



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA
Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

**Distress psicologico, work engagement e stigma nei
professionisti della salute mentale: relazioni con
conoscenze e atteggiamenti verso il disagio psichico**

RELATORE:
Prof. Luca Pingani

CANDIDATO:
Manuel Gabbi

Anno Accademico 2025 – 2026

INDICE

0	ABSTRACT.....	5
1	INTRODUZIONE.....	7
1.1	IL LAVORO NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E IL DISTRESS PSICOLOGICO	7
1.2	IL WORK ENGAGEMENT NEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE MENTALE.....	12
1.3	RELAZIONE TRA DISTRESS PSICOLOGICO ED ENGAGEMENT LAVORATIVO	17
1.4	STIGMA, DISPONIBILITÀ AL CONTATTO E CONOSCENZE SULLA SALUTE MENTALE	22
1.5	RAZIONALE, OBIETTIVI E IPOTESI DELLO STUDIO	27
1.5.1	<i>Ipotesi 1 – Struttura interna dell'engagement lavorativo.....</i>	<i>28</i>
1.5.2	<i>Ipotesi 2 – Conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto</i>	<i>29</i>
1.5.3	<i>Ipotesi 3 – Distress psicologico, engagement lavorativo e disponibilità al contatto.....</i>	<i>29</i>
1.5.4	<i>Ipotesi 4 – Ruolo moderatore della conoscenza nella relazione tra distress e stigma comportamentale.....</i>	<i>30</i>
2	METODI.....	31
2.1	PARTECIPANTI.....	31
2.1.1	<i>Dimensione del campione e setting</i>	<i>31</i>
2.1.2	<i>Criteri di inclusione ed esclusione</i>	<i>32</i>
2.2	PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE	32
2.3	STRUMENTI DI MISURA.....	33
2.4	ANALISI STATISTICA.....	35
2.5	CONSIDERAZIONI ETICHE	37
3	RISULTATI.....	39
3.1	CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE E STATISTICHE DESCRITTIVE.....	39
3.2	DISTRIBUZIONE DELLE VARIABILI PSICOLOGICHE E PROFESSIONALI.....	41
3.3	ANALISI DELLE IPOTESI DI RICERCA	43
3.3.1	<i>Ipotesi 1 – Struttura interna dell'engagement lavorativo.....</i>	<i>43</i>

3.3.2	<i>Ipotesi 2 – Conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto</i>	44
3.3.3	<i>Ipotesi 3 – Distress psicologico, engagement lavorativo e disponibilità al contatto</i>	45
3.3.4	<i>Ipotesi 4 – Ruolo moderatore della conoscenza nella relazione tra distress e stigma</i>	45
4	DISCUSSIONE	47
4.1	IPOTESI 1 – STRUTTURA INTERNA DELL'ENGAGEMENT LAVORATIVO	47
4.2	IPOTESI 2 – CONOSCENZA DELLA SALUTE MENTALE E DISPONIBILITÀ AL CONTATTO	50
4.3	IPOTESI 3 – DISTRESS PSICOLOGICO, ENGAGEMENT LAVORATIVO E DISPONIBILITÀ AL CONTATTO	53
4.4	IPOTESI 4 – RUOLO DELLA CONOSCENZA NELLA RELAZIONE TRA DISTRESS E STIGMA	56
4.5	LIMITI DELLO STUDIO	60
4.6	PROSPETTIVE FUTURE	61
5	CONