaccarsi emotivamente e cognitivamente dal proprio lavoro per far fronte al sovraccarico che ne deriva da esso (Maslach et al., 2001).

Segue la depersonalizzazione, ovvero lo sviluppo di comportamenti di carattere cinico verso i pazienti, il loro *entourage* e i colleghi (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). L'infermiere diviene predisposto ad arrabbiarsi e irritarsi facilmente, ha difficoltà a trattenere le emozioni e tende ad avere stati d'ansia (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), i colloqui possono sembrare infiniti, gli studenti maleducati (Del Rio, 1993). Eventualmente la persona si presenterà sospettosa e paranoica nei confronti dei colleghi, ad esempio potrà pensare che tutti vogliano prendersi gioco di lui o lei (Freudenberger, 1974).

Per ultimo, la riduzione della realizzazione personale è caratterizzata dal fatto che il curante assume una visione negativa di sé stesso e questo deriva da una serie di situazioni lavorative prive di gratificazione (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

Ad una minima pressione lavorativa, il soggetto si sentirà sovraccaricato dal lavoro e ciò lo porterà ad avere una comunicazione disfunzionale con chi gli sta attorno, presentata con urla e grida (Freudenberger, 1974). Altri sintomi caratteristici del burnout possono comprendere da un punto di vista fisiologico l'insorgenza di cefalee e disturbi del tratto gastrointestinale (Freudenberger, 1974).

Tale sindrome ha conseguenze negative per tutte le professioni di aiuto poiché gli operatori sono tenuti a rispondere a numerose richieste e spesso si trovano in situazioni nelle quali hanno un forte coinvolgimento emotivo date le sofferenze e le difficoltà dei pazienti (Baiocco et al., 2004). Altri fattori influenti sono dettati dal fatto che gli infermieri possono trovarsi continuamente sotto pressione e sono chiamati a prestare cura anche in situazioni urgenti (Baiocco et al., 2004). Questa sindrome può manifestarsi con diverse modalità e intensità a seconda della persona. Tipicamente si presenta dopo almeno un anno che un professionista ha iniziato a lavorare presso un'istituzione (Freudenberger, 1974). Da un punto di vista sistemico, si osserva che la sindrome incide sull'umore del personale, sul rispettivo benessere psicologico e quindi anche sulla qualità delle cure, che va a diminuire (Cherniss, 1983).

Nonostante il burnout non sia una patologia bensì una sindrome, è comunque necessario che per determinare la sua presenza venga eseguita una valutazione oggettiva. Per questo motivo, nel 1981 Maslach e Jackson hanno ideato la *Maslach Burnout Inventory (MBI) Scale*, una scala che rileva e valuta questa condizione. I criteri di valutazione si basano sulle caratteristiche principali della sindrome, ovvero l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale (Maslach et al., 2001).

2.7 STARE BENE E PRENDERSI CURA DI SÉ

Una delle indicazioni da tenere presente per la prevenzione del burnout, è di non considerare soltanto l'incremento delle risorse in quanto le cause di questa sindrome possono essere molte altre (Baiocco et al., 2004) come già precedentemente spiegato. Da un punto di vista individuale, affinché si crei un cambiamento è necessario che l'operatore sia consapevole del fatto che il burnout è un problema reale per il quale è necessario agire. A tal proposito, il singolo professionista deve essere disposto a prendersi la responsabilità di fare qualcosa (Baiocco et al., 2004).

Il senso comune ci suggerisce che un infermiere in salute e felice è in grado di produrre sia delle cure qualitative che un ambiente di lavoro salutare (Crane & Ward, 2016). Se si sente triste, piuttosto che sottovalutato o frustrato, egli è tenuto a prestare attenzione ai suoi sintomi (Crane & Ward, 2016).

Per capire come promuovere la salute dell'infermiere, è bene prima chiarire cosa è il benessere. Secondo Diener (2000, cit. in Boniwell, 2012) il benessere soggettivo, inteso anche come felicità, è determinato da due aspetti:

- la percezione cognitiva che una persona possiede rispetto alla soddisfazione della propria vita: un individuo risulta soddisfatto di questo aspetto dal momento in cui presenta poca o nessuna discrepanza tra l'ideale e lo stato attuale;
- lo stato affettivo, che ingloba gli stati d'animo, le emozioni positive e negative associate alla propria vita quotidiana (VQ).

Benessere soggettivo = soddisfazione della propria vita + stato affettivo

Soddisfazione della propria vita

→

Dimensione cognitiva = soddisfazione del proprio ideale di vita

Stato affettivo

→

Dimensione emotiva = emozioni positive e negative della VQ

Schema 3: il benessere soggettivo secondo Diener (2000, cit. in Boniwell, 2012) riassunto in breve

La psicologa Carol Ryff invece descrive il benessere psicologico e spiega che la felicità è composta da sei componenti, ovvero la valutazione positiva di sé stesso e della propria vita (auto-accettazione), la crescita personale, avere uno scopo nella vita, avere positive relazioni interpersonali, avere padronanza dell'ambiente ovvero essere in grado di gestire in maniera efficace la propria vita e l'ambiente circostante e d'ultimo possedere autonomia (Boniwell, 2012).

Si osservi come il benessere in entrambi i modelli pone l'accento sia sulla condizione interna che esterna alla persona: essa è resa possibile soltanto se tutte le componenti (cognitive, emotive, relazionali) sono in armonia. Infatti, se si prende in esame il sottocapitolo dello stress, è reso esplicito come esso si osserva in più forme: può essere biologico, psicologico, come anche ambientale e persino occupazionale. Infatti, è anche stato osservato che lo stress ambientale è condizionato sia dalle caratteristiche del luogo nel quale la persona è situata, come anche dalle sue percezioni. Ricerche hanno dimostrato che la felicità si collega ad alcuni benefici:

- un aumento dello stato di salute, del successo, della capacità di autoregolazione, dei comportamenti volti a fornire aiuto, della creatività;
- un miglioramento delle relazioni interpersonali (Boniwell, 2012).

Tuttavia, Sonja Lyubomirsky (2008) fa notare che il benessere rimarrà sempre e comunque soggettivo in quanto per il 50% è determinato dalla predisposizione genetica, il 40% dalle attività intenzionali e di sforzo per le quali un individuo si impegna e il 10% dalle condizioni ambientali.

Dossey e Keegan (2013, cit. in Nilsson, 2021) definiscono l'autocura come un'aderenza ad attività e comportamenti che promuovono la salute e migliorano il benessere. Se un infermiere non si prende cura regolarmente del proprio benessere fisico, psicologico e spirituale, la capacità di prestare il massimo livello di cura, col tempo andrà a diminuire, aspetto riconosciuto anche dalla fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, Florence Nightingale (Riegel et al., 2021 cit. in Nilsson, 2021). Il processo di autocura è formato da una rete di relazioni e significati che implica la conoscenza di sé, l'attenzione alla propria salute e all'ambiente circostante nel quale vengono anche incluse le relazioni interpersonali prive di tensioni, competitività e conflitti (Silva et al., 2014 cit. in Silva Ferreira et al., 2015). Ad ogni modo, la pratica di cura che è volta a fornire aiuto ad altri, spesso porta gli infermieri a negare i propri bisogni di cura e rigenerazione (Lombardo & Eyre, 2016 cit. in Crane & Ward, 2016). Tuttavia, le pratiche di autocura non sono ancora socialmente implementate nel modo di pensare e nell'ambiente infermieristico (White 2013, cit. in Nilsson, 2021). Tornando al concetto di Lyubomirsky, si può constatare che le pratiche di autocura rientrano nel cappello del 40% delle attività intenzionali per le quali una persona si impegna al fine di promuovere il proprio benessere individuale. Una cifra per nulla bassa sulla ogni singolo può agire intenzionalmente e attivamente.

2.8 IL RUOLO DELLA PRESENZA MENTALE

2.8.1 LA MENTE E LE MODALITÀ DI APPROCCIO ALLA VITA

Prima di parlare della pratica basata sulla consapevolezza, è opportuno comprendere cosa sia la mente e quali sono le due modalità di approccio che l'essere umano può adoperare attraverso quest'ultima.

Come prima cosa, il cervello è definito come un insieme di neuroni che sono interconnessi fra di loro e interagiscono con il corpo e l'ambiente (D. J. Siegel, 2016). Seguendo la logica della teoria della complessità, l'autore definisce la mente come una proprietà emergente, auto-organizzantesi, incarnata (nel corpo) e relazionale (influenzata dalle relazioni fra sé e gli altri), capace di regolare il flusso di energia e d'informazione derivante dalle interazioni con l'ambiente interno ed esterno a sé. Perciò il flusso di energia e informazione che viene prodotto è corporeità, ed è condiviso nelle relazioni e regolato dalla mente; quindi l'esperienza umana può essere definita da questo triangolo composto da relazioni, mente e corpo (D. J. Siegel, 2016).

In maniera simile, la teoria di Santiago definisce la mente come un processo, che sorge nel corso della vita ed è mediato dal cervello. La relazione tra mente e cervello risulta così essere una relazione tra il processo e la struttura. Tuttavia i processi della mente non provengono esclusivamente dalla struttura del sistema nervoso centrale, bensì da tutta la struttura corporea (Capra & Luisi, 2020). Tale aspetto potrebbe essere un presupposto valido che spiega il motivo per il quale in situazioni di stress una persona prova determinati sintomi fisici.

Concretamente, una persona che socializza produce delle risposte agli stimoli che coglie dalle relazioni intrapersonali e interpersonali, e organizza informazioni e sensazioni (energie, intese come emozioni) che ne derivano. Data la complessità delle relazioni, dell'ambiente e in questo caso, anche della mente, questa organizzazione varia a seconda delle situazioni e insieme ad essa ne varia anche la risposta. Questo passaggio spiega in altre parole quanto visto nei capitoli precedenti: la risposta allo stress è sempre soggettiva, in quanto è mediata dai processi psicologici del singolo individuo.

Gli esseri umani possono approcciarsi al mondo attraverso due modalità, quella del fare e quella dell'essere (Imperiale, 2009). Attraverso la prima, la mente della persona è focalizzata sullo scopo, per questo usa una mente automatica, la quale è costantemente convinta che ci sia sempre qualcosa da cambiare, da raggiungere, da ottenere. Il soggetto presenta una forte discrepanza tra la propria personalità, tra ciò che ha e ciò che potrebbe o vorrebbe avere. Per questo motivo, chi adopera una modalità del fare, assume un comportamento che tende al controllo e alla manipolazione al fine di promuovere la crescita e il miglioramento personale. In realtà da questa attitudine la persona ne trae solo una forte sofferenza e insoddisfazione (Imperiale, 2009).

Invece, la modalità dell'essere è basata sul lasciare che le cose si presentino per come sono. Attraverso questo approccio la persona non interferisce sulle esperienze di vita per modificare l'essenza dei fatti, bensì assume un approccio ricettivo e aperto all'esperienza diretta e istantanea del momento presente, che non è filtrato dal pensiero di come la persona vorrebbe che le cose si presentino. Questo tipo di consapevolezza è neutra, non è favorevole o contraria a niente, proprio come uno specchio che non giudica mai nulla di quello che riflette, accoglie tutto e non trattiene nulla (Imperiale, 2009).

2.8.2 COLTIVARE LA PRESENZA MENTALE: LE RADICI DELLA MINDFULNESS

Il termine *mindfulness* deriva dalla lingua inglese ed è comunemente riconosciuto per descrivere le pratiche di consapevolezza ideate dal Buddha. Nell'antica lingua pali, la consapevolezza viene definita con il termine *sati*, oggi riscontrata come *mindfulness* (R. D. Siegel et al., 2016). Questo termine è stato introdotto nella lingua comune dal traduttore orientalista Rhys David (1843-1922) quando ormai un secolo fa, lavorò sui testi della *Buddhist Text Society*, scritti in pali (Mace, 2010). Due traduzioni alternative che combaciano al termine *sati* e *mindfulness* possono essere "nuda attenzione" o "consapevolezza" (Mace, 2010). Invece, l'etimologia del termine "meditazione" deriva dal latino *mederi* che significa "guarire" e viene infatti associato al termine di "medicina" (Fabbro, 2019). Le varie forme di meditazione possono essere classificate in funzione della postura, del respiro, della presenza o meno di un mantra, del tipo di attenzione, della correlazione religiosa e dalla tempistica (Fabbro, 2019).

Nell'ambito clinico, la meditazione più utilizzata è proprio la *mindfulness* (Fabbro, 2019). Questa pratica viene descritta circa duemilacinquecento anni fa dai testi del Buddha, considerato allora un principe che all'età di ventinove anni rinunciò alle comodità derivanti dal suo ruolo altolocato e intraprese un percorso di introspezione durato sette anni che poi tramandò alle generazioni successive nel corso della sua vita (R. D. Siegel et al., 2016). Infatti, la *mindfulness* conosciuta deriva proprio dalle sue teorie. Essa si è diffusa in tutto il mondo a partire dagli anni Sessanta-Settanta per svariati motivi, uno dei quali comprende il fatto che giovani persone si sono recate in Oriente per imparare le tecniche di meditazione per poi tornare ad insegnarle in Occidente e viceversa maestri Zen si sono trasferiti in Occidente (Kabat-Zinn, 2016).

Secondo Goleman e Davidson (2017) esistono cinque livelli che determinano il grado di intensità con la quale viene diffusa e praticata una meditazione *mindfulness*. Partendo dal primo livello e arrivando al quinto, si osserva una riduzione progressiva delle caratteristiche spirituali derivanti dalla cultura buddista, e una semplificazione delle tecniche di meditazione *mindfulness* proprio con l'obiettivo di espandere la capillarizzazione della pratica meditativa implementandola nella vita quotidiana di quante più persone possibili. In altre parole si passa da una pratica di meditazione puramente spirituale ad una pratica di meditazione puramente semplificata e accessibile a chiunque possieda uno *smartphone* o un tablet. Se da una parte questa capillarizzazione stia facilitando la diffusione della *mindfulness*, dall'altra il rischio di questo approccio semplificato contribuisce all'impoverimento delle attitudini introspettive di chi le sperimenta con la pratica.

2.8.3 COSA È LA MINDFULNESS

Jon Kabat-Zinn (1944 - attuale), pioniere della *mindfulness* nell'ambito clinico, definisce tale pratica come la consapevolezza che sorge quando una persona presta attenzione al momento presente e alle esperienze che vive con intenzionalità e senza giudizio (R. D. Siegel et al., 2016). La *mindfulness* permette di svolgere pratiche di meditazione, senza però necessariamente aderire alle pratiche spirituali buddiste (Imperiale, 2009), come anche spiegato da Davidson e Goleman (2017).

Secondo Kabat-Zinn (2016) la consapevolezza è l'abilità di vivere il presente, senza giudicarlo. Proprio perché è un'abilità che può essere sviluppata come un muscolo, più la si rafforza e più diventa agile nella sua funzione. Infatti, uno dei benefici della mindfulness sta nel diventare abili a vedere con più chiarezza il modo con cui una persona vive la propria vita e questo dà la possibilità di adoperare dei cambiamenti volti a migliorare la salute e la qualità della vita stessa (Kabat-Zinn, 2016). Questa pratica inizia e termina con la consapevolezza aperta, non richiede l'identificazione di uno scopo, né di ottenere un risultato specifico in quanto la presenza mentale permette di accettare i fatti per come sono realmente (Mace, 2010) senza porre giudizio all'esperienza e dunque anche uno standard di eccellenza da rispettare.

Egli costituì la base del programma di riduzione dello stress basato sulla consapevolezza (dall'inglese *Mindfulness-Based Stress Reduction*, MSBR) presso il *Medical Center* dell'università di Massachussetts (Goleman & Davidson, 2017). Questo è stato possibile grazie ai ritiri che ha svolto nel corso degli anni con l'*Insight Meditation Society*. Kabat-Zinn comprese che le pratiche della mindfulness avrebbero potuto aiutare i pazienti degenti nei reparti di algologia a distinguere le parti cognitive ed emozionali che si instaurano nell'esperienza col dolore. Riteneva che già solo il puro cambiamento percettivo attraverso l'osservazione delle proprie sensazioni e la scansione del corpo avrebbe potuto portare un considerevole sollievo (Goleman & Davidson, 2017). La MSBR è una pratica sistemica nella quale le persone imparano come prendersi cura di sé in maniera attiva, diviene così un essenziale metodo di cura proprio come altre forme di terapie mediche (Kabat-Zinn, 2016). Il lavoro sul respiro è utilizzato come strumento principale in quanto permette di incrementare la padronanza dei propri pensieri e delle molteplici sofferenze alle quali una persona può essere soggetta (McClafferty, 2018).

La mindfulness racchiude in sé tre caratteristiche: la coscienza, l'attenzione e il ricordo (R. D. Siegel et al., 2016). I primi due aspetti sono intersecati fra di loro in quanto solo dal momento in cui una persona è cosciente di quanto gli sta accadendo attorno, diventa in grado di farsi spazio rispetto alle proprie preoccupazioni e sofferenze emotive per porre la propria attenzione al qui ed ora. Attraverso il ricordo, gli autori non si riferiscono al ricordare quanto è accaduto in passato, bensì al fatto di ricordarsi di essere consapevoli e di prestare attenzione alle qualità che emergono e che sono connesse con l'atto di meditare in maniera consapevole. Tuttavia, è cruciale considerare che nella vita quotidiana, abitualmente, l'essere umano si trova in uno stato di piena consapevolezza solo per periodi di brevissima durata. Per il resto del tempo si trova coinvolto nei propri pensieri e negli scenari immaginari (R. D. Siegel et al., 2016), per questo durante la pratica l'individuo allena la propria attenzione a focalizzarsi sul momento presente. Tuttavia, ciò richiede un certo tipo di impegno e costanza al fine di coltivare la presenza mentale con una certa costanza.

La mindfulness ingloba nelle sue pratiche tre tipologie di meditazione: *ānāpānasati* che pone l'attenzione sul respiro, *vipassanā* che pone l'attenzione sul pensiero e d'ultimo l'osservazione delle sensazioni corporee (processo denominato anche *body scan*) (Fabbro, 2019). Tale pratica consente d'incrementare l'*insight* (o intuizione introspettiva) permettendo d'un lato di comprendere la natura dei propri condizionamenti (come la paura della disapprovazione e la rabbia verso persone con maggiore autorità rispetto a sé) e dall'altro consente di vedere con più chiarezza la complessità della condizione umana (Didonna, 2016) che secondo Yeats (s.d., cit. in Kabat-Zinn, 2019) è condotta

dall'insoddisfazione, dalla sofferenza e dalla trascuratezza del proprio essere. Buona parte di questa connotazione è legata al fatto che non l'essere umano non è allenato a riconoscere né tantomeno ad accogliere il fatto che è impermanente; l'uomo è biologicamente predisposto a mutare ed invecchiare, e così anche i pensieri, le emozioni e gli eventi della vita non durano per sempre.

Aumentare la consapevolezza attraverso questa pratica permette al singolo di identificare i pensieri che occupano la mente e ciò influenza il proprio benessere rispetto a quanto sta svolgendo; l'*outcome* che ne deriva è la presa di coscienza di quello che il singolo sta manifestando per mantenere e coltivare la salute e la felicità (Kabat-Zinn, 2016). Se durante le pratiche formali le persone sono ben guidate, possono spontaneamente raggiungere una condizione in cui passano da uno stato di squilibrio e angoscia ad uno stato di serenità verso sé stessi e da esso ne consegue un miglioramento della percezione soggettiva di benessere (Didonna, 2016).

Kabat-Zinn (2019) suggerisce che se una persona desiderasse apportare un cambiamento nel mondo dovrebbe iniziare cambiando sé stessa, specialmente per via della resistenza che si presenta quando a causa delle caratteristiche della condizione umana il processo di mutazione diviene ostacolato. L'autore spiega che per portare più saggezza e gentilezza nel mondo, in primo luogo la persona deve imparare ad abitare la parte interiore di sé con un tocco di gentilezza e saggezza in più, anche semplicemente iniziando con l'accettazione di sé che spesso è negata in quanto nella società odierna si predilige seguire un modello idealizzato di persona impossibile da adottare senza disequilibrare il proprio sistema mente-corpo.

Le varie pratiche di meditazione mindfulness possono essere svolte in tre modalità differenti:

- In maniera informale, nella vita quotidiana: implica che la persona durante la giornata si ricordi di prestare attenzione a ciò che sta accadendo senza alterare radicalmente le routine di vita. Durante la giornata la persona si allena a sentire le sensazioni dei propri passi, dei sapori del cibo, dell'aspetto di ciò che lo circonda mentre si muove all'interno del suo spazio circostante (R. D. Siegel et al., 2016). Inoltre può praticare i vari esercizi per conto suo, pur seguendo la struttura predefinita (Mace, 2010);
- In maniera formale, la persona che pratica la mindfulness si ritaglia del tempo in modo regolare per meditare, come se frequentasse una sorta di palestra per la mente (R. D. Siegel et al., 2016). Le meditazioni mindfulness che possono essere utilizzate sono le meditazioni sedute, che portano la consapevolezza al proprio respiro, alle sensazioni corporee e ai pensieri; le meditazioni in movimento, svolte camminando o attraverso lo yoga, oppure le meditazioni di gruppo (Mace, 2010);
- Sotto forma di ritiro, ovvero attraverso una sorta di vacanza dedicata esclusivamente a coltivare la mindfulness. La maggior parte dei ritiri implica lunghe ore di meditazioni formali, alternata a meditazione in posizione seduta o attraverso la camminata. Durante il ritiro, il gruppo passa più del tempo in silenzio e ha poche relazioni interpersonali. Il ritiro consente d'un lato di comprendere quanto è difficile stare completamente presenti e dall'altro di allenare tale capacità (R. D. Siegel et al., 2016).

La pratica della mindfulness segue la modalità dell'essere proprio per il suo essere accogliente, silenziosa, priva di giudizio. D'ultimo ma non per importanza, chi pratica la mindfulness impara a vedere in maniera sempre più vivida la tensione e la sofferenza che deriva dalla mente. Con l'aumentare dell'esperienza, il praticante rafforza la sua capacità di vivere il presente rendendo la mente più quieta e meno movimentata così da potersi focalizzare sull'esperienza del presente (Imperiale, 2009).

2.8.4 L'UNITÀ MENTE-CORPO

La mindfulness consente di esplorare la propria dimensione corporea in una modalità spontanea, autonoma e dignitosa (Didonna, 2016). Nella cultura occidentale, l'unità mente-corpo è meno accentuata, mentre nella mindfulness è un presupposto cruciale in quanto mente e corpo comunicano in maniera attiva, continua e retroattiva. Infatti il concetto di essere vivente non viene scisso, bensì mostra una chiara interazione tra il mondo interno ed esterno. La psicologia orientale si trova avvantaggiata rispetto a quella occidentale in quanto promuove una visione più ampia attraverso il riconoscimento dell'interconnessione e interdipendenza dell'unità mente e corpo. La psicologia occidentale invece, per anni è stata incentrata sulla teoria del dualismo cartesiano (Didonna, 2016) il quale considera che ogni causa e il suo rispettivo effetto siano legati da leggi lineari che permettono di ricostruire le condizioni di base di un dato fenomeno (Bottaccioli, 2014).

Col tempo i paradigmi sono evoluti fino ad arrivare a parlare della psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), la disciplina scientifica che studia le relazioni tra l'organismo e la psiche partendo da un paradigma di riferimento biomedico e olistico (Bottaccioli, 2014). La PNEI è costituita da psicologia, endocrinologia, immunologia e neuroscienze. L'origine di questa scienza risale al 1936 quando Hans Selye introdusse i suoi studi legati allo stress. Altre ricerche, come quella di Besedovsky negli anni Ottanta hanno dimostrato il collegamento reciproco tra cervello e sistema immunitario, stabilendo così la relazione biologica e bidirezionale tra stress, cervello e immunità. Più recentemente, nel primo decennio del ventunesimo secolo, è stato dimostrato che una disregolazione immunitaria su base infiammatoria può essere responsabile dei sintomi psicosomatici che accompagnano i disturbi della depressione, dell'ansia, della fatica cronica ma anche dei tumori e delle malattie autoimmuni (Bottaccioli, 2014). Questi sono solo alcuni esempi che sostengono maggiormente quanto affermato da Didonna (2016), ovvero che non si può più pensare alla salute e alla malattia come due entità separate, in quanto la scienza ha dimostrato la forte interconnessione tra la mente e il corpo: questo passaggio mostra un rapporto complementare con l'approccio salutogenico esteso citato nel sotto-capitolo 2.2.

2.8.5 ATTITUDINI DA SVILUPPARE PER COLTIVARE LA PRESENZA MENTALE

Al fine di coltivare la mindfulness, seguire in maniera meccanica le istruzioni non è sufficiente, bensì è necessario che una persona abbia un atteggiamento col quale porta tutto sé stesso nella pratica meditativa (Kabat-Zinn, 2016). Se l'atteggiamento e l'impegno sono scarsi, sarà difficile saper cogliere e accettare le emozioni, indipendentemente che siano positive o negative. Per questo motivo, le intenzioni della persona determinano le premesse di ciò che potrà accadere nella pratica. Secondo l'autore, all'interno del protocollo della *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR),

sono sette le attitudini fondamentali da implementare durante la pratica meditativa ed esse sono interconnesse fra di loro.

Il non giudizio: Durante la pratica la persona deve prestare attenzione all'esperienza del momento, evitando di essere influenzata dai pensieri e dalle opinioni derivanti dalla mente. Ogniquale volta la mente vaga e tende al giudizio, il soggetto è chiamato a riportare l'attenzione alle percezioni della pratica (Kabat-Zinn, 2016).

Pazienza: La pazienza è un atteggiamento di comprensione ed accettazione del fatto che le esperienze di vita hanno una naturale maturazione nel corso del tempo. Durante la pratica si impara a coltivare la pazienza nei confronti del proprio corpo e della propria mente. Questo fondamento torna utile quando nella pratica la mente di una persona è particolarmente agitata, in quanto aiuta ad accettare la tendenza del vagabondaggio (Kabat-Zinn, 2016).

Mente principiante: Avere una mente principiante significa osservare le cose come se fossero costantemente nuove. Questa modalità permette di non cadere nella semplificazione del contesto. Anche se una cosa è già nota alla persona, la mente principiante consente di osservarla sempre con nuovi occhi (Kabat-Zinn, 2016). Secondo Vinje, Ausland e colleghi (2017) per un operatore sanitario è fondamentale imparare a riflettere sul motivo che lo porta a fare un'azione e su come quegli effetti possono influenzare sé stesso e l'ambiente. Questa attitudine mostra una sinergia e si presta utile per promuovere quanto dichiarato dagli autori, poiché spesso si può riscontrare che molti operatori sanitari dichiarano di eseguire le proprie mansioni "perché si è sempre fatto così" e questo dimostra un precario pensiero critico. Ecco che forse, coltivare una "mente del principiante" anche nel contesto occupazionale, può incrementare il pensiero autocritico sul campo lavorativo. Nondimeno, il pensiero critico può essere salutare in quanto aiuta a trovare risorse e a sviluppare il controllo e la visione generale di una situazione. Utilizzare in questo modo l'approccio salutogenico dimostra la volontà di osservare una situazione da più punti di vista e di mantenersi in costante apprendimento (Vinje, Ausland, et al., 2017).

Fiducia: Con la mindfulness la persona impara ad ascoltarsi senza compararsi agli altri e a confidare in ciò che emerge alla coscienza attraverso la pratica (Kabat-Zinn, 2016).

Non cercare risultati: Normalmente nella quotidianità, la maggior parte delle cose che si svolgono hanno una finalità. Nella meditazione questo atteggiamento può essere un ostacolo proprio perché attraverso questa pratica la persona quello che fa è il *non fare*, dedicare del tempo a se stessa, senza obiettivi da raggiungere alla fine della pratica (Kabat-Zinn, 2016). Perciò diventa controproducente se una persona prima di iniziare la pratica meditativa si pone degli obiettivi, perché se non li raggiunge, o li raggiunge in maniera diversa dal previsto, non sarà in grado di cogliere l'essenza del momento in quanto il focus sarà posto sul risultato. È tuttavia fondamentale che a questo si affianchi l'allenamento a chiarire la motivazione che sostiene il voler rinnovare la pratica di volta in volta.

Accettazione: Al fine di vivere a pieno la pratica meditativa, il soggetto deve rendersi disponibile ad accettare e vedere le cose per come si presentano, ancora una volta, senza cercare di modificarle (Kabat-Zinn, 2016). Questa attitudine diviene così utile a

promuovere l'equanimità, una qualità e un comportamento caratterizzato da pace mentale (McClafferty, 2018) serenità e assenza di giudizio (Treccani, s.d.).

Lasciare andare: Generalmente, l'essere umano tende a ricordare e ad attaccarsi a emozioni ed eventi piacevoli. Mentre quando può, respinge pensieri e sentimenti dolorosi al fine di proteggersi. Attraverso la pratica meditativa la persona impara ad osservare le emozioni e le percezioni che sorgono, momento per momento, per poi lasciare che quanto vissuto, rimanga nell'esperienza della pratica (Kabat-Zinn, 2016).

2.8.6 PROTOCOLLI MINDFULNESS

Il protocollo MBSR si fonda su otto settimane di corso all'interno delle quali i partecipanti apprendono diversi tipi di esercizi di consapevolezza, svolgono gruppi di discussione e ricevono lezioni informative (MBSR-Verband Schweiz, s.d.). L'esperienza comprende numerose tecniche mente-corpo combinate all'approccio *mindful* tra cui il lavoro sul respiro, sul movimento e sull'alimentazione, il rilassamento muscolare progressivo e lo yoga (McClafferty, 2018). Il concetto di impermanenza è centrale nel protocollo di Kabat-Zinn, esso può essere rafforzato in numerosi modi come attraverso l'uso di diari nei quali vengono segnate le emozioni positive e negative vissute nel corso della settimana. Mantenere la traccia di questi aspetti permette a sua volta di raffinare la consapevolezza, di apprezzare l'evolvere della vita, di promuovere e rafforzare l'equanimità citata nella pagina precedente. La MBSR è indicata ai soggetti che presentano sintomi di stress nella vita privata o a livello occupazionale, malattie acute o croniche, dolori cronici, disturbi psicosomatici, a persone che presentano psicopatologie quali ansia, depressione o disturbi del sonno (MBSR-Verband Schweiz, s.d.).

Al giorno d'oggi sono utilizzati in numerosi protocolli basati sulla mindfulness, in vari contesti e per varie condizioni, sia fisiche che psichiche (Kocovski et al., 2016). Da un punto di vista scientifico, il protocollo di Kabat-Zinn è la radice comune delle tecniche scientificamente provate negli anni successivi a lui. I punti chiave dei vari percorsi basati sulla mindfulness, sono la pratica attenta verso l'oggetto del respiro e verso le sensazioni corporee, la presenza di un numero di incontri prefissati volti alla pratica di meditazione formale, momenti di condivisione e confronti di gruppo, ritiri di uno o più giorni dedicati esclusivamente alla meditazione e un invito all'inserimento graduale della pratica nella propria vita quotidiana.

È interessante notare che non lontano dalla Svizzera, più precisamente a Udine (Italia), il neuroscienziato Franco Fabbro basandosi sulla struttura metodologica del protocollo MBSR ha dato luce alla meditazione orientata alla mindfulness (MOM), un programma strutturato in otto incontri settimanali della durata di due ore circa (Fabbro, 2019). Ogni incontro inizia con la presentazione di un tema legato alla mindfulness, segue la pratica meditativa della durata di circa mezz'ora, dove i primi dieci minuti sono dedicati alla consapevolezza del respiro, altri dieci al *body scan* e i minuti restanti all'osservazione degli stati della mente. In seguito, viene dedicata approssimativamente un'ora per trattare i problemi legati alla pratica, agli *insights* incontrati e all'impatto che la pratica ha rispetto all'ambiente familiare e lavorativo (Fabbro & Crescentini 2016, cit. in Fabbro, 2019).

Questo sotto-capitolo fa capire che nonostante la mindfulness non sia una pratica convenzionale per il mondo occidentale, nel corso degli anni è riuscita ad espandere la

sua applicazione pratica in numerosi contesti di cura, ma anche con modalità diversificati, che però si rifanno sempre ai concetti principali di Kabat-Zinn.

2.8.7 COSA NON È

Tutte le pratiche mindfulness implicano un tipo di meditazione, tuttavia specialmente nel mondo dell'occidente esistono delle considerazioni erronee rispetto al significato della meditazione mindfulness, che verranno riassunte di seguito (R. D. Siegel et al., 2016).

Praticare mindfulness non vuol dire tenere la mente vuota, bensì significa allenare la mente in maniera da essere consapevole sul qui ed ora, senza porre giudizio alle percezioni che sorgono dall'evento. Molte persone, riportano Siegel e colleghi (2016), hanno l'erronea speranza che la mindfulness possa liberarli dal peso delle emozioni, specie in contesti di sofferenza. Contrariamente a quanto si possa pensare, la mindfulness ha l'effetto contrario: con la pratica la persona impara a sentire più intimamente e a stare con le proprie emozioni così come sono, senza giudicarle. Nonostante le origini della pratica provengano dalla cultura orientale, dove spesso per via del credo religioso si praticano dei ritiri spirituali, questo aspetto non per forza coincide con la meditazione mindfulness (R. D. Siegel et al., 2016).

Meditare attraverso le pratiche mindfulness non significa scappare dal dolore, bensì incrementare la capacità di supportarlo con le pratiche di consapevolezza (R. D. Siegel et al., 2016). Un esempio semplice pratico si può ricondurre ad un prurito che può sorgere durante la pratica: in questo caso, la persona anziché grattarsi il naso in maniera automatica, è chiamato ad osservare e percepire gli impulsi che il prurito produce. Questo processo va oltre al prurito e al dolore fisico in quanto include l'interno spettro del disagio emotivo. Quando la persona familiarizza con queste situazioni, impara ad analizzare ed accettare le esperienze spiacevoli che possono insorgere durante la pratica, in questo modo muta il suo rapporto con il dolore e scopre che le percezioni dolorose sono differenti dalla sofferenza emotiva che le accompagna (R. D. Siegel et al., 2016). Chi pratica mindfulness diventa consapevole che la sofferenza nasce dal momento in cui si reagisce con resistenza al dolore, con carattere evitante e di protesta.

Per concludere, praticare la mindfulness non significa cercare la beatitudine: specialmente agli inizi, molte persone vivono l'esperienza con angoscia e agitazione quando si rendono conto della loro mente vagante (R. D. Siegel et al., 2016), per poi scoprire che è del tutto fisiologico rispetto il processo di scoperta di sé.

2.8.8 I BENEFICI DELLA MINDFULNESS SECONDO LE NEUROSCIENZE

Uno studio di revisione condotto da Tang e Leve (2016) ha evidenziato che la mindfulness, al fine di produrre i benefici psico-comportamentali, esplica le sue azioni a livello cerebrale. Durante la pratica vengono attivate una serie di aree cerebrali, dalle quali si è evidenziato che tale pratica, al fine di incrementare la capacità di auto-organizzazione è formata da un efficace controllo dell'attenzione, della regolazione emotiva e dalla capacità auto-referenziale.

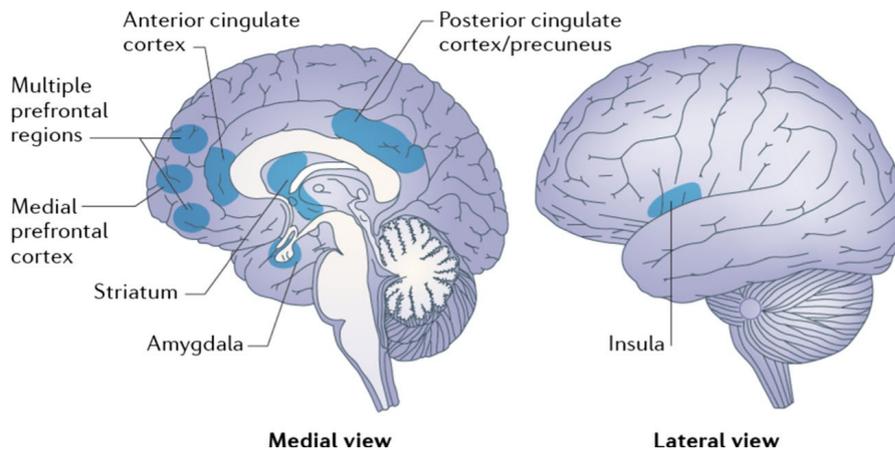


Figura 6: le regioni cerebrali attivate durante la meditazione mindfulness (Tang et al., 2015 cit. in Tang & Leve, 2016)

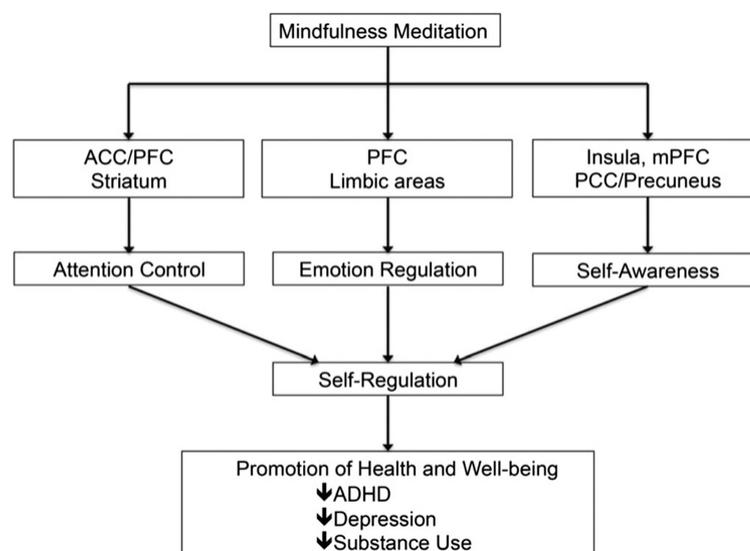


Figura 7: meccanismi neurobiologici e comportamentali attivati dalla mindfulness per incrementare l'autoregolazione (Tang & Leve, 2016, p.65)

Come mostrato in figura 7, la mindfulness agisce a livello della corteccia cingolata anteriore (ACC) e dello striato aumentando così le capacità di controllo dell'attenzione, a sua volta agisce sulla corteccia prefrontale (PFC) migliorando la regolazione emotiva. D'ultimo, per incrementare la capacità auto-referenziale (*self-awareness*), l'azione della mindfulness è mediata sull'insula, sulla corteccia prefrontale mediana e sulla corteccia cingolata posteriore. Queste regioni sono in grado di promuovere lo stato di salute e benessere del singolo, riducendo l'insorgere della depressione, dell'abuso di sostanze e dell'ADHD (Tang & Leve, 2016).

Questo studio rafforza la sua possibile applicazione nel campo infermieristico, poiché come si è visto, lo stress occupazionale può portare a depressione e abuso di sostanze, ecco che tale pratica mostra una valida applicazione sia per evitare questo pericolo che per promuovere il benessere e lo sviluppo dei tre meccanismi comportamentali sopracitati.

2.8.9 PRESENZA MENTALE NEGLI OSPEDALI: UNA RICERCA DI SFONDO

Come è stato precedentemente citato, le pratiche basate sulla consapevolezza, non godono della medesima applicazione nel contesto terapeutico come le pratiche di medicina tradizionale. A questo proposito, si è voluto intervistare il professor Sergio Piasentin, docente della SUPSI e istruttore di mindfulness che ha tenuto il primo corso basato sul protocollo MBSR di Jon Kabat-Zinn presso l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), al fine di comprendere meglio come è nato il progetto e cosa ne è stato tratto.

Si è scelto di svolgere un'intervista strutturata, proponendo al professore sette domande chiuse (allegato 1, cap. 11) alle quali ha potuto rispondere in maniera scritta oppure con un incontro, in presenza o attraverso una videochiamata. Per questioni pratiche è stato deciso un incontro a distanza, con la rispettiva registrazione dell'intervista su consenso del professore.

L'idea è nata dalla sensibilità di alcune infermiere dirigenti dell'ente, una delle quali aveva frequentato nel 2017 il CAS della SUPSI "Gestione dello stress e sviluppo del benessere", unitamente al servizio delle risorse umane. Questo team ha proposto al professore di creare un percorso di mindfulness all'interno di uno degli ospedali dell'EOC. Ciò che ha portato le infermiere a prendere tale iniziativa è stata la loro percezione che gli operatori dell'ospedale necessitavano di trovare delle risorse per imparare a gestire situazioni di sovraccarico, sofferenza e stress. Ed è così che è nato il "Percorso di sviluppo personale basato sulla consapevolezza", al quale hanno potuto accedere non solo gli infermieri, bensì tutti i dipendenti facenti parte della struttura.

Per promuovere il corso sono stati fatti degli incontri di informazione e sensibilizzazione al tema, i dipendenti si sono poi offerti volontariamente alla partecipazione del corso. Sulla base dei candidati è stata fatta una selezione trasversale (per sesso e professione) per selezionare i partecipanti e sono così nati due gruppi eterogenei dal punto di vista professionale, seppur la predominanza professionale era data dagli infermieri.

Prima di avviare la pratica vera e propria, si sono svolti due incontri teorici (distanti due settimane l'uno dall'altro, della durata di due ore) per permettere ai partecipanti di capire il contesto nei quali si sarebbero applicati nelle settimane a venire. Quindici giorni dopo la seconda lezione, si è dato avvio al protocollo MBSR. Il corso è durato otto settimane, si è tenuto la sera dalle 17.30 alle 20.00 ed è stata svolta una giornata intensiva di meditazione il sabato. Una volta terminato il protocollo MBSR, a distanza di un mese è stata proposta una giornata di ritiro residenziale, il mese successivo è stato invece proposto il ritiro residenziale per l'intero fine settimana.

Sfortunatamente il Covid-19 ha giocato un ruolo cruciale rispetto all'organizzazione del corso il quale non ha concesso di seguire i tempi stabiliti dal protocollo di Kabat-Zinn. Dunque per questioni organizzative il corso è durato da gennaio del 2020 fino a ottobre del 2021. Nonostante i tempi dilatati, il professore, gli organizzatori EOC del progetto e i rispettivi partecipanti, si sono tenuti in contatto attraverso un gruppo WhatsApp nel quale il professore settimanalmente inviava degli stimoli (immagini, testi, link, applicazioni per smartphone significative) al fine di garantire l'accompagnamento nell'esperienza e di mantenere viva la curiosità al tema. Tuttavia, cinque partecipanti hanno abbandonato il corso.

L'infrastruttura ospedaliera ha determinato un ostacolo poiché non possiede uno spazio idoneo alla pratica. I pregiudizi di alcuni professionisti sono stati influenti specialmente all'inizio del percorso; tuttavia, queste persone hanno terminato il corso, rivalutando in maniera positiva l'essenza della mindfulness e il dono che essa porta.

Prima e dopo il corso sono state somministrate quattro scale di valutazione (la scala del benessere psicologico PWB84, la scala sullo stress percepito PSS, il *Five Facet Mindfulness Questionnaire* FFMQ e la Scala sulla difficoltà nella regolazione emotiva DERS): è emerso che la meditazione mindfulness ha giocato un ruolo significativo rispetto alla percezione e gestione dello stress.

Se all'inizio dell'esperienza qualcuno è risultato titubante, durante e alla fine del corso la gratitudine e la commozione sono due aspetti che sono emersi numerose volte e in più forme. In aggiunta, molti dei partecipanti hanno riferito un miglioramento delle relazioni interpersonali e della *performance* lavorativa. Tutti questi aspetti sono stati determinanti per cogliere l'evoluzione che la pratica della meditazione mindfulness permette di fare e questo ha portato a programmare una seconda edizione del corso nel 2022, oltre che a creare uno spazio adibito alla meditazione, aperto a tutto il personale della struttura.

3. METODOLOGIA

Per questo Lavoro di Tesi si è stato scelto di svolgere una revisione della letteratura che consiste in una sintesi critica di pubblicazioni scientifiche rispetto ad un determinato argomento (Saiani & Brugnolli, 2010). Questa metodologia di ricerca ha un'importanza essenziale nel contesto sanitario poiché, come suggerisce la parola stessa, offre un aggiornamento rispetto all'argomento di ricerca identificato per il proprio lavoro. La revisione della letteratura è definita anche "pubblicazione secondaria", in quanto chi conduce la ricerca fa uso di dati scientifici già presenti in letteratura e con essi ne trae i risultati (Saiani & Brugnolli, 2010). Questo tipo di ricerca è anche usato per porre le basi di future ricerche (Polit & Beck, 2018).

Saiani e Brugnolli (2010) dividono la revisione della letteratura in tre fasi.

Fase 1, preparazione della revisione di letteratura: qui il ricercatore seleziona il tema e delimita il problema per poi formulare il quesito di ricerca; per facilitare il processo può essere utile domandarsi se il tema che si desidera affrontare ha una valenza scientifica, un'importanza clinica e assistenziale e se presenta simili pubblicazioni (Saiani & Brugnolli, 2010). Per la formulazione del quesito si farà capo al metodo PICO, un acronico che racchiude gli aspetti salienti del quesito di ricerca (Polit & Beck, 2018). Successivamente, il ricercatore deve selezionare gli articoli da includere per la revisione.

Per fare questo, sono stati definiti i criteri di inclusione ed esclusione necessari per delimitare i risultati della ricerca, e le *keywords* ovvero le parole chiave da inserire nella banca dati (Polit & Beck, 2018). Entrambe le operazioni devono essere svolte in maniera precisa al fine di poter estrapolare degli articoli mirati alla domanda di ricerca stabilita. Diviene anche utile selezionare gli operatori booleani che verranno utilizzati per le stringhe di ricerca (ovvero la combinazione di *keywords* e operatori booleani), poiché permettono di ampliare o espandere la ricerca elettronica, a seconda della necessità (Polit & Beck, 2018). In una revisione della letteratura è preferibile considerare principalmente le fonti primarie, in quanto quelle secondarie rischiano di essere poco dettagliate e obiettive (Polit & Beck, 2018). La selezione degli articoli si svolge con la

lettura del titolo e dell'*abstract* che permette di determinare se lo studio è coerente alla domanda di ricerca (Saiani & Brugnonli, 2010). Prima di passare alla seconda fase l'autore della ricerca deve organizzare gli articoli selezionati per la revisione, attraverso una tavola di estrazione dei dati utile per sintetizzare le informazioni, le caratteristiche di studio e dei partecipanti e i risultati ottenuti. Per concludere, l'autore deve stabilire una modalità di citazione testo (Saiani & Brugnonli, 2010), in questo caso si farà riferimento alle direttive interne della SUPSI che prevedono il metodo di citazione APA7.

Fase 2, redigere la revisione: l'autore redige la revisione degli articoli selezionati (Saiani & Brugnonli, 2010) introducendo il problema, lo scopo e la tipologia di ricerca. Dopodiché si descrive sinteticamente lo studio, si espongono i risultati della ricerca e commentano i risultati della ricerca.

Fase 3, revisione della revisione: le autrici sottolineano l'importanza di revisionare il proprio operato seguendo una serie di domande che il (vedi allegato 2, cap. 11) e di redigere la revisione con stile ottimale (Saiani & Brugnonli, 2010).

3.1 APPLICAZIONE PRATICA DELLA METODOLOGIA

Per questo LT i problemi di rilevanza infermieristica presi in considerazione sono l'aumento dell'incidenza della sofferenza emotiva e fisica legata allo stress occupazionale, il burnout negli infermieri e l'abbandono della professione di cura. Da qui sorge il quesito di ricerca:

“quali sono i benefici degli interventi basati sulla mindfulness (IBSM) rispetto alla sofferenza degli infermieri soggetti a stress occupazionale o burnout? In che modo questo approccio non farmacologico può essere considerata a pieno titolo una risorsa salutogenica?”

PICO		
P	Popolazione	Infermieri di qualsiasi specializzazione che lavorano in ospedale, clinica o casa per anziani soggetti a stress occupazionale
I	Intervento	Utilizzo degli interventi basati sulla mindfulness
C	Comparazione	Assente
O	Outcome	Aumento del benessere psicologico, riduzione dei segni e sintomi legati allo stress occupazionale
Keywords		
<i>mindfulness, mindfulness-based interventions, occupational stress, job-related stress, work-related stress, nurse*, registered nurse*</i>		
Il simbolo di troncamento, raffigurato con un asterisco amplia la ricerca del termine inglobando tutte le forme di parola definito dalla stessa radice (Polit & Beck, 2018).		
Operatori booleani utilizzati		
AND, OR, NOT		

Tabella 2: PICO, keywords e operatori booleani adottati per processo di ricerca

Criteri d'inclusione	Motivazione
1. Articoli che trattano lo stress occupazionale e/o il burnout associato all'uso degli IBSM negli infermieri diplomati.	1. Per questo lavoro di revisione di letteratura si sceglie di includere articoli nei quali gli infermieri diplomati di qualsiasi specialità sono l'oggetto e il campione di studio.
2. Articoli pubblicati negli ultimi cinque anni.	2. Al fine di rendere la revisione quanto più attuale possibile.
3. Studi primari	3. Come citato da Polit e Beck (2018) nella pagina precedente, gli articoli primari sono maggiormente approfonditi.
4. Articoli in lingua inglese, italiana e spagnola.	4. Poiché sono le lingue principalmente parlate dall'autore.
5. Studi provenienti da tutto il mondo.	5. Questo permette di rendere lo sguardo più sistemico, al fine di comprendere se l'esito dell'intervento può essere influenzato dalla realtà culturale del gruppo d'intervento dei vari studi.
6. Articoli full text.	6. Per assicurare la completezza dei dati.

Tabella 3: Criteri d'inclusione e motivazione

Criteri d'esclusione	Motivazione
1. Articoli che non includono l'uso degli IBSM nel campo infermieristico per la gestione dello stress occupazionale.	1. Poiché non soddisfano la domanda di ricerca.
2. Articoli che trattano il tema del LT ma che hanno popolazione di studio allievi infermieri e/o pazienti.	2. Non rientrano nella popolazione d'indagine di questo lavoro di revisione.
3. Articoli con dati incompleti: assente precisazione dell'intervento mindfulness (metodo, tempistiche), assente esplicazione delle scale di valutazione, assente chiarezza sul gruppo dei partecipanti.	3. In quanto non garantiscono l'affidabilità dei dati.
4. Studi di prevalenza.	4. Fanno solo una fotografia istantanea del determinato e non valutano il rapporto causa-effetto dell'intervento prescelto.

Tabella 4: criteri d'esclusione e motivazione

La revisione di letteratura è stata svolta nella banda dati PubMed, Medline (Ovid) e Chinal Complete (Ebsco). Sono state formulate quattro stringhe di ricerca applicate nei rispettivi database.

Le parole chiave di alcune stringhe di ricerca sono state volutamente messe fra virgolette, poiché come spiegato da Polit e Beck (2018), questa operazione permette di restringere ulteriormente il campo di ricerca in quanto va a selezionare principalmente gli articoli che nel titolo contengono i keywords selezionati.

3.2 PROCESSO DI RICERCA

Una prima fase di ricerca è stata condotta nei mesi di novembre-dicembre per comprendere in grandi linee il numero di articoli disponibili nelle varie banche dati. Una volta definiti con precisione la domanda e il focus di ricerca, nel mese di febbraio sono stati selezionati gli articoli per la revisione utilizzando i criteri di inclusione ed esclusione riportati nella pagina precedente. La tabella seguente mostra il numero di articoli ottenuti per ogni stringa di ricerca, a seconda del database utilizzato.

La ricerca nei tre database è stata condotta sulle rispettive pagine iniziali, ciononostante si è potuto notare che su Medline (Ovid) *"Multifield Search"* (pagina iniziale del sito) ha fornito un numero di risultati nettamente minore rispetto alla *"Basic Search"* (esempio: la prima stringa di ricerca ha dato 3 risultati col *"Multifield Search"* versus 619 risultati con la *"Basic Search"*).

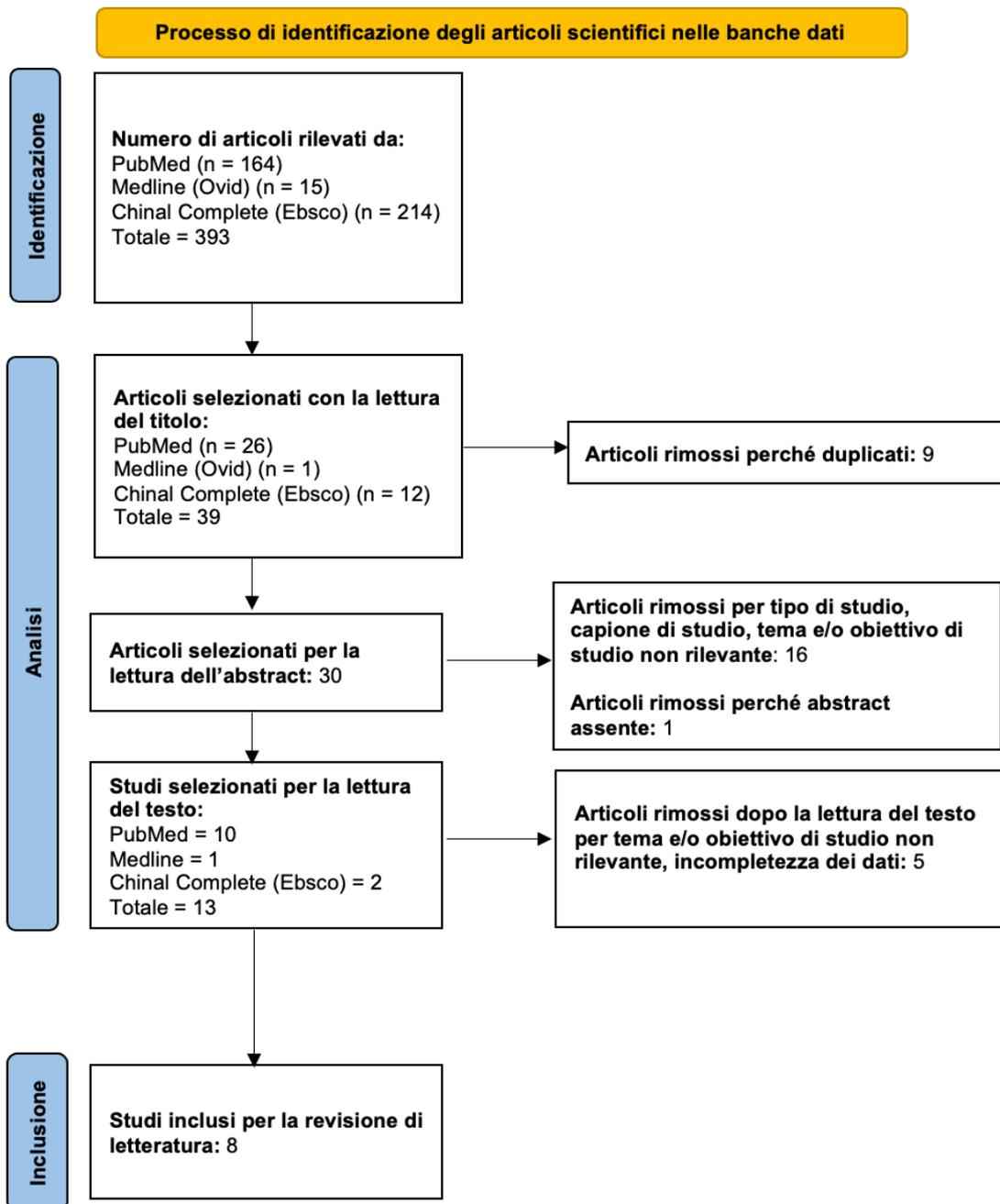
Con la seconda stringa di ricerca e l'utilizzo del filtro "full text", all'interno di Chinal Complete (Ebsco) si è ottenuto soltanto un risultato, che con la lettura del testo non è risultato pertinente al focus di ricerca di questo lavoro. Perciò, il filtro "full text" è stato rimosso e si è ottenuto un totale di 11 articoli, dai quali uno di essi è stato selezionato per la lettura del testo.

Con la terza stringa di ricerca, le virgolette che racchiudono le parole chiave sono state rimosse in quanto Chinal Complete (Ebsco) non forniva alcun tipo di risultato.

work-related stress AND nurse* AND mindfulness AND well-being	
Pubmed:	100 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Medline (Ovid)	3 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Chinal Complete	6 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
mindfulness-based interventions AND nurse* AND work-related stress	
PubMed	26 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Medline (Ovid)	3 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Chinal (Complete)	11 risultati, filtro full text non utilizzato, senza si otteneva solo 1 risultato, questo ha permesso di aggiungere un articolo alla fase di lettura del testo
"mindfulness" AND "occupational stress" OR "job-related stress" AND "nurse"	
PubMed	18 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Medline (Ovid)	8 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Chinal Complete	18 risultati (sono state rimosse le virgolette perché senza non dava risultati, filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
"mindfulness" AND "nurse*" OR "registered nurse*" AND "psychological well-being"	
PudMed	20 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Medline (Ovid)	1 risultato (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)
Chinal Complete	179 risultati (filtri applicati: ultimi 5 anni + full text)

Tabella 5: risultati ottenuti con le stringhe di ricerca nelle rispettive banche dati

Segue il diagramma PRISMA (Moher et al., 2015) tradotto e adattato al contesto, il quale riassume in maniera schematica il processo di identificazione degli articoli scientifici selezionati per la revisione di letteratura.



3.3 VALIDITÀ DEGLI ARTICOLI

Al fine di aumentare la qualità della revisione, è stato deciso di utilizzare la *checklist* di controllo elaborata Hawker e colleghi (2002) (vedi allegato 3, cap. 11), che è composta da nove domande input alle quali viene attribuita una risposta che va da “buono” a “molto povero”. Per questo Lavoro di Tesi è stato deciso di fornire un punteggio ai nove campi di valutazione che va da 1 (non rilevato), 2 (parzialmente rilevato), 3 (rilevato). La parte di documento utilizzata, è stata liberamente tradotta e riportata qui di seguito:

1. Abstract e titolo: è fornita una descrizione chiara dello studio?
2. Introduzione e obiettivi: è presente un buon background e una descrizione chiara degli obiettivi di ricerca?
3. Metodo e dati: il metodo è appropriato e viene spiegato in maniera chiara?
4. Campionamento: la strategia di campionamento risulta appropriata al raggiungimento degli obiettivi della ricerca?
5. Analisi dei dati: l'analisi dei dati ottenuti è stata sufficientemente rigorosa?
6. Etica e *bias*: le questioni etiche sono state affrontate e si è ottenuta l'approvazione etica necessaria per lo studio? Il rapporto tra i ricercatori e i partecipanti è stato considerato adeguatamente?
7. Risultati: sono espressi in maniera chiara i risultati?
8. Trasferibilità o generalizzabilità: i risultati dello studio sono trasferibili ad una popolazione più ampia?
9. Implicazioni ed utilità: quanto sono importanti i risultati ottenuti per la politica e la pratica stessa?

Articoli	Criteri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Risultati
Yang et al. (2018)	Punteggio (1-3) →	3	3	3	3	3	3	3	2	3	26
Resnicoff e Julliard (2018)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Lin et al. (2019)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Xie et al. (2020)		3	3	3	3	3	3	3	2	3	26
Hilcove et al. (2021)		3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
Fadzil et al. (2021)		3	2	3	2	3	2	3	3	3	26
Qualls et al. (2022)		2	3	3	2	3	3	3	2	3	24
Ibrahim et al (2022)		3	3	3	3	3	3	3	2	3	26

Tabella 6: punteggi e risultati attribuiti ad ogni criterio di valutazione della scala di Hawker e colleghi (2022) per ogni studio analizzato

Degli studi inclusi, tre di questi hanno pienamente soddisfatto i criteri di valutazione per il rispettivo contenuto. Di seguito vengono fornite alcune spiegazioni in merito ai punteggi attribuiti.

Lo studio di Fadzil e colleghi (2021) e Qualls e colleghi (2022) hanno ottenuto un punto in meno nel quarto criterio, poiché nella ricerca non è stato compreso un gruppo di controllo il quale avrebbe potuto aumentare l'efficacia dei risultati rafforzando l'intervento basato sulla mindfulness e l'ipotesi di studio. L'articolo di Resnicoff e Julliard (2018), di Hilcove e colleghi (2021), Qualls e colleghi (2022) e Ibrahim e colleghi (2022) hanno ricevuto un punto in meno nell'ottavo criterio in quanto i campioni di ricerca comprendevano infermieri di reparti specialistici (psichiatria, cure intense, covid, oncologia), tale aspetto limita la generalizzabilità dei dati soltanto a quella specifica categoria di infermieri, sarebbero necessari ulteriori studi anche in altre popolazioni di infermieri, per determinare l'efficacia dei rispettivi interventi basati sulla mindfulness.

4. RISULTATI OTTENUTI

Yang e colleghi (2018), hanno indagato l'effetto del protocollo MBSR sugli infermieri di salute mentale, i quali sono ritenuti la categoria che sperimenta il maggiore stress occupazionale (Su, 2011, cit. in Yang et al., 2018) e presenta dei livelli di benessere psicologico inferiore agli infermieri di cure generali (Goldberg, 2017, cit. in Yang et al., 2018). Il campione di studio era composto da 100 infermieri di salute mentale (68 donne e 32 uomini) provenienti da tre ospedali della provincia di Hunan (Cina), essi sono stati selezionati in maniera randomizzata nel gruppo d'intervento o controllo. Sono stati inclusi infermieri con un'età compresa tra 20 e 50 anni, esperienza lavorativa per più di un anno e che erano impegnati in un reparto psichiatrico, mentre sono stati esclusi infermieri con malattie cardiovascolari grave o con altre malattie fisiche. Prima dell'intervento ad entrambi i gruppi sono state somministrate le seguenti scale: *Symptom Checklist-90 scale* (SCL-90, Derogatis et al., 1973) valuta i sintomi psicotici, il pensiero, le emozioni e lo stile di vita attribuendo un punteggio da 0 a 5 (grave) (Wang et al., 2017, cit. in Yang et al., 2018). La *Self-Rating Depression Scale* (SDS), *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS) e la *Nursing Stress Scale* (NSS). Il gruppo di intervento ha seguito il protocollo MBSR per otto settimane, mentre gruppo di controllo ha ricevuto supporto psicologico e attività di routine. Il periodo di studio è iniziato ad agosto 2017 ed è terminato a novembre 2017.

Scala di valutazione	Risultati dopo 8 settimane dall'intervento	
	Gruppo di intervento	Gruppo di controllo
SCL-90	Pre-intervento: M±SD: 136.7±27.7 Post-intervento: M±SD: 119.6±21.6 p<0.001	Pre-intervento: M±SD: 134.5±25.6 Post-intervento: M±SD: 132.6±24.9 p: 0.128
SDS	Pre-intervento: M±SD: 45.8±9.1 Post-intervento: M±SD: 35.4±8.3 p<0.001	Pre-intervento: M±SD: 43.3±7.9 Post-intervento: 41.2±8.7 p: 0.093
SAS	Pre-intervento: M±SD: 44.8±6.1 Post-intervento: M±SD: 36.4±7.1	Pre-intervento: M±SD: 46.2±7.1 Post-intervento: M±SD: 45.1±6.7

	p<0.001	p: 0.200
NSS	Pre-intervento: M±SD: 83.9±8.3 Post-intervento: M±SD: 68.2±9.1 p<0.001	Pre-intervento: M±SD: 84.8±8.1 Post-intervento: M±SD: 83.1±8.4 p: 0.162

Tabella 7: risultati prima e dopo l'intervento del protocollo MBSR

La tabella riassume in maniera sintetica i risultati ottenuti dai ricercatori prima e dopo l'intervento di MBSR nei due gruppi. Nel gruppo d'intervento, il protocollo del professor Kabat-Zinn si è dimostrato statisticamente significativo ($p < 0.05$), quindi in grado di ridurre i sintomi psicotici, lo stress, l'ansia e la depressione negli infermieri di salute mentale. Tale protocollo si dichiara efficace per la gestione dello stress occupazionale in questa categoria di infermieri.

Lo studio qualitativo di Resnicoff e Julliard (2018) ha indagato l'effetto e gli atteggiamenti del personale curante rispetto a una breve meditazione mindfulness basata sul respiro (2-5 minuti). Sono state incluse infermiere e assistenti di cura (ACS) operative nei turni notte (turni da dodici ore) in un reparto di riabilitazione degli Stati Uniti, composto da sole donne. È stato incluso tutto il personale del reparto, comprese coloro che al termine dell'intervento sono state trasferite di reparto o sono andate in pensione. Sono stati esclusi i curanti provenienti da altri reparti per coprire un turno. L'intervento è durato otto mesi, per 3-4 turni notturni a settimana ed è stato condotto dalla prima autrice di questo studio, durante i suoi turni notte. La pratica si è svolta nell'infermeria di reparto, le distrazioni sono state ridotte al minimo, un membro del gruppo era designato a rispondere ai campanelli in caso suonassero. Ogni meditazione iniziava o terminava con tre respiri condivisi: il primo per onorare sé stessi e il proprio operato, il secondo per onorare i colleghi e la propria famiglia e il terzo per onorare i pazienti e le loro famiglie che hanno affidato il loro caro alle cure del reparto. Conclusa la meditazione i curanti tornavano a lavorare. Sei mesi dopo l'interruzione dell'intervento, sono state svolte interviste semi-strutturate di gruppo (1-3 persone alla volta) con cinque infermiere e cinque ACS che hanno partecipato ai momenti mindfulness per almeno sette mesi. Dai risultati emerge che la pratica ha aumentato l'autoconsapevolezza di sé e dell'ambiente circostante delle intervistate. La calma è stata percepita durante la pratica da tre infermiere. Una non ha riferito alcun beneficio in quanto già svolgeva un percorso simile in autonomia, mentre un'altra ha dichiarato di sentirsi più energetica al termine della pratica e con uno spirito lavorativo positivo. Le cinque ACS si sono sentite più calme e rilassate dopo i momenti di pratica. L'intervento ha permesso ad un'infermiera di relazionarsi con la famiglia con maggior calma, specialmente nei momenti di contrasto si è sentita più concentrata e comprensiva. Tre assistenti hanno percepito di essere più pazienti con i propri cari. Secondo un'infermiera e quattro ACS, il lavoro di squadra e il cameratismo sono aumentati durante gli otto mesi. La concentrazione al lavoro è incrementata in un'infermiera e due ACS. La percezione dello stress occupazionale si è ridotta durante la pratica per quattro infermiere e tutte le assistenti. La meditazione mindfulness ha ridotto lo stress durante tutto il turno per due infermiere e quattro ACS; la quinta non ha percepito un prolungamento di questa condizione, ma d'altro canto ha sfruttato le tecniche durante una situazione di stress. Diversi altri partecipanti hanno espresso l'uso

dell'attitudine mindfulness⁴ ogni volta che si presentava un problema, questo permetteva loro di essere calmi durante il turno. Il senso di frustrazione si è ridotto, promuovendo a sua volta una buona attitudine durante il turno lavorativo per tre ACS e un'infermiera. La sensazione di prestare delle cure migliori verso i pazienti è emersa in 8 intervistate su 10, in particolare un'infermiera e due assistenti hanno affermato che la pratica ha permesso loro di essere più calme nella relazione col paziente.

Lo studio RCT di Lin e colleghi (2019), ha voluto testare sugli infermieri l'effetto di un protocollo MBSR modificato per valutare se quest'ultimo potesse essere efficace per ridurre lo stress lavorativo. I partecipanti sono stati scelti da sette ospedali di livello terziario di Dongguan (Cina). L'unico criterio di inclusione richiedeva che gli infermieri lavorassero a tempo pieno. Dallo studio sono stati esclusi gli studenti infermieri, gli infermieri con gravi malattie fisiche, che assumevano regolatori dell'umore, che erano soggetti ad un evento traumatico negli ultimi sei mesi e che avevano partecipato precedentemente ad un corso di mindfulness.

Il protocollo modificato è stato basato sui principi della MBSR e della MBCT. Per superare gli ostacoli legati al tempo disponibile degli infermieri, i ricercatori hanno modificato la lunghezza delle pratiche passando a due ore di pratica settimanale di gruppo, venti minuti di pratica da svolgere a casa per sei giorni durante le otto settimane. Inoltre, non è stato incluso il ritiro di mezza giornata. L'intervento è stato attuato da aprile a giugno del 2017. Se un partecipante si assentava per più di due volte era classificato come *dropout*, in totale ce ne sono stati 11 nel gruppo di intervento (n=44). Il gruppo di controllo (n= 46) aveva un gruppo su WeChat per mantenere il contatto e per ricevere i questionari di valutazione, come del gruppo d'intervento. Per valutare l'intervento sono state usate le seguenti scale: la *Perceived Stress Scale* (PSS), la versione cinese della *Positive and Negative Affect Schedule* (Huang, et al., 2003, cit. in Lin et al., 2019) che rileva attraverso 20 aggettivi per 10 sottoscale le emozioni positive e negative. La versione cinese della *Connor-Davidson Resilience Scale* (Yu & Yhang, 2007, cit. Lin et al., 2019), *The McCloskey/Muller Satisfaction Scale* (Zhang & Bai, 2008, cit. Lin et al., 2019) che valuta la soddisfazione lavorativa. I questionari sono stati somministrati prima di iniziare l'intervento (T0), subito dopo (T1) e tre mesi dal termine come follow-up (T2). Nel gruppo di intervento, sono stati riscontrati dati statisticamente significativi al termine della pratica e nel follow-up a livello dello stress percepito, delle emozioni positive e negative. Segue una tabella riassuntiva dei dati.

Variabile dipendente	Momento di valutazione	
	T1	T2
Percezione dello stress	M±SD: 37.39±5.97 p<0.01; t: -2.91	M±SD: 36.68±6.79; p< 0.05; t: -2.33
Emozioni positive	M±SD =32.02±6.45 p< 0.05; t: 2.39	M±SD: 33.21±7.38; p< 0.05; t: 1.59
Emozioni negative	M±SD: 20.80±4.72 p < 0.01; t: -2.69	M±SD: 20.84±5.09 p < 0.05; t: -1.35
Resilienza	M±SD: 57.98 ± 11.58 p>0.05; t: 1.11	M±SD: 59.70 ± 11.87 p<0.05; t: 1.95

⁴ Con attitudine mindfulness s'intende la capacità di osservare e descrivere il presente senza giudizio e di agire rispetto ad esso in maniera consapevole

Soddisfazione lavorativa	M±SD: 102.27 ± 14.44 p>0.05; t: 1.87	M±SD: 102.14 ± 15.55 p>0.05; t: 1.50
--------------------------	---	---

Tabella 8: risultati statisticamente significativi nel gruppo d'intervento al termine dell'intervento e tre mesi dopo

L'effetto del protocollo è risultato efficace e statisticamente significativo nella riduzione dello stress percepito e nelle emozioni negative nei due momenti di valutazione, le emozioni positive sono incrementate al termine dell'intervento e dopo tre mesi, mentre la resilienza soltanto nel secondo momento di valutazione. Nessun dato statisticamente significativo è stato rilevato nella soddisfazione lavorativa. Inoltre, nessun risultato statisticamente significativo è stato identificato nel gruppo di controllo. A distanza di tre mesi dall'attuazione, il protocollo MBSR modificato si è dimostrato statisticamente significativo nel ridurre lo stress percepito e le emozioni negative e nell'aumentare le emozioni positive, nonché la capacità di resilienza negli infermieri.

Xie e colleghi (2020), hanno svolto uno studio RCT parallelo nel quale hanno valutato l'efficacia di un intervento basato sulla mindfulness rispetto ad un intervento educativo sui sintomi del burnout negli infermieri di cure intense di Chengdu (Cina). Nello studio sono state incluse 106 infermiere che possedevano una certificazione professionale, erano responsabili del proprio operato e disposte a partecipare alle sessioni e soffrivano di burnout classificato come moderato o superiore (la diagnosi è stata conclamata se una delle seguenti condizioni era soddisfatta: un punteggio di esaurimento emotivo maggiore o uguale a 16; un punteggio di depersonalizzazione maggiore o uguale a 6; un punteggio di realizzazione personale uguale o inferiore a 38). Sono stati esclusi professionisti facenti parte del reparto da un anno o meno, che erano in ferie durante lo studio, che avevano già fatto corsi di MBSR o MBCT e avevano praticato mindfulness negli ultimi sei mesi. L'intervento educativo seguito da 53 partecipanti è stato svolto in sottogruppi nella prima e quarta settimana, i partecipanti hanno ricevuto lezioni frontali sulla natura, l'incidenza e le avversità del burnout nel campo infermieristico e su come alleviare tali sintomi. L'intervento basato sulla mindfulness si è svolto per otto settimane ed è stato costruito seguendo il protocollo MBSR, MBCT, ACT, *loving-kindness* e la meditazione compassionevole. Il campione era composto da 53 infermiere. Ogni corso settimanale durava due ore e mezza. Prima dell'intervento (T0), una settimana dopo (T1), il mese seguente l'intervento (T2) e dopo tre mesi dalla pratica (T3) sono state somministrate le seguenti scale: *la Maslach Burnout Inventory scale* (MBI), *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS), *Acceptance and Action Questionnaire II* (AAQ-II). Nel gruppo di educazione non sono stati rilevati dati significativamente statistici durante i tre momenti di valutazione, mentre nel gruppo che ha praticato mindfulness sono stati rilevati dati statisticamente significativi.

La scala MAAS, AAQ-II e MBI-D (sottoscala che valuta la depersonalizzazione) hanno rilevato che l'intervento di mindfulness è risultato statisticamente significativo dopo una settimana fino al terzo mese dopo l'intervento con un p-value (p) <0.001.

La sottoscala MBI-E (valuta l'esaurimento) ha rilevato che la pratica di mindfulness modificata è risultata statisticamente significativa dopo una settimana (p<0.001), dopo un mese (p: 0.001) e dopo tre mesi (p: 0.003), lo stesso anche il sottoscala MBI-P (valuta la realizzazione personale) ma con i seguenti risultati: T1 p: 0.005, T2 e T3 p<0.001.

La scala MAAS ha marcato un aumento progressivo dei valori della media durante i quattro momenti di valutazione partendo con una media (M) di 48.3 prima dell'intervento fino ad arrivare ad una media di 58.1 nel follow-up. Invece il parametro ha subito un calo

nel sottoscala del burnout che valuta l'esaurimento (T0: 31.3; T3: 27.5) e la depersonalizzazione (T0: 12.6; T3:9.2). Con i risultati ottenuti, i ricercatori hanno potuto confermare che l'intervento basato sulla mindfulness è risultato efficace e statisticamente significativo negli infermieri già affetti da burnout: ha ridotto i sintomi della sindrome e aumentato l'attitudine che sorge dalla mindfulness.

Hilcove e colleghi (2021) hanno esaminato l'effetto dello yoga basato sulla mindfulness (*Mindfulness-Based Yoga*, MBY) rispetto la percezione dello stress e burnout, vitalità, qualità del sonno, serenità e lo stato di consapevolezza che insorge dalla mindfulness. Inoltre, sono stati valutati la pressione arteriosa (PA) e il cortisolo salivare diurno, un marcatore biologico dello stress. Lo studio, un RCT a singolo cieco, è stato condotto su infermieri e altri professionisti della salute che sono stati divisi in un gruppo d'intervento (n=41) che hanno svolto la MBY una volta alla settimana per un mese e mezzo, il gruppo di controllo (n=39) che non hanno ricevuto l'intervento. La predominanza degli infermieri era del 76% nel primo gruppo e del 70% nel secondo. Sono state utilizzate le seguenti scale nel pre e post-intervento: la PSS, la MBI, la *Validity Scale*, l'item *Global Sleep Quality*, la *Brief Serenity Scale* (BSS), la MAAS e sono stati registrati i campioni salivari. Seguono i risultati ottenuti.

L'intervento MBY si è dimostrata statisticamente significativa nella riduzione dello stress percepito (p: 0.004) e dei sintomi del burnout (p: 0.003) nel gruppo d'intervento. Parallelamente si è visto una riduzione della media rispetto allo stress (Mpre: 1.845; Mpost: 1.4200) e al burnout (Mpre: 2.430; Mpost: 1.677). A sua volta, la pratica ha evidenziato un miglioramento statisticamente significativo sulla vitalità (p: 0.003), sulla qualità del sonno (p: 0.006), sulla consapevolezza aperta e sull'attenzione valutata mediante la MAAS (p: 0.008). Al termine della pratica, la BSS e la MAAS hanno evidenziato un aumento della media di 0.69 punti nella serenità (Mpost: 3.611) e di 0.482 punti nelle caratteristiche che insorgono grazie alla mindfulness (Mpost: 4.088). La deviazione standard ha mostrato una riduzione al termine dell'intervento in ogni scala di valutazione, questo indica una minor dispersione dei valori medi delle scale e quindi una maggior omogeneità e attendibilità dei risultati rilevati. Nessun dato statisticamente significativo è stato provato nel gruppo di controllo. Non è stata riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa rispetto ai valori medi del cortisolo salivare, né utilizzando il t-test (p: 0.21) né attraverso il Wilcoxon rankle-sum test (p: 0.27).

Sono stati ottenuti leggeri cambiamenti nei valori pressori medi di entrambi i gruppi, ciononostante il cambiamento non è risultato statisticamente significativo. In conclusione, l'intervento mindfulness basato sullo yoga si è dimostrato statisticamente significativo ed efficace rispetto al benessere psicologico poiché da una parte ha ridotto lo stress percepito e i sintomi del burnout e dall'altra ha migliorato la qualità del sonno, la vitalità e la serenità.

Fadzil e colleghi (2021) hanno voluto esplorare l'efficacia di un intervento basato sulla mindfulness volto a ridurre lo stress percepito, l'ansia e la depressione tra il personale infermieristico dell'ospedale universitario Sains Malaysia (Kelantan, Malesia). Secondo (Zainiyah et al., 2011, cit. in Fadzil et al., 2021) lo stress occupazionale nel settore infermieristico è stato sperimentato dal 24,6% degli infermieri di reparto di un ospedale pubblico della Malesia. Per questo gli autori dell'articolo in analisi ritengono sia cruciale applicare degli interventi volti alla riduzione dello stress.

Sono stati inclusi infermieri in possesso di almeno un certificato o un diploma di qualifica in infermieristica con almeno tre anni di esperienza professionale coinvolti nella cura dei

pazienti, praticanti presso l'ospedale menzionato. Sono stati esclusi infermieri operativi in reparti ambulatori, che hanno partecipato a corsi di mindfulness in passato, persone con disabilità fisiche o gravi malattie mentali.

L'intervento è stato condotto per tre mesi tra agosto e ottobre del 2018 e comprendeva: una giornata di workshop basato sulla versione abbreviata della MINDFULGym condotto dal suo creatore Phang Cheng Kar e dai redattori dell'articolo. Successivamente, per un ora al mese nei successivi tre mesi, gli infermieri hanno partecipato alle sessioni di pratica di gruppo (era richiesta la frequenza di almeno due incontri su tre); inoltre è stato consigliato di praticare regolarmente gli esercizi basati sulla mindfulness a casa e al lavoro. Prima dell'intervento e tre mesi dopo è stata somministrata la PSS 10 per valutare la percezione dello stress e la Depression Anxiety Stress Scale (DASS) 21, che valuta lo stress, l'ansia e la depressione. Dei 35 infermieri selezionati, 30 hanno completato lo studio e 5 sono stati soggetti a *dropout* in quanto non hanno partecipato alle sedute minime. Prima dell'intervento, il punteggio medio di stress percepito rilevato con la scala PSS, per il campione totale era di 15.66 (SD: 5-75). Dopo l'intervento, il punteggio medio di stress percepito è sceso a 14.17 con una SD = 4.32. La percezione dello stress è risultata significativamente ridotta dopo l'intervento (IC95%: 0.06-2.92; p: 0.04; t: 2.11). La scala DASS rispetto all'ansia ha evidenziato un punteggio più elevato prima dell'intervento (media: 7.37; SD: 6.07) rispetto alla valutazione post-intervento (media: 6.17; SD: 4.40). Con un p-value di 0.04 l'intervento basato sulla mindfulness si è dimostrato statisticamente significativo nella riduzione dell'ansia. Tuttavia l'intervento non ha dimostrato un effetto statisticamente significativo rispetto alla depressione (p: 0.62).

Conoscendo le implicazioni che lo stress e il burnout hanno in senso generale sugli infermieri, Qualls e colleghi (2022) nel mese di marzo del 2019, hanno svolto uno studio sugli infermieri specializzati in oncologia di due reparti ambulatoriali di un centro medico accademico del nord-est degli USA. Attraverso l'utilizzo di una meditazione mindfulness basata sul respiro della durata di 9.5 minuti, hanno voluto determinare se l'intervento fosse in grado di ridurre lo stress auto-riferito, la *fatigue*, il *burnout* e il grado di soddisfazione compassionevole. Allo stesso modo, è stato determinato se l'intervento potesse ridurre gli indici fisiologici dello stress: la pressione sanguigna (PA), la frequenza cardiaca (FC) e la frequenza respiratoria (FR). Sono stati inclusi tutti gli infermieri, tranne quelli che hanno iniziato la professione nel reparto durante lo studio. In concreto l'intervento prevedeva una breve meditazione guidata che i singoli partecipanti svolgevano con l'utilizzo di un mp3 e degli auricolari, le sessioni previste erano otto: una la prima settimana, tre la successiva e poi le restanti erano previste per le due settimane seguenti (la frequenza settimanale non è stata specificata). Agli infermieri era chiesto di arrivare al lavoro 15 minuti prima di iniziare il turno in modo da svolgere la pratica e compilare i questionari di valutazione.

Alla prima e all'ultima settimana di studio, ogni infermiera ha dovuto completare la *30-item Professional Quality of Life Scale Version 5 (Pro-QOL-V)*. Prima e dopo ogni sessione di mindfulness è stato valutato lo stress percepito mediante la 10-point *Likert scale*, e i parametri fisiologici: la PA (standard: <120mmHg pressione sistolica, <80mmHg pressione diastolica) e FC (standard a riposo 60-100bpm) utilizzando un apparecchio per la pressione manuale e la FR (standard 12-20 respiri al minuto).

Dodici infermiere hanno completato le otto sessioni mindfulness, pertanto 11 serie sono state incluse nell'analisi pre-post per il ProQOL-V e 12 per gli indici di stress auto-riferiti, psicologici e fisiologici. La mindfulness si è dimostrata efficace e statisticamente significativa a livello dello stress percepito durante tutte le otto sessioni (sessione 2;5;7;8

p: 0.001; sessione 1 e 4 p: 0.02; sessione 3 p: 0.009). A distanza di un mese dall'inizio della pratica, le infermiere hanno dimostrato una ridotta *fatigue* (SD pre: 4.54; SD post: 3.36; p: 0.005) e una riduzione dei sintomi del burnout (SD pre: 4.84; SD post: 2.90; p: 0.04). Tuttavia, l'intervento non ha sottolineato una significatività statistica (p: 0.058) a livello del grado di soddisfazione compassionevole nonostante abbia evidenziato una riduzione nel corso dello studio (SD pre: 2.80; SD post: 2.54); questo potrebbe essere solo dato dal caso. Nonostante i partecipanti avessero una FC massima che rientrava nei limiti della norma, in sei sedute hanno sperimentato un risultato statisticamente significativo (sessione 3 e 5 p: 0.001; sessione 6 p: 0.003; sessione 1 p: 0.005; sessione 8: p: 0.007; sessione 4 p: 0.030). La sessione 2 evidenzia una riduzione della SD prima (9) e dopo (7) l'intervento ma questo è dato dal caso in quanto p: 0.064. Nella sessione 7 la SD (10) non è variata nel pre e post, mentre il p-value equivale a 0.093. La FR ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa in due sessioni: la terza (p: 0.025; SD pre e post: 2) e quinta (p: 0.014; SD pre: 3; SD post: 2), nonostante questo i valori della FR durante le otto sessioni sono sempre rientrate nei valori standard nel pre e post intervento. La pressione sistolica ha evidenziato riduzioni statisticamente significative nella seconda sessione (p: 0.002) e dalla quarta alla settima sessione (p: 0.001; 0.007; 0.038; 0.001). L'impossibilità di generalizzare l'intervento in quanto inclusi solo infermieri di oncologia, il mancato gruppo di controllo e la *compliance* difficoltosa dai partecipanti che svolgevano le sedute secondo le loro preferenze e non come da protocollo; i dati appena riportati dimostrano che negli infermieri di oncologia ambulatoriale la mindfulness basata sul respiro non solo è efficace per ridurre i sintomi psicologici dello stress e del burnout, bensì anche quelli fisiologici.

Lo studio di Ibrahim et al. (2022) è un quasi-esperimento che è stato condotto presso vari ospedali della provincia est di Java (Indonesia). L'obiettivo era di individuare se la meditazione mindfulness basata sulla consapevolezza della respirazione, avrebbe aumentato il benessere psicologico degli infermieri che lavoravano in un reparto Covid poiché tale pandemia ha portato una sofferenza emotiva di notevole importanza a tutti gli operatori sanitari. Nondimeno, gli infermieri sono stati soggetti a stigma, discriminazioni, isolamenti da parte della società per via della propria professione. I ricercatori hanno reclutato 50 infermieri che lavoravano in un reparto Covid-19 da almeno due settimane e sono stati divisi in due gruppi da 25 persone: uno d'intervento e uno di controllo. Nel pre e post-intervento a tutti i partecipanti è stata somministrata la versione indonesiana della scala *Warwick-Edinburgh Mental Well-being* (WEMWB), che valuta il benessere psicologico attraverso 14 items (Tennat et al., 2007, cit. in Ibrahim et al., 2022).

Nel gruppo di intervento gli infermieri hanno svolto la pratica di meditazione mindfulness due volte a settimana per circa 15 minuti nel corso di un mese. Essi avevano il permesso di scegliere il momento e il luogo in cui meditare, tra una pratica e l'altra doveva esserci un intervallo tra i 3 e 4 giorni e per garantire la conformità, i ricercatori hanno fatto compilare un protocollo di riflessione al termine della pratica. Il gruppo di controllo non è stato soggetto ad altri tipi d'intervento, ed è stata nuovamente somministrata la scala WEMWB dopo quattro settimane. I criteri d'inclusione comprendevano infermieri che lavoravano in un reparto Covid nell'est di Java da almeno due settimane: essi dovevano possedere accesso a internet e un cellulare nel quale scaricare i video per la guida pratica della mindfulness. Sono stati esclusi infermieri con malattie gravi e che sono stati in congedo per un lungo tempo durante la durata dello studio.

Il gruppo d'intervento si caratterizzava per avere una maggioranza di infermiere donne, con un'età media di 35.2 anni, di etnia sudanese e di religione musulmana. I componenti

del gruppo avevano ottenuto il diploma in cure infermieristiche e lavorato in isolamento. La media dell'esperienza lavorativa era pari a 10.7 anni di lavoro nel campo. Il gruppo di controllo si caratterizzava per essere principalmente composto da infermieri uomini, con un'età media di 32.6 anni, con un diploma in cure infermieristiche. Gli infermieri avevano lavorato in isolamento e avevano un'esperienza lavorativa media di 4,08 anni.

Per il gruppo d'intervento, con un IC al 95% (1.31-3.48) i risultati dello studio hanno evidenziato una differenza statisticamente significativa ($p: 0.000$) a livello del benessere psicologico tra il pre-intervento (M: 54.52; SD: 5.5) e post-intervento (M: 56.92; SD: 5.57). Nel gruppo di controllo, non è stata rilevata una significatività statistica ($p: 0.689$) nel pre-intervento (M: 66.00, SD: 11.3) e il post-intervento (M: 66.00, SD: 9.2). I risultati del t-test hanno dimostrato differenze statisticamente significative nei punteggi medi pre-intervento (IC95% 1.64-11.19; $t: -2.67$; $p: 0.011$) e post-intervento (IC95% 1.23-9.97; $t: -2.57$; $p: 0.013$) tra i gruppi. I dati di questo studio hanno dimostrato che la meditazione mindfulness basata sull'attenzione al respiro ha incrementato il benessere psicologico negli infermieri che lavorano in un reparto Covid-19. Tale approccio mindfulness ha facilitato la calma che a sua volta ha avuto un impatto positivo sull'ansia, sulla paura e sullo stress degli infermieri. Questo dato è rafforzato dal fatto che i ricercatori possedevano un gruppo di controllo che ha permesso di comparare gli esiti dei partecipanti.

5. DISCUSSIONE

Sin dall'inizio della sua storia, la professione infermieristica si è sempre chinata verso la sofferenza fisica e psichica dell'altro. Professione che al giorno d'oggi viene ancora tanto stigmatizzata, quanto onorata per le sue innumerevoli e talvolta anche coraggiose prestazioni di cura. Si parla di stress occupazionale e burnout in quest'ambito da quasi cinquant'anni; tuttavia, il problema non è andato migliorando, anzi, testimonianze e studi pre-pandemici non hanno fatto che mostrare un continuo aumento del numero di infermieri soggetti a stress occupazionale, burnout, insoddisfazione lavorativa e abbandono professionale.

Nonostante Antonovsky reputi che tutti gli esseri umani si situano su un *continuum* tra salute e malattia che oscilla costantemente (Simonelli & Simonelli, 2010), oggi più che mai, osservando l'evoluzione storico-sociale alla quale la Terra sta andando incontro, diviene ancora più importante evidenziare l'importanza di prendersi cura di sé stessi, ancor prima di assumere il ruolo di professionista della salute.

Si pensi ad esempio alla pandemia da Covid-19 e alla recente guerra scoppiata nel continente europeo; ambe le situazioni, seppur di diversa natura, stanno provocando conseguenze negativamente impattanti sulla salute mentale individuale e collettiva. Basta infatti guardarsi attorno per comprendere alcune delle ripercussioni sociali che ne derivano: l'isolamento sociale, secondario alla paura e all'ansia degli avvenimenti sopracitati, e la xenofobia, sono solo alcune delle ripercussioni osservabili. Un'indagine dell'*Australian Bureau of Statistics* (2020), ha evidenziato che su 1000 adulti australiani, il 28% delle donne e il 26% degli uomini hanno riferito il senso di solitudine come fonte di stress a causa della pandemia da Covid-19. Simile la condizione nei giovani tra i 13 e 17 anni: infatti quasi la metà degli intervistati ($n: 1000$) ha riferito che il Covid ha influenzato negativamente i propri livelli di stress e ansia (47%) (UNICEF Australia, 2020). Durante la seconda ondata, a livello svizzero sono aumentati del 40% i contatti da parte dei giovani presso l'associazione Pro Juventute Svizzera, per la gestione degli stati depressivi (Pro Juventute Svizzera, 2021).

Inoltre, come dichiarato da Ibrahim (2022) gli infermieri sono risultati essere una classe sociale stigmatizzata ed emarginata durante la pandemia; gesti dai quali deriva una chiara sofferenza nei confronti di chi li subisce. Tutti questi vissuti, seppur validi e giustificati, fanno riflettere sull'urgente necessità di incentivare un'attitudine individuale e sociale che promuova il re-incontro con la parte più interiore di sé e gli interventi basati sulla mindfulness risultano essere un valido strumento d'appoggio.

In qualità di esseri umani operativi nel settore delle *helping professions*, secondo il codice deontologico degli infermieri è doveroso agire a livello micro: su di sé e sulla propria salute. La progressiva introduzione della meditazione mindfulness nel mondo Occidentale, e l'avanzamento della tecnologia, hanno dimostrato come tale pratica può essere implementata nel settore delle cure. Questa revisione di letteratura mette in mostra degli aspetti fondamentali su questo progresso.

Come prima cosa, si può notare che gli otto gruppi di studio mostrano delle differenze eterogenee per la specializzazione nel settore infermieristico e che gli interventi basati sulla mindfulness differenziano per caratteristiche strutturali e metodologiche. Tuttavia, all'interno di ogni pratica tutti gli interventi di studio hanno mantenuto l'attenzione basata sul respiro come caratteristica principale della pratica. Esso infatti si riconferma essere parte centrale di tutti gli interventi analizzati. Riprendendo nuovamente quanto spiega McClafferty (2018) esso consente di aumentare la padronanza dei propri pensieri.

I dati rilevati in questo Lavoro di Tesi permettono di dichiarare che gli IBSM sono efficaci per la gestione dello stress occupazionale e del benessere degli infermieri, ma soprattutto si dichiarano essere una grande risorsa salutogenica. A livello indiretto si può notare, come i risultati riscontrati dalla revisione di letteratura, mostrano un incremento delle caratteristiche fisiche, cognitive, emotive, relazionali e attitudinali che costituiscono le RGR.

Se la mindfulness viene svolta con continuità e per un periodo di tempo prolungato, si può osservare che indipendentemente dal tipo di protocollo che si sceglie di seguire, l'infermiere potrà trarre un beneficio rispetto al proprio Senso di Coerenza, il quale secondo Kabat-Zinn (2016) aumenta la fiducia nell'opportunità di comprendere gli eventi interni ed esterni, nelle proprie risorse per gestire le difficoltà e nel fatto che esse creano sfide nelle quali la persona può trovare significato e quindi sfruttare le proprie energie.

Da un punto di vista cognitivo, questo *mindset* può permettere alla persona di leggere uno stimolo stressante come neutro garantendo così delle prestazioni di cura adeguate al contesto. Il modo in cui una persona si rapporta con i propri pensieri e le proprie emozioni ha un forte impatto sulla qualità della propria salute attuale e futura (Kabat-Zinn, 2016). In questo senso, gli IBSM diventano per gli infermieri un'importante risorsa generale di resistenza: rafforzando la consapevolezza di sé e del mondo circostante, la mindfulness permette all'individuo di conoscere, accettare e far buon uso dei propri punti forza e i propri limiti fisici, cognitivi ed emotivi. Lo studio qualitativo di Resnicoff e Julliard (2018) evidenzia molto bene come nella pratica infermieristica questo permette al curante di relazionarsi al paziente con un intento ed un'attenzione più autentica e compassionevole. A sua volta ciò conferma come il sistema umano sia una struttura complessa, fortemente dinamica e strettamente influenzata dai condizionamenti interni ed esterni, in questo caso tanto da manifestare un effetto inverso che si ripercuote positivamente sulle relazioni interpersonali.

Sia a livello personale che professionale, seguire un intervento basato sulla mindfulness, si traduce in una miglior autoefficacia nella gestione di uno *stressor*. Riprendendo lo studio di Tang e Leve (2016) grazie alla consapevolezza che sorge attraverso la mindfulness, la persona migliora la propria autoregolazione cognitiva. Da un punto di vista infermieristico ciò può permettere di:

- Comprendere più facilmente quando e come è necessario attivare risorse interne (RGR) ed esterne (RSR), per fronteggiare uno *stressor* con maggiore efficacia e con meno dispendio di energia fisica, cognitiva, emotiva.
- Gestire uno *stressor* con un carico emotivo idoneo al contesto, che non sia iperespresso o minimizzante. Una buona regolazione emotiva può aumentare le emozioni positive, permette di migliorare la capacità di far fronte allo stress, promuove le relazioni interpersonali.
- Gestire uno *stressor* mantenendo maggior controllo ed attenzione su quanto sta accadendo.

Nondimeno, promuovere la pratica basata sulla mindfulness può assumere una notevole valenza per incentivare uno stile di pensiero coerente con la situazione, poiché esso secondo Kabat-Zinn (2016) definisce:

- le proprie scelte;
- la motivazione intrinseca ad agire;
- il grado di fiducia che si ha rispetto a sé stessi;
- le convinzioni rispetto al funzionamento del mondo e al posto che il soggetto occupa in esso.

Yang et al. (2018): i risultati dello studio mostrano che il livello di salute mentale negli infermieri psichiatrici è aumentato in entrambi i gruppi risultando però statisticamente significativo solo nel gruppo d'intervento. Considerando che i pazienti psichiatrici spesso presentano una condizione mentale alterata dalla malattia, e alcuni di loro possono mettere in pericolo oltre che se stessi anche gli altri, la salute mentale degli infermieri rimane in uno stato di tensione continua. Oltretutto, spesso gli infermieri di salute mentale sono soggetti ad avere una bassa autostima, aspetto che può portare ad avere idee errate sul proprio ruolo e sul celebre lavoro che queste persone svolgono. In concreto la pratica può aiutare gli infermieri ad affrontare emozioni negative sostenendo il curante a percepire invece gli aspetti positivi che ne derivano, questo permette di ridurre l'impatto degli eventi negativi derivanti dal contesto lavorativo. A sua volta, la MBSR incrementa la conoscenza di sé e la padronanza dei metodi per gestire lo stress occupazionale.

Lo studio di Resnicoff e Julliard (2018) evidenzia che nonostante i benefici ottenuti dagli otto mesi della breve pratica mindfulness basata sul respiro, il percorso non è iniziato col medesimo entusiasmo da tutte le intervistate: inizialmente un'infermiera ha riferito di essersi sentita addormentata al termine della pratica, mentre due ACS si sono apparse scettiche, mostrandosi restie nel credere nell'utilità dell'intervento proposto. L'infermiera istruttrice ha notato che prima di iniziare le pratiche tutte le partecipanti si presentavano agitate e con difficoltà mettevano temporaneamente da parte il proprio lavoro o il telefono. Inoltre, ha percepito nel gruppo sorta di fastidio nello svolgere la breve pratica proposta, alcune curanti invece risultavano meno espressive rispetto l'esperienza e parevano a disagio. Tuttavia, dopo sei mesi di pratica, la leader ha notato che le curanti si preparavano spontaneamente alla pratica, e al termine del progetto tutte le partecipanti

hanno dichiarato che avrebbero voluto proseguire le brevi meditazioni guidate alla mezzanotte del turno.

Queste dichiarazioni sorte dall'articolo mettono in evidenza che praticare la mindfulness è tutt'altro che facile: da una parte si può presupporre che c'è stata una tendenza all'evitamento rispetto le pratiche meno comuni nella propria realtà sociale, dall'altra le attitudini tese delle partecipanti fanno intendere come imparare a stare a contatto con lo spiacevole o gli aspetti di sofferenza personale nella sofferenza non è consuetudine per l'essere umano occidentale e occidentalizzato.

Tuttavia dallo studio è emerso che un progressivo avvicinamento alla pratica si è dimostrato oltre che benefico, anche ben accetto e piacevole per i curanti.

I dati rilevati dello studio RCT di Lin e colleghi (2019), suggeriscono una possibile integrazione della pratica in ottica di promozione della salute infermieristica, per un periodo di una durata più o meno lunga. Anche se i risultati desiderati in merito alla resilienza sono stati ottenuti dopo tre mesi dall'intervento, gli autori sottolineano l'importanza di implementare la mindfulness già a partire dall'ambito di formazione infermieristica, poiché l'ipotesi è che possa promuovere la resilienza dei futuri infermieri impattando positivamente la loro esperienza in ambito clinico. Inoltre, nonostante siano necessarie ulteriori ricerche, la mindfulness sembra avere il potenziale per migliorare la soddisfazione lavorativa degli infermieri. Come anche dichiarato dagli autori stessi, è plausibile che tale parametro non abbia avuto esiti statisticamente significativi, poiché è soggetto da una complessità multifattoriale in costante interazione.

L'articolo di Xie et al (2020) e rispettivamente quello di Ibrahim et al (2022) sono gli unici due studi che applicano un intervento basato sulla mindfulness in due *setting* dove le condizioni di cura variano a seconda di tempi nettamente più veloci rispetto ad altri reparti. Da una parte lo studio sulle infermiere di cure intense soggette a burnout evidenzia come la pratica meditativa si dimostra fortemente efficace nella *cura* di uno stato di malessere constatato, dall'altro lo studio sugli infermieri del reparto Covid-19 fa riflettere sul fatto che se la mindfulness viene prontamente applicata ai soggetti a rischio, il benessere psicologico non può che aumentare. In altre parole questi studi fanno intendere che gli IBSM giocano un ruolo influente e dominante rispetto la qualità delle capacità auto-organizzative e di adattamento del sistema-soggetto nel sistema del *setting* ospedaliero.

Lo studio di Ibrahim e colleghi (2022), essendo un quasi-esperimento, quindi non dotato di randomizzazione dei gruppi di controllo e intervento (Polit & Beck, 2018), solleva una questione: se i gruppi fossero stati randomizzati, si sarebbe ottenuto il medesimo risultato? Si noti come in tale studio, il gruppo d'intervento è composto da donne *versus* quello di controllo da uomini. In prospettiva di ricerche future in *setting* simili a questo, da una parte sarebbe interessante confermare o confutare l'ipotesi di Ibrahim e colleghi (2022) mediante una randomizzazione; dall'altra sarebbe anche spunto di riflessione conoscere se vi è una differenza di genere in merito agli *outcome* di un IBSM applicato sugli infermieri.

Se il pensiero comune rispetto la mindfulness implica lo stare seduti e pronunciare un mantra, ecco che lo studio di Hilcove e colleghi (2021) mette in mostra che praticare la mindfulness non significa soltanto portare la consapevolezza al proprio respiro. Lo yoga basato sulla mindfulness include la consapevolezza intenzionale sui propri movimenti corporei attraverso tecniche di respirazione e specifici movimenti corporei. I ricercatori

hanno rilevato che gli operatori sanitari che hanno praticato l'intervento una volta a settimana per un mese e mezzo, hanno potuto godere di un aumentato benessere psicologico. Nonostante il campione di studio della ricerca ingloba altri professionisti della salute, l'articolo è stato comunque integrato nel processo di analisi sia per la predominanza infermieristica (76%), sia per dimostrare al lettore che gli IBSM assumono una valenza positiva e salutogenica anche per le *helping professions* che non sono state considerate nei criteri d'inclusione nel processo di ricerca.

Fadzil e colleghi (2021), hanno proposto un breve intervento basato sulla mindfulness costituito da una pratica al mese per tre mesi consecutivi in aggiunta lo svolgimento regolare del protocollo specifico al proprio domicilio. L'aderenza alla pratica a casa è stata incentivata attraverso un gruppo WhatsApp. Nonostante i risultati illustrino una riduzione statisticamente significativa dei sintomi dello stress e dell'ansia, la pratica non si dimostra efficace nella riduzione sintomi depressivi rispetto ad altri studi. Ad ogni modo, rimane difficile comprendere se i benefici ottenuti dall'intervento siano correlati ai tre incontri di pratica formale, o alla pratica informale svolta a casa, in quanto i ricercatori non sono a conoscenza di quante volte a settimana gli infermieri hanno effettivamente praticato il protocollo da loro proposto e non sono inglobati nell'analisi di ricerca dati relativi a tale aspetto.

È interessante far notare che lo studio pilota di Qualls e colleghi (2022) è l'unico a dimostrare una riduzione statisticamente significativa rispetto alla PA, FC e FR, nonostante tutti i componenti dei campioni di studio avessero dei valori rientranti nella norma. Questi risultati, insieme a quelli dello stress percepito e dei sintomi caratteristici del burnout, contribuiscono a rafforzare la direzione di questo Lavoro di Tesi: non solo la mindfulness basata sul respiro si rileva efficace, ma lo risulta essere anche con una forma breve e auto-somministrata mediante l'uso di auricolari e un mp3. Come anche suggerito dagli autori dell'articolo, la presenza di un gruppo di controllo, come anche la ripetizione di tale studio su altre figure infermieristiche permetterebbe di rafforzare l'efficacia dell'ipotesi ottenuta con tale studio.

In ogni caso, è incoraggiante mettere in luce che le partecipanti di questa ricerca hanno espresso l'interesse di avere la possibilità di svolgere la pratica meditativa nel proprio reparto a seconda la propria necessità, con l'obiettivo di implementare e promuovere la mindfulness durante turno lavorativo. A questo proposito, la mindfulness non si rileva solo una risorsa generale di salute poiché va a favorire una serie di modifiche a livello cognitivo e sugli abituali schemi comportamentali, ma diviene anche una risorsa specifica di resistenza in quanto avere uno spazio fisico e formale dove poter meditare all'interno di un servizio sanitario significa avere un servizio o una attività di una struttura che può essere attivata specificatamente per imprimere un controllo su uno *stressor* piuttosto che evitarlo, reinterpretarlo e/o adattarsi ad esso.

Ad ogni modo Kabat-Zinn (2003) ricorda che praticare la mindfulness significa anche trovarsi di fronte a situazioni scomode: se d'un lato la pratica produce una serie di benefici sia psicologici che fisici, dall'altro è possibile che la persona si trovi di fronte a momenti del presente che possono essere vissuti come stressanti, scomodi ed emotivamente forti. Per questo, al fine di svolgere una pratica efficace, la persona deve prestare impegno e perseveranza nella pratica formale, al fine di creare un certo grado di stabilità nella propria capacità di essere partecipe nel momento presente, specialmente nelle condizioni scomode che derivanti dalla mente stessa e dai cinque sensi.

6. IMPLICAZIONI INFERMIERISTICHE

Giunti a questo punto, risulta chiaro che gli interventi basati sulla mindfulness hanno una validità scientifica nella promozione del benessere psicologico e fisiologico e nella gestione dello stress occupazionale e del burnout nel settore infermieristico, problematiche di fondo trattate in questo Lavoro di Tesi. Ma in che modo un intervento basato sulla mindfulness può influenzare concretamente la vita professionale dell'infermiere e il suo approccio di cura? Per rispondere a questa domanda si farà riferimento al documento pubblicato sul sito della Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere (KFH, 2011) e liberamente tradotto dal Dipartimento della Sanità della SUPSI.

La prima competenza, quella del ruolo di esperto in cure infermieristiche, richiede che l'infermiere sia responsabile delle cure erogate che devono essere efficaci, efficienti, continue e di alta qualità sia nell'interesse dei pazienti e del suo *entourage*, che dei professionisti che ruotano attorno alla persona malata. Nondimeno, il curante deve offrire cure basate su evidenze scientifiche e principi etici ed è in grado di partecipare a ricerche infermieristiche applicabili nella pratica stessa (KFH, 2011). Tutto questo implica che il professionista sia in grado di essere consapevole di sé, del proprio ruolo e di quanto accade nell'ambiente circostante. La mindfulness potrebbe essere una valida soluzione per incrementare la consapevolezza di quanto accade sia dentro di sé che nell'ambiente circostante, a sua volta ciò potrebbe migliorare la performance lavorativa, perché come visto precedentemente, è tipico che un infermiere soggetto da stress abbia difficoltà attentive e di concentrazione, aspetto che può influenzare anche in maniera fatale, le cure infermieristiche. Gli *outcome* derivanti dagli studi fanno capire che può essere mantenuto e/o migliorato il senso di coerenza, permettendo, specialmente in condizioni di stress, di percepire gli stimoli come sensati (comprensibilità), di ricercare risorse per fronteggiare una determinata situazione (affrontabilità) e di viverla come una sfida stimolante (significatività). Gli interventi basati sulla mindfulness sono una prova che questa capacità può essere sviluppata, rafforzata e mantenuta con una pratica costante. Inoltre, è interessante riflettere sul fatto che dal momento in cui l'infermiere possiede e nutre tale capacità, a sua volta può trasmetterla ai pazienti dei quali si occupa.

I contesti sanitari sono carichi di emozioni quali paura, rabbia, ansia e frustrazione; oggigiorno grazie alle ricerche in merito alle relazioni mente-corpo è noto il forte legame tra le proprie emozioni e le ripercussioni fisiche; ecco quindi che il ruolo dell'infermiere *mindful* diviene centrale nella cura perché non solo permette di accrescere la propria sensibilità nel rispetto della persona, ma anche di promuovere un cambiamento anche se minimo e/o temporaneo nella persona presa in cura. In questo senso l'infermiere funge da educatore/insegnante il quale può promuovere un approccio alla situazione clinica basato sulle sensazioni e sulle percezioni presenti, aspetto che può ridimensionare:

- le emozioni vissute dal paziente;
- l'effetto nocivo che la persona rivolge allo stato attuale, depotenziando i pensieri disfunzionali in modo da riorganizzare le risposte mente-corpo secondarie all'interpretazione psico-somatica degli input esterni.

Nel ruolo di comunicatore, l'infermiere è chiamato ad instaurare delle relazioni di fiducia adattate ad ogni contesto e per questo deve anche sviluppare una comprensione condivisa della situazione (KFH, 2011). Deve essere in grado di gestire possibili conflitti che potrebbero insorgere nell'ambito di cura, di documentare quanto rilevato,

considerando le basi legali, riconoscere le possibili lacune all'interno della documentazione e di proporre delle soluzioni in merito. Nondimeno, è chiamato a condividere le proprie conoscenze ed esperienze ai colleghi (KFH, 2011). Oltre che le singole esperienze di ogni curante, anche la letteratura mette in risalto come purtroppo spesso nelle situazioni di stress, specialmente in quello cronico, i curanti tendono ad alimentare relazioni disfunzionali, sia con i pazienti e il suo *entourage*, che con i colleghi, il che d'un lato può influire negativamente sull'alleanza terapeutica fra paziente-infermiere, dall'altro determina ripercussioni sul clima lavorativo e sul cameratismo fra colleghi, che a sua volta si ripercuote sia sul *team* intero e sulla qualità delle cure erogate. In questo senso, la pratica della mindfulness potrebbe permettere all'interno della relazione con un paziente, un familiare e/o un collega, di aumentare la consapevolezza del fatto che ogni essere umano è soggetto a processi caotici inevitabili che derivano dagli svariati sistemi con il quale il singolo interagisce; questo fa sì che ogni essere umano sia più o meno sano e malato nel corso della propria vita. Conoscere esperienzialmente e dunque in modo diretto e profondo tali aspetti attraverso la pratica di consapevolezza, potrebbe ridimensionare la modalità con la quale l'infermiere si relaziona con l'altro, che potrà presumibilmente risultare più attenta, fine e coscienziosa. Si prenda come esempio una situazione nella quale un paziente utilizza dei termini poco cortesi nei confronti dei curanti: un infermiere *mindful*, il quale starà sviluppando una sensibilità accresciuta nei confronti degli stimoli interni ed esterni, potrà essere in grado di gestire una situazione simile riconoscendo ed accogliendo le proprie sensazioni di *discomfort* e quindi comprendendo in parte anche la *"dis-ease"* del paziente. Questo gli permetterà di rispondere alla sofferenza della persona con una serie di interventi sensibili e mirati, anziché attuando un comportamento giudicante e impulsivamente scortese.

Come spiegato nella prima competenza specifica, un IBSM permette di accrescere la sensibilità dell'infermiere, caratteristica utile per incentivare l'alleanza terapeutica col paziente: tuttavia, se tale aspetto può essere fortemente apprezzato dai pazienti e dal loro *entourage*, in una cultura *demand/control*, dove spesso le richieste lavorative eccedono alla possibilità di risposta da parte dell'operatore, la sensibilità dell'infermiere *mindful* rischierebbe di essere criticata negativamente per il tempo necessario impiegato per svolgere una determinata prestazione ma anche per i possibili favoritismi che un paziente potrebbe mostrare, aspetto che all'interno di un'equipe potrebbe anche essere fonte di divergenze.

In concreto, un paziente potrebbe preferire le cure erogate da un infermiere che al mattino si prende il tempo per accogliere i suoi pensieri e le sue emozioni o che in maniera autentica è capace di dichiarare i propri limiti momentanei (per esempio ammettendo di avere un tempo limitato in quel momento ma che farà in modo di trovare un momento nella giornata in cui dedicarsi alla relazione), anziché le cure di un infermiere il quale risulta essere sbrigativo e che nella relazione adopera una serie di attitudini che anziché promuovere la vicinanza alla persona, trasmettono disinteresse creando una sorta di barriera comunicativa secondaria all'inautenticità del curante. Inversamente, l'infermiere "sbrigativo" potrebbe invece non apprezzare la presenza dell'infermiere *mindful* poiché la sua presenza potrebbe essere erroneamente percepita come ostacolante nel soddisfacimento e nella risposta delle richieste provenienti dal sistema sanitario.

Il ruolo di membro di un gruppo di lavoro sottolinea l'importanza di promuovere all'interno del team interprofessionale delle cure infermieristiche individualizzate e centrate al

paziente⁵. L'infermiere è in grado di coordinare e guidare un gruppo di lavoro e di partecipare responsabilmente alla presa di decisioni inerenti alle situazioni di cura. Le competenze professionali sono a disposizione sia del sistema sanitario in sé, ma anche del paziente e dell'entourage (KFH, 2011). Come precedentemente spiegato, la realtà infermieristica è ben altra: Cañadas-De la Fuente e colleghi (2015) hanno sottolineato come la depersonalizzazione nel burnout predisponesse l'infermiere ad un comportamento cinico. In questo senso, l'orientamento rispetto al presente e al futuro diviene carico di pensieri ed energie negative rivolte verso di sé e verso chi lo circonda. Ciò influisce negativamente sia sulle relazioni interpersonali lavorative, che sugli obiettivi di cura in quanto il focus e le energie di questo tipo di infermiere saranno poste su pensieri disturbanti e spesso irrazionali, anziché sul presente, sulle persone delle quali il professionista si sta prendendo cura.

Come accennato, un IBSM può fungere da RGR in quanto consente di riorientare la percezione degli stimoli provenienti dall'interno e dall'esterno, andando ad influenzare ancora una volta il SOC, il quale se incrementato potrà sostenere la persona a comprendere e dare un senso a ciò che sta accadendo nel momento presente attraverso una mente lucida e non distorta dai pensieri predominanti dallo stato di disagio. Vale a dire che la mindfulness permette di riorientare le proprie azioni, in quanto l'intensità delle difficoltà poste dalla vita saranno ridimensionate (Simonelli & Simonelli, 2010) fornendo maggior chiarezza relativa alla realtà percepita.

Si può così ipotizzare un miglioramento delle relazioni interpersonali all'interno di un gruppo di lavoro le quali potranno risultare maggiormente serene e propense al lavoro di squadra: in questo senso si può immaginare una maggior facilità nella delega e nella suddivisione dei compiti proprio perché l'infermiere sarà in grado di valutare costantemente l'evoluzione del sistema che emerge continuamente nel suo contesto sotto l'influenza di tutte le connessioni. Tutto ciò consentirà di gestire lo stress, migliorare la qualità delle cure e di incrementare la soddisfazione lavorativa.

Attraverso il ruolo di manager, l'infermiere applica piani di cura efficaci ed efficienti che sono orientati verso il processo, gli obiettivi e le risorse, nel rispetto delle regole istituzionali e piani legali. Collabora nell'utilizzo e nella valutazione di standard di qualità per la propria professione basandosi su prove di efficacia, sfrutta i software informatici, riconosce la necessità di innovazione all'interno delle cure infermieristiche e nondimeno riflette sul proprio ruolo e progetta la sua carriera professionale (KFH, 2011).

Questa competenza infermieristica mette particolarmente in evidenza la complessità, la dinamicità e l'alto grado di *performance* cognitiva e fisica richiesta dell'infermiere. Tuttavia, la sofferenza derivante dallo stress lavorativo può distorcere la consapevolezza del proprio ruolo e delle proprie azioni, impattando negativamente la qualità delle cure e l'adempimento del codice deontologico infermieristico. A livello relazionale, chi opera nel settore delle cure sa bene che talvolta è possibile trovarsi di fronte a pazienti e/o familiari poco rispettosi rispetto al proprio lavoro; a loro volta, purtroppo i curanti tendono quasi immediatamente ad etichettare con termini svalutativi queste persone. Quello che succede è che si crea una sorta di circolo vizioso nel quale ogniqualvolta si presentano situazioni simili anche con i propri colleghi, l'intento è quello di dare un giudizio negativo alla situazione e alla persona; quindi anziché trovare una soluzione al problema questo

⁵ Cure centrate al paziente = Alleanza di cura stabilita tra gli operatori sanitari, i pazienti e le loro famiglie (quando appropriato), al fine di garantire un'assistenza sanitaria che risponda ai desideri, ai bisogni e alle preferenze dei pazienti e il supporto e l'istruzione necessaria per prendere decisioni sulle proprie cure (Institute of Medicine, 2001 cit. in Shaller, 2007)

tipo di curante sceglie di evitarlo, adoperando la via più semplice che è quella di evitamento e di minimizzazione del problema. Accrescere la propria sensibilità e attenzione mediante gli IBSM, può permettere di interrompere questo circolo vizioso e favorire un clima mite nel quale ogni tipo di dis-agio viene accolto, accettato e la sua percezione viene ridimensionata in relazione alla realtà effettiva e dunque non ai pensieri impulsivi ed automatici della propria mente. A sua volta questo permette di avvicinarsi e sostenere l'interlocutore al fine di permettergli di rispondere ai suoi bisogni, seppur precedentemente espressi in maniera poco rispettosa.

Inoltre, si sa che l'essere umano è in costante evoluzione e che i sistemi complessi sono in grado di mutare in tempi più o meno veloci, aspetto che implica la necessità di avere una mente costantemente pronta ad agire, auto-adattarsi e organizzarsi coerentemente in funzione degli *stressor* che subirà e al fine di rispondere in maniera ottimale. Integrare nella propria quotidianità un intervento basato sulla mindfulness può stimolare l'infermiere ad essere genuinamente curioso ad intraprendere un percorso per conoscersi e riscoprirsi in maniera costante ed evolutiva, in funzione delle sfide che la vita personale e professionale gli pone davanti. Solo dal momento in cui la persona sarà in grado di mantenere un equilibrio sul *continuum* tra la salute e la malattia, potrà fornire delle cure centrate alla persona. Inoltre, è stato rilevato che la mindfulness è in grado di interrompere gli schemi cognitivi e comportamentali disfunzionali di una persona soggetta da un disagio emotivo, in quanto è stato rilevato da van den Hurk e colleghi (2011) che la pratica influenza positivamente e aumenta i livelli di curiosità e apertura all'esperienza. Perciò si può riflettere sul fatto che quanto più un infermiere è curioso nei confronti del contesto ed interessato a fare nuove esperienze, tanto più potrà sviluppare quello che viene comunemente definito "l'occhio clinico" ovvero la capacità di rilevare dettagli e aspetti salienti di qualsiasi natura, legati alla sfera della persona presa in carico.

Il ruolo di *health advocate*/promotore della salute richiede all'infermiere impegno rispetto ai problemi legati alla salute e alla qualità di vita dei pazienti e del suo *entourage*. Nella cura l'infermiere integra in maniera partecipativa, programmi volti alla promozione della salute e prevenzione delle malattie sia a livello individuale che collettivo. Nondimeno, fa sì che i pazienti e le persone a lui vicine possano individuare i mezzi disponibili per mantenere e aumentare la qualità e fronteggiare la malattia quando essa si presenta (KFH, 2011). Gli IBSM si sono dimostrati essere un valido approccio non farmacologico sia per promuovere la salute che per gestire la malattia.

Gli effetti riscontrati nell'analisi degli articoli, sostengono ulteriormente la sua applicazione specie perché secondo il modello salutogenico, l'essere umano si situa sul *continuum* tra salute e malattia (Simonelli & Simonelli, 2010) e la mindfulness può essere un valido strumento per equilibrare l'oscillazione dello stato di salute tra una condizione di agio (*ease*) o dis-agio (*dis-ease*) (Mittelmark & Bauer, 2017) attraverso l'osservazione non giudicante del presente indipendentemente che esso porti sensazioni piacevoli (di agio) o spiacevoli/sofferenti (dis-agio). Aumentando questa sorta di resilienza, la persona diviene in grado accettare e dare un ulteriore senso alla vita presente.

Nonostante un infermiere di cure generali non dispone delle competenze per guidare un gruppo nella pratica mindfulness, può comunque far capo alle evidenze scientifiche per portare avanti progetti di implementazione a livello istituzionale dando particolare attenzione alla propria esperienza individuale. Dunque, è compito dell'infermiere fare da "avvocato" e manager per promuovere pratiche innovative le quali mantengono e

migliorano sia il benessere, che le risorse interne (RGR) e il SOC. Anche se è ripetitivo, non è scontato: quanto più un infermiere è in salute, tanto più le cure possono rispondere alle esigenze dei pazienti. Il progetto territoriale condotto dal professor Piasentin testimonia l'attuabilità di un IBSM nel contesto ticinese. I risultati incoraggianti offrono la possibilità di immaginare un futuro nel quale tutti gli ospedali EOC saranno in possesso di un *setting* in cui tutti i dipendenti potranno praticare un IBSM. In questo senso sarebbe altrettanto interessante indirizzare le future ricerche rispetto l'applicazione del protocollo MBSR anche alle cure dirette ai pazienti, proprio per implementare nella pratica di cura interventi volti a promuovere la salute e prevenire la malattia individuale e collettiva.

Attraverso il ruolo di apprendente e insegnante, l'infermiere mantiene e sviluppa le proprie competenze professionali con la formazione continua, riconosce la necessità di apprendimento sia nei pazienti e in chi lo circonda, sia nella collettività: fornisce così il suo aiuto rivolto all'efficacia e considerando la politica sanitaria. In aggiunta, identifica e segnala i problemi relativi alle cure infermieristiche al fine di utilizzarle in progetti di ricerca e sviluppo. L'infermiere riflette sul proprio operato, rilevando risorse e lacune in relazione la sua esperienza professionale e il sapere basato su prove d'efficacia (KFH, 2011).

In primo luogo, avere una mente predisposta alla consapevolezza aperta e non giudicante potrebbe ridurre il senso di competizione - con sé e con gli altri - oltre che il perfezionismo ossessivo. Parallelamente una mente curiosa e in grado di agire consapevolmente, può essere maggiormente propensa all'apprendimento continuo grazie alla capacità di riconoscimento delle proprie lacune e difficoltà derivanti alla capacità introspettiva promossa dalla mindfulness.

Successivamente, come è ben saputo, l'infermiere è allo stesso tempo un insegnante per le persone in formazione. Specialmente nell'ambito della comunicazione con l'allievo la mindfulness può giocare un ruolo cruciale nel riconoscere i messaggi para-verbali e non verbali che forse, per via dello stress lavorativo potrebbero essere sottovalutati o mal interpretati. Nondimeno, un'attitudine *mindful* rispetto all'allievo può promuovere un dialogo aperto che ridurrà, da parte dello studente, il disagio che egli potrebbe vivere se il suo relatore di tirocinio dovesse mostrare un'attitudine "tossica" nei suoi confronti a causa dello stress lavoro-correlato. Proprio come dichiarato dallo studio di Lin e colleghi (2019) sarebbe buona cosa implementare corsi basati sulla mindfulness già a partire dalla formazione di base nel settore infermieristico per fare sì che gli allievi e i futuri infermieri siano in grado di vivere, in particolare i periodi di tirocinio, in maniera autentica, focalizzata sul presente e con la consapevolezza delle risorse che dispongono al fine di fronteggiare ogni situazione in maniera coerente.

D'ultimo il ruolo legato all'appartenenza professionale richiede all'infermiere di mantenere un'attitudine consona all'etica della professione, di impegnarsi responsabilmente e autonomamente nello sviluppo del *nursing* e in aggiunta, il professionista è chiamato a sottoporre il proprio operato ad una valutazione costante in modo da contribuire a promuovere la propria salute e qualità di vita e quella degli altri (KFH, 2011).

Praticare la mindfulness non vuol dire trovare un cammino roseo, bensì imparare a stare anche nelle situazioni scomode quando esse si presentano. Se da una parte l'essere umano è fisiologicamente portato a dare un senso a quello che sperimenta, dall'altra in momenti di sofferenza è comune evitare di guardarsi dentro e di condividere i sentimenti che si provano verso di sé. In questo senso, la mindfulness può essere utile per far emergere alla propria consapevolezza pensieri e percezioni implicite, piuttosto che repressi. La mindfulness risulta uno strumento valido per allenarsi a ridimensionare il

significato emotivo e l'intensità che proviene dalla natura di ogni tipo di sofferenza. Condizione che nell'ambito della cura può permettere di vivere i momenti carichi di emozioni in maniera lucida e cosciente del fatto che ogni situazione è impermanente, aspetto che può facilitare la presa di decisioni e può allontanare l'operatore sanitario dal logorarsi per i sentimenti che prova.

7. LIMITI E PROSPETTIVE DI RICERCA

Nonostante l'attualità del tema trattato in questo Lavoro di Tesi, sono stati riscontrati dei limiti durante il processo di ricerca.

In primo luogo, la banca dati Medline (Ovid) ha dato un numero di risultati nettamente più basso con tutte le stringhe utilizzate nei database. Tutte le stringhe di ricerca sono state applicate nelle banche dati scelte in due momenti diversi per eseguire un doppio controllo. Su Medline (Ovid) il totale di articoli rilevati differiva dai due momenti di ricerca, erano stati rilevati molti più articoli nel primo momento, nonostante il processo fosse sempre stato il medesimo. Tuttavia, si è deciso di considerare gli articoli ottenuti nel secondo momento di ricerca, verso la fine di febbraio.

È stato fatto un tentativo di ricerca con la creazione di una stringa che includesse come parola chiave "*salutogenesis*" o "*sense of coherence*" i quali però non ha dato frutti: non sono stati rilevati articoli primari che trattassero direttamente sia la mindfulness che la salutogenesi per la gestione dello stress occupazionale nel settore infermieristico. A tal proposito, sarebbe interessante che le ricerche future prevedessero l'utilizzo di strumenti salutogenici, come delle scale di valutazione, per comprendere il legame diretto tra stress lavorativo, mindfulness e *nursing*. Come ha anche spiegato Pelikan (2017) (schema 1, pag. 17), considerare le RGR sia nella ricerca sanitaria che nella pratica assistenziale può aumentare la visione olistica e complessa della situazione perché come descritto, approcciarsi al mondo in maniera lineare è riduttivo data la dinamicità e la non-linearità degli eventi che si susseguono all'interno di un determinato contesto.

Un altro limite di questa ricerca è legato al fatto che non sono stati riscontrati ricerche primarie svolte nel continente europeo, questo può far presupporre che sia ancora presente una sorta di resistenza culturale rispetto all'applicazione di questa pratica. Questo aspetto può esser stato influenzato dalla dimensione temporale scelta per la ricerca (ultimi cinque anni) e dalla tipologia di articoli inclusi (solo ricerche primarie). Inoltre, a livello generale si può notare la forte predominanza, alcune volte anche totale, del sesso femminile all'interno dei gruppi di ricerca. Laddove possibile, sarebbe interessante condurre delle ricerche utilizzando dei gruppi di ricerca quanto più eterogenei possibili, in modo tale da poter rilevare se la differenza fra sessi può influenzare l'aderenza e i risultati dell'intervento.

Ciononostante, questa revisione di letteratura vanta di un punto forte, ovvero la considerazione del territorio ticinese che ha evidenziato come in realtà gli interventi basati sulla mindfulness, presso l'EOC risultano essere degli strumenti apprezzati e incoraggiati all'uso, aspetto che apre ai professionisti sanitari (e non) nuovi sbocchi di approccio alla conoscenza di sé e al mantenimento del proprio benessere, sia psicologico che fisico. Come precedentemente suggerito, a livello territoriale sarebbe interessante ampliare l'iniziativa proposta in un singolo ospedale dell'EOC estendendola in tutte le sue strutture, al fine di creare col tempo una cultura sanitaria predisposta ad approcciarsi alla

complessità della vita personale e professionale con una mente predisposta all'approccio relazionale consapevole, non giudicante, curiosa e auto-centrata.

8. CONCLUSIONI

Giunti a questo punto, reputo che il presente Lavoro di Tesi abbia permesso di rispondere alla domanda di ricerca in maniera tanto variegata quanto articolata, declinando le argomentazioni sotto diversi livelli (micro, meso, macro) e punti di vista. Tuttavia, come spiegato nel precedente capitolo, è ancora necessario approfondire la relazione diretta tra la mindfulness e la salutogenesi; anche se, nonostante ciò, è stato comunque possibile comprendere l'impatto di quest'ultima sul benessere degli infermieri.

Nonostante questo, sono dell'idea che fornire una risposta chiara e comunemente condivisa alla domanda posta dalla cantante e attrice argentina Lali (2016), la quale introduce questo lavoro, non sia possibile.

Cosa succede in questo mondo è difficile spiegarlo, forse proprio per l'estrema complessità di questo organismo vivente, non esiste una soluzione che funga da panacea a questa domanda. In una società che evolve con estrema velocità, che negli ultimi anni è stata soggetta a cambiamenti sbalorditivi di portata internazionale e che col passare del tempo aumenta sempre di più i criteri standard di eccellenza, ogni individuo corre il rischio di dimenticare di viver-si per la preoccupazione di dover "fingere" proprio come dice Lali, anche se con parole diverse, nella sua canzone "*Tu Revolución*".

Gli interventi basati sulla mindfulness possono così essere una sorta di invito a fermarsi per osservare quanto accade dentro e fuori di sé in quanto non è possibile mantenere uno stato di "totale agio" in un contesto dove c'è un alto rischio di farsi trasportare in maniera inconsapevolmente distruttiva dalla sofferenza.

Oggigiorno si cerca in continuazione di colmare le lacune, di trovare soluzioni ai problemi e spesso quando si sbaglia, ci si logora. In una società dove produrre le maggior prestazioni possibili nel minor tempo possibile è diventato quasi un trend anche nel settore sanitario, reputo sia doveroso fermarsi per domandarsi "*Io come sto? Perché reagisco così? Perché il mio umore sta cambiando negli ultimi tempi? Cosa sta capitando alla relazione fra noi colleghi?*". Nelle mie esperienze lavorative, ho sempre percepito molta resistenza da parte dei colleghi nel parlare apertamente del proprio stato d'animo, quasi come se fosse un tabù e le ripercussioni che seguivano, sono ormai chiare.

Sono dell'idea che gli infermieri in particolare, godono dell'opportunità di poter creare una relazione privilegiata con i pazienti e a questo consegue un'alta responsabilità dal momento in cui questo processo viene consolidato. Proprio per questo motivo, ancor prima di chiedere al proprio paziente come sta, l'infermiere deve porre questa domanda a sé stesso. Solo venendo a contatto con le proprie percezioni ed imparando a stabilire uno stato di accettazione non giudicante con esse, l'infermiere sarà in grado di fornire al massimo la propria autenticità nella cura.

Il Lavoro di Tesi spiega che non è un cammino facile e lineare quello di avvicinarsi alle proprie percezioni e ai propri pensieri, io stesso, dalla mia umile esperienza mi sento di dire che è un cammino talvolta anche arduo. L'avvicinamento e la pratica costante della mindfulness mi ha fatto e mi sta facendo tutt'ora crescere, scoprire e riscoprire in maniera continua le sfumature che compongono il mio essere. Sento che la mindfulness mi permette di fornire al mio interlocutore, sia esso un paziente, un collega, un amico o un

mio familiare, la versione più autentica e sincera della mia persona. Specialmente nell'ambito lavorativo, questo mi ha sempre aiutato a definire i miei punti di forza e i miei punti di sviluppo, al fine di evolvere anche in qualità di professionista della salute.

9. RINGRAZIAMENTI

A questo punto non mi resta che ringraziare dal profondo del mio cuore il professor Giorgio Tarabra, che dal primo momento è sempre stato costantemente disponibile ed interessato alle mie opinioni e allo sviluppo di questo Lavoro di Tesi. Il suo sostegno ed equo interesse per il tema mi hanno permesso di scoprire nuove visioni della mente umana e dell'approccio alla cura.

Ringrazio il professor Sergio Piasentin che nel corso di questa formazione ha raffinato il mio particolare interesse per la salutogenesi e si è gentilmente messo a disposizione per l'intervista presente in questo lavoro.

Un sincero e profondo ringraziamento va anche alla professoressa Tiziana Sala Defilippis, che per questi tre anni è stata per me una mentore: la sua professionalità, la sua passione per le cure infermieristiche e per quello che lei definisce "il bello" ovvero l'arte, sono stati per me fonte di importante ispirazione che mi hanno permesso di nutrire la mia personalità e l'infermiere che vorrò essere. La ringrazio in quanto lei come pochi ha avuto un'estrema fiducia nelle mie capacità e mi ha sempre spinto ad inseguire i miei sogni.

Ringrazio di cuore la mia famiglia che da sempre ha sostenuto ogni mia scelta professionale e mi ha incoraggiato a non mollare mai. Grazie anche ai miei più cari amici che mi sono sempre stati vicini e a tutti i compagni di classe con i quali ho condiviso questa magnifica esperienza.

10. BIBLIOGRAFIA

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D., & Paignon, A. (2016). «*nurses at work*» – *Studio sui percorsi professionali in campo infermieristico in Svizzera negli ultimi 40 anni (Obsan Bulletin 8/2016)*. Osservatorio svizzero della salute.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, Coping, and Development. An Integrative Perspective* (Second Edition). The Guilford Press.
- Australian Bureau of Statistics. (2020). *Household Impacts of COVID-19 Survey, 29 Apr—4 May 2020*. <https://www.abs.gov.au/statistics/people/people-and-communities/household-impacts-covid-19-survey/29-apr-4-may-2020>
- Baiocco, R., Crea, G., Laghi, F., & Provenzano, L. (2004). *Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto. La sindrome del burnout negli operatori sociali, medici, infermieri, psicologi e religiosi*. Edizioni Erickson.
- Bauer, G. F. (2017). The Application of Salutogenesis in Everyday Settings. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (pagg. 153–158). Springer.
- Boniwell, I. (2012). *Positive Psychology in a Nutshell. The science of happiness* (Third edition). McGraw-Hill Education.
- Bottaccioli, F. (2014). *Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia. Le due fasce della Rivoluzione in corso nelle scienze della vita. Saggio scientifico e filosofico*. Edra.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Capra, F., & Luisi, P. L. (2020). *Vita e natura. Una visione sistemica*. Aboca Edizioni.
- Cherniss, C. (1983). *La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*. Centro Scientifico Torinese.
- Chrousos, G. P. (2009). Stress e disordini del sistema dello stress. In F. Bottaccioli, *Stress e vita. La scienza della salute alla luce della Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Tecniche Nuove.
- Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Professionali Svizzere [KFH]. (2011). *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP (3 ed.)* (DSAN SUPSI, Trad.).
- Cox, T., Griffiths, A., & Cox, S. (1996). *Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health*. International Labour Office.

- Crane, P. J., & Ward, S. F. (2016). Self-Healing and Self-Care for Nurses. *AORN Journal*, 104(5), 386–400. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.09.007>
- De Domenico, M., Brockmann, D., Camargo, C., Gershenson, C., Goldsmith, D., Jeschonnek, S., Kay, L., Nichele, S., Nicolás, J. R., Schmickl, T., Stella, M., Josh, B., Martínez Salinas, A. J., & Sayama, H. (2019). *La complessità spiegata. #ComplexityExplained*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/TQGNW>
- Del Rio, G. (1993). *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burnout*. La Nuova Italia Scientifica.
- Didonna, F. (2016). *Manual clínico de mindfulness*. Desclée De Brouwer.
- Fabbro, F. (2019). *La meditazione mindfulness. Neuroscienze, filosofia e spiritualità*. Il Mulino.
- Fadzil, N. A., Heong, W. O., Kueh, Y. C., & Phang, C. K. (2021). The Effect of a Mindfulness-Based Intervention on Nurses in Kelantan, Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 28(6), 121–128. <https://doi.org/10.21315/mjms2021.28.6.12>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2017). *La meditazione come cura. Una nuova scienza per guarire corpo, mente e cervello*. Rizzoli.
- Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M., & Powell, J. (2002). Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically. *Qualitative Health Research*, 12(9), 1284–1299. <https://doi.org/10.1177/1049732302238251>
- Hilcove, K., Marceau, C., Thekdi, P., Larkey, L., Brewer, M. A., & Jones, K. (2021). Holistic Nursing in Practice: Mindfulness-Based Yoga as an Intervention to Manage Stress and Burnout. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 39(1), 29–42. <https://doi.org/10.1177/0898010120921587>
- Ibrahim, K., Komariah, M., & Herliani, Y. K. (2022). The Effect of Mindfulness Breathing Meditation on Psychological Well-being: A Quasi-Experimental Study Among Nurses Working for COVID-19 Patients. *Holistic Nursing Practice*, 36(1), 46–51. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000464>
- Imperiale, A. (2009). Mindfulness e disturbi del comportamento alimentare. L'esperienza di Pesaro. In F. Bottaccioli, *Geni ecomportamenti. Scienza e arte della vita. Aggiornamenti in psiconeuroendocrinoimmunologia* (pagg. 227–232). Red Edizioni.
- International Council of Nurses [ICN]. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses. Revised 2021*.

- Jennings, B. M. (2008). Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. In R. G. Hughes (A c. Di), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>
- Jenny, G. J., Bauer, G. F., Vinje, H. F., Vogt, K., & Torp, S. (2017). The Application of Salutogenesis to Work. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (pagg. 197–210). Springer.
- Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., & Thompson, C. (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 20–32. <https://doi.org/10.1111/inm.12416>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivere momento per momento. Sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la mindfulness*. TEA Libri S.r.l.
- Kabat-Zinn, J. (2019). *La scienza della meditazione. Perché la mindfulness è così importante*. Corbaccio.
- Karasek, R., & Theorell, T. (2012). *Autonomia e salute sul lavoro. Stress, produttività e riorganizzazione del lavoro*. Edizioni Ferrarini Sinibaldi.
- Kocovski, N. L., Segal, Z. V., & Battista, S. R. (2016). Mindfulness y psicopatología: Formulación de problemas. In F. Didonna, *Manual clínico de mindfulness* (pagg. 156–177). Desclée De Brouwer.
- Lali (2016, agosto 19). *Lali - Tu Revolución (Pseudo Video)* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=6r7wFw8q3YU>
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work organisation and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. World Health Organization.
- Lin, L., He, G., Yan, J., Gu, C., & Xie, J. (2019). The Effects of a Modified Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Nurses: A Randomized Controlled Trial. *Workplace Health & Safety*, 67(3), 111–122. <https://doi.org/10.1177/2165079918801633>

- Lyubomirsky, S. (2008). *The How of Happiness: A Scientific Approach to Getting the Life You Want*. The Penguin Press.
- Mace, C. (2010). *Mindfulness e salute mentale. Terapia, teoria e scienza*. Casa Editrice Astrolabio.
- Maes, S., Van der Doef, M., & De Ducht, V. (2012). Lo stress e la salute sul posto di lavoro, valutarli per programmare interventi efficaci. In F. Bottaccioli, *Stress e vita. La scienza della salute alla luce della Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Tecniche Nuove.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost Of Caring*. ISHK.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- MBSR-Verband Schweiz. (s.d.). *MBSR*. Recuperato 11 gennaio 2022, da <https://www.mindfulness.swiss/kurse/mbsr/>
- McClafferty, H. (2018). *Mind-Body Medicine in Clinical Practice*. Routledge.
- McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 555–565. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00058-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00058-0)
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. *Health affairs (Project Hope)*, 30(2), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>
- Meichenbaum, D. (1990). *Al termine dello stress. Prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo-comportamentale*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Minelli, A. (2012). Stress e salute. Un binomio imperniato sul cervello. In F. Bottaccioli, *Stress e vita. La scienza della salute alla luce della Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Tecniche Nuove.
- Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The Meanings of Salutogenesis. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (pagg. 7–13). Springer.
- Mittelmark, M. B., Bull, T., Daniel, M., & Urke, H. (2017). Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (pagg. 71–76). Springer.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2015). Linee guida per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi: Il PRISMA Statement. *OPEN ACCESS*, 7(6), 8.

- Nilsson, H. (2021). Spiritual Self-Care Management for Nursing Professionals: A Holistic Approach. *Journal of Holistic Nursing*, 08980101211034341. <https://doi.org/10.1177/08980101211034341>
- O'Donovan, R., Doody, O., & Lyons, R. (2013). The effect of stress on health and its implications for nursing. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(16), 969–970, 972–973. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.16.969>
- Pelikan, J. M. (2017). The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (pagg. 261–266). Springer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. (Seconda edizione). McGraw-Hill Education.
- Pro Juventute Svizzera. (2021). *RAPPORTO CORONAVIRUS PRO JUVENTUTE. Impatto della pandemia di Covid-19 sui bambini, i giovani e le loro famiglie in Svizzera*. <https://www.projuventute.ch/sites/default/files/2021-02/Pro-Juventute-Corona-Report-IT.pdf>
- Qualls, B. W., Payton, E. M., Aikens, L. G., & Carey, M. G. (2022). Mindfulness for Outpatient Oncology Nurses: A Pilot Study. *Holistic Nursing Practice*, 36(1), 28–36. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000487>
- Ragazzoni, P., Di Pilato, M., Longo, R., & Scarponi, S. (2014). Gli stadi del cambiamento: Storia, teoria ed applicazioni. In P. Ragazzoni, M. Di Pilato, R. Longo, S. Scarponi, & C. Tortone, *Gli stadi del cambiamento: Storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska* (pagg. 11–27). DORS Regione Piemonte.
- Reith, T. P. (2018). Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*, 10(12), e3681. <https://doi.org/10.7759/cureus.3681>
- Resnicoff, M., & Julliard, K. (2018). Brief Mindfulness Meditation With Night Nursing Unit Staff: A Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*, 32(6), 307–315. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000293>
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura*. Università degli studi di Verona. Facoltà di medicina e Chirurgia. Area Formazione professioni Sanitarie.
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., Niakas, D., & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing*, 15(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0178-y>
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworths.

- Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036469–e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>
- Shaller, D. (2007). *Patient-centered care: What does it take?* The Commonwealth Fund.
- Siegel, D. J. (2016). *Mind: A Journey to the Heart of Being Human*. W W Norton & Co. Inc.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2016). Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió? In F. Didonna, *Manual clínico de mindfulness* (pagg. 56–85). Desclée De Brouwer.
- Silva Ferreira, E., Braci de Souza, M., Dantas de Oliveira Souza, N. V., Assis Tavares, K. F., & da Silva Pires, A. (2015). *The importance of self care for nursing professionals*. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.23360>
- Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute*. FrancoAngeli.
- Tang, Y.-Y., & Leve, L. D. (2016). A translational neuroscience perspective on mindfulness meditation as a prevention strategy. *Translational Behavioral Medicine*, 6(1), 63–72. <https://doi.org/10.1007/s13142-015-0360-x>
- Tortorici, C., & Rozbowsky, P. (2012). Lo stress lavorativo. In P. G. Gabassi, *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni*. FrancoAngeli.
- Treccani. (s.d.). *equanimità in Vocabolario—Treccani*. Recuperato 13 gennaio 2022, da <https://www.treccani.it/vocabolario/equanimita>
- UNICEF Australia. (2020). «LIVING IN LIMBO». *The views and experiences of young people in Australia at the start of the COVID-19 pandemic and national response*. <https://www.unicef.org.au/Upload/UNICEF/Media/Documents/UNICEF-COVID-19-Living-in-Limbo-2020.pdf>
- van den Hurk, P. A. M., Wiggins, T., Giommi, F., Barendregt, H. P., Speckens, A. E. M., & van Schie, H. T. (2011). On the Relationship Between the Practice of Mindfulness Meditation and Personality—An Exploratory Analysis of the Mediating Role of Mindfulness Skills. *Mindfulness*, 2(3), 194–200. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0060-7>
- Vinje, H. F., Ausland, L. H., & Langeland, E. (2017). The Application of Salutogenesis in the Training of Health Professionals. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (pagg. 307–318). Springer.

- Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2017). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (pagg. 25–40). Springer.
- Xie, C., Zeng, Y., Lv, Y., Li, X., Xiao, J., & Hu, X. (2020). Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with occupational burnout: A parallel, controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 52, 102485. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102485>
- Yang, J., Tang, S., & Zhou, W. (2018). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses. *Psychiatria Danubina*, 30(2), 189–196. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.189>

11. ALLEGATI

Domande inerenti al progetto di Meditazione Mindfulness proposto presso l'EOC, intervista al professor Sergio Piasentin:

- 1) Come è nata l'idea/Quali sono state le motivazioni di portare un corso di meditazione mindfulness nel corpo infermieristico?
- 2) Come è stato formulato il corso? Come sono stati scelti i partecipanti?
- 3) Ci sono stati gli ostacoli nel mettere in pratica questo progetto? Se sì, quali e perché?
- 4) Quali sono stati i risultati ottenuti dal primo gruppo di partecipanti?
- 5) In generale, quali sono stati i vissuti che avete percepito nel personale che ha aderito al corso, all'inizio della pratica e una volta giunto a termine?
- 6) E come mai è stato riproposto?
- 7) Vi sono sfide che ritiene andranno superate per l'integrazione della pratica Mindfulness a livello istituzionale in Ticino?

Allegato 1: domande guida utilizzate durante l'intervista al professor Sergio Piasentin

Il problema oggetto della rassegna è stato risolto/analizzato? Definiti esattamente gli obiettivi del contributo, è bene verificare se essi siano stati raggiunti, se sia stata indicata esaurientemente la "soluzione" del problema.

Il testo ha una struttura logica ed è ben ripartito? Per evitare un'esposizione non sufficientemente chiara dei problemi affrontati nella rassegna, è il caso di valutare attentamente la struttura che avete dato al testo e che riguarda (e non è questione irrilevante) anche la gerarchia delle informazioni e dei dati.

Può essere suddiviso in più sezioni? Per migliorare la chiarezza e comprensibilità di quanto avete esposto, nonché la facilità della lettura, considerate la possibilità di suddividere gli argomenti in sotto-sezioni tematiche.

Il testo della revisione può essere accorciato? Se sì, cosa va eliminato? Attenzione alla ridondanza e all'eccesso espositivo: è bene verificare se c'è qualcosa di troppo.

I dati presi in considerazione sono sufficienti? Sono omogenei? I dati selezionati, la loro rilevanza e coerenza devono confermare che valesse la pena preparare la rassegna. Sinceratevi che tutti i dati disponibili siano stati considerati. Siate certi di esservi impegnati a reperire dati ed elementi esistenti ma non considerati in precedenti review. Evitate di cadere nell'errore di affezionarvi ad un'ipotesi al punto da utilizzare i dati da voi citati per dimostrare una tesi preconstituita.

I risultati sono descritti chiaramente e ben interpretati? Avete seguito delle regole evidence-based?

Alcuni dati possono essere raccolti in grafici e/o tabelle? Spesso è molto utile ricorrere a grafici e tabelle per riassumere, accorpate e confrontare dati e informazioni (perlopiù numerici): Va' pensiero vi ragguaglierà presto sull'argomento.

Sono state omesse informazioni importanti? Mai dire mai...

Si è dato sufficiente spazio alle conclusioni? Le conclusioni sono coerenti con quanto esposto nella rassegna?

È una parte del testo molto importante e spesso, paradossalmente, trascurata. Evitate conclusioni troppo concise e... "tirate per i capelli". Prestate la massima attenzione a formulare il vostro parere senza generare confusione. Immaginiamo, ad esempio, di dover concludere che "non vi è evidenza di efficacia" di un determinato intervento assistenziale,...; attenzione a non affermare che "il trattamento studiato non è efficace". A ben vedere, infatti, le due frasi hanno significati sostanzialmente differenti.

Allegato 2: domande input per revisionare la qualità degli articoli di ricerca analizzati (Saiani & Brugnoni, 2010).

Assessment Form 1: Reject/Accept

Author(s):
Abbreviated Title:
Reviewer:

Date of Publication:

Relevance to Research Questions

- How effective are existing methods?
- Is appropriate patient information provided on discharge?
- What are the formal and informal strategies for transfer of information?
- To what extent is information technology used?
- What factors are associated with the breakdown of communication?

Intracommunication (Hospital Community)

- Focus or major part of study
- Minor part of study
- Mentioned in discussion/results

Intercommunication (Within Hospital)

- Focus or major part of study
- Minor part of study
- Mentioned in discussion/results

Discharge

- To home
- To residential care
- Any documentation examined

Source of Data

- Professionals
- Elderly patients/clients
- Carers/family

Study Type: - (ring)

- [1] Empirical study—Peer reviewed
- [2] Theoretical paper—Peer reviewed
- [3] Research paper—Non-peer reviewed
- [4] Theoretical paper—Non-peer reviewed
- [5] Professional document
- [6] Case study
- [7] Other

Comment:

Allegato 3: domande input di Hawker e colleghi (2002) per determinare la validità degli articoli scientifici selezionati per una revisione di letteratura

Autori	Anno	Design di ricerca	Titolo	Abstract
Yang Jiao, Tang Siyuan & Zhou Lee	2018	RCT	Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses	<p>Background: Psychiatric nurses are a special group of nursing staff, they experience greater work stress and lower mental health levels than regular nurses. In order to address this problem, the effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses is investigated in this study.</p> <p>Subjects and methods: From August 2017 to November 2017, 100 psychiatric nurses, including 68 females and 32 males, were selected as participants from three hospitals in Hunan Province of China. They were randomly divided into the intervention and control groups, with 50 respondents in each group. MBSR therapy was used as psychological intervention in the intervention group. Before and after the intervention, the two groups were assessed with the Symptom Checklist-90 (SCL-90) scale, Self-Rating Depression Scale (SDS), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), and Nursing Stress Scale.</p> <p>Results: (1) After the intervention, the SCL-90 score of the intervention group decrease significantly, and a statistically significant difference is observed with the figure before the intervention ($P < 0.001$). No statistically significant difference is found in the control group ($P > 0.05$). (2) After the intervention, the SDS and SAS scores of the intervention group decrease significantly, and a statistically significant difference is observed with the figures before the intervention ($P < 0.001$). No statistically significant difference is found in the control group ($P > 0.05$). (3) After the intervention, the Nursing Stress Scale score of the intervention group Nursing Stress Scale decrease significantly, and a statistically significant difference is</p>

				<p>observed with the figure before the intervention ($P < 0.001$). No statistically significant difference is found in the control group ($P > 0.05$).</p> <p>Conclusions: MBSR therapy can reduce work stress, anxiety, depression, and other negative emotions among psychiatric nurses and improve their mental health.</p>
Marci Resnicoff & Kell Julliard	2018	Studio qualitativo	<p>Brief Mindfulness Meditation With Night Nursing Unit Staff A Qualitative Study</p>	<p>Nurses and nursing assistants working at night on an inpatient unit are under significant stress. Because mindfulness reduces stress and enhances workplace life, this qualitative study explored night shift staff attitudes toward brief group mindfulness practice. For 8 months, 3 times a week, the staff was called together at the nursing station around midnight and led through 2 to 5 minutes of guided mindfulness meditation. Six months after these groups ended, perceptions of this experience were gathered from 5 nurses and 5 nursing assistants via interviews and open-ended questionnaires. Data were analyzed using inductive thematic analysis, with themes identified as they emerged from the data. The study findings noted that several participants were slow to recognize the value of the practice, but this shifted so that by the end, all participants felt positively about participating. Most perceived its benefit for themselves as well as for others in the following areas: relationship to self and family, ability to focus, teamwork, decreased stress, improved attitude, and increased compassion toward patients. This brief team mindfulness intervention had many benefits for participants and patients but took time to achieve staff buy-in. Future research should examine the generalizability of these findings and clarify implementation strategies.</p>
Lin Lin, He Guoping, Yan	2019	RCT	<p>The Effects of a Modified Mindfulness-Based Stress Reduction</p>	<p>The purpose of the study was to evaluate the effects of a modified mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on the levels of stress, affect, and resilience</p>

<p>Jin, Gu Can, Xie Jianfei</p>			<p>Program for Nurses: A Randomized Controlled Trial</p>	<p>among nurses in general hospitals in mainland China. In addition, the study attempted to determine the impact of the program on job satisfaction. A total of 110 nurses were randomly assigned to the intervention versus control groups. The intervention group participated in a modified 8-week MBSR program. All participants were evaluated with questionnaires at baseline, immediately after the intervention, and 3 months later. The intervention group showed decreases in stress and negative affect and increases in positive affect and resilience after the intervention. No improvement in job satisfaction was observed, but the trends of the data were in the hypothesized direction that job satisfaction would improve. The modified MBSR program is an effective approach for nurses to decrease stress and negative affect and improve positive affect and resilience. In addition, the program has the potential to improve job satisfaction.</p>
<p>Xie Caixia, Zeng Yanli, Lv Yu, Li Xinyu, Xiao Jingrong, Hu Xiuying</p>	<p>2020</p>	<p>RCT</p>	<p>Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with occupational burnout: A parallel, controlled trial.</p>	<p>Background: Nurses in the intensive care unit have a high incidence of occupational burnout, which has a serious adverse impact on their physical and mental health. It is imperative, therefore, to explore interventions, especially those that may enhance individual coping resources. Mindfulness has been proven to be one such effective resource. The purpose of this study was to explore the effect of an eight-week mindfulness intervention on occupational burnout in ICU nurses.</p> <p>Methods: One hundred six nurses in two ICUs who met the inclusion criteria were recruited to the program, which consisted of an educational intervention related to burnout (EB, n = 53) or a mindfulness-based intervention (MBIB, n = 53), and the results compared. The Maslach Burnout Inventory (MBI), the Mindfulness Attention Awareness</p>

				<p>Scale (MAAS), and the Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) were administered at T0 (before the intervention), T1 (one week after the intervention), T2 (one month after the intervention), and T3 (three months after the intervention). A total of 91 nurses completed the study. Data were analysed by intention-to-treat analysis and repeated-measures ANOVA to observe the effects of the mindfulness-based intervention on occupational burnout.</p> <p>Results: Nurses' mindfulness, experiential avoidance, emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment were all affected by the intervention. The effect could be maintained to the third month post intervention. Conclusion: Mindfulness-based intervention can effectively improve the level of mindfulness and decrease the level of experiential avoidance among ICU nurses, alleviating occupational burnout.</p>
Hilcove Kelly, Marceau Catherine, Thekdi Prachi, Larkey Linda, Brewer Melanie A. & Jones Kerry	2021	RCT	Holistic Nursing in Practice: Mindfulness-Based Yoga as an Intervention to Manage Stress and Burnout	<p>Purpose: Effects of a mindfulness-based (MB) yoga practice on stress, burnout, and indicators of well-being among nurses and health care professionals (HCPs).</p> <p>Design: A randomized controlled trial, 80 HCPs assigned to either MB yoga intervention or control group.</p> <p>Method: The MB yoga intervention group ($n = 41$) attended weekly yoga classes and practiced yoga independently. The control group ($n = 39$) did not receive the yoga intervention. Study participants completed pre- and postintervention questionnaires, instruments included (a) Perceived Stress Scale; (b) Maslach Burnout Inventory; (c) Vitality subscale of the Medical Outcomes Study Short Form-36; (d) Global Sleep Quality item, (e) Mindfulness Awareness Survey, and (f) subscale of the Brief Serenity Scale. Diurnal salivary cortisol and blood pressure were assessed pre and postintervention.</p>

				<p>Results: Significant improvements ($p < .01$) noted in MB yoga compared with control for self-reported factors, including stress (Perceived Stress Scale), burnout (Maslach Burnout Inventory), vitality (Medical Outcomes Study Short Form-36), sleep (GSQ), serenity/inner haven (IH), and mindfulness (Mindfulness Awareness Survey). Diurnal cortisol slopes and blood pressure were not significantly improved.</p> <p>Conclusion: The MB yoga intervention had a statistically significant effect on the health and well-being of nurses and HCPs, most specifically for measures of stress; perceived stress, burnout, vitality, sleep quality, serenity, and mindfulness.</p> <p>Keywords: common themes; group/population; healing modalities; integrative/holistic; meditation/mindfulness; nurses (advanced practice); nurses (basic); stress and coping; stress management/relaxation; theories; yoga.</p>
Nor Asyikin Fadzil, Wei Ooi Heong, Yee Cheng Kueh & Cheng Kar Phang	2021	RCT	The effect of a mindfulness-based intervention on nurses in Kelantan, Malaysia	<p><i>Background:</i> Among healthcare workers, nurses have a particularly high risk of stress. Stressful conditions in the workplace increase the possibility of burnout and psychological distress. Short mindfulness-based interventions can help to decrease stress, anxiety and depression. This study aimed to explore the effectiveness of a mindfulness-based intervention in reducing perceived stress, anxiety and depression among public teaching hospital staff nurses.</p> <p><i>Methods:</i> Thirty-five nurses from various specialities were recruited from Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM). The intervention comprised a 1-day brief mindfulness-based intervention workshop and 1 h group practice session each month for 3 months together with daily follow-up via WhatsApp group. All the participants completed a self-administered sociodemographic</p>

				<p>questionnaire validated for use in a Malay population. The Depression, Anxiety and Stress Scale 21 (DASS 21) and Perceived Stress Scale 10 (PSS 10) were used to measure perceived stress, anxiety and depression before the intervention, and 3 months later upon completion of the intervention.</p> <p><i>Results:</i> There was a statistically significant reduction in the scores for stress perception (95% confidence interval [CI]: 0.06, 2.92; $P = 0.04$) and anxiety (95% CI: 0.06, 2.34; $P = 0.04$) post- intervention.</p> <p><i>Conclusion:</i> A brief mindfulness-based intervention was effective in reducing perceived stress and anxiety among nurses.</p>
Kusman Ibrahim, Maria Komariah & Yushy Kurnia Herliani	2022	Quasi-esperimento	The Effect of Mindfulness Breathing Meditation on Psychological Well-being: A Quasi-Experimental Study Among Nurses Working for COVID-19 Patients	<p>The study aims to test the effect of mindfulness breathing meditation on psychological well-being among nurses working for COVID-19 patients. A total of 50 nurses (25 each in the intervention and control groups) were included in the study. We found significant differences between the preintervention and postintervention mean scores of both groups, based on the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale Indonesian version.</p>
Brandon W. Qualls, Emily M. Payton, Laura G. Aikens & Mary G. Carey	2022	Studio pilota	Mindfulness for Outpatient Oncology Nurses: A Pilot Study	<p>This prospective pre-/posttest pilot studied a mindfulness-based stress reduction (MBSR) intervention first, to reduce self-reported stress and improve compassion satisfaction; and second, to reduce physiological indices of stress. Even small interventions of MBSR before a shift effectively reduces the physiological indices of stress and may help reduce compassion fatigue and burnout in nurses.</p>

Tabella 9: articoli selezionati per la revisione di letteratura



Questa pubblicazione, ***Mindfulness e nursing: il ruolo salutogenico della presenza mentale nel benessere degli infermieri e nella gestione dello stress occupazionale***, scritta da Mitko Stoilov, è rilasciata sotto Creative Commons *Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License*.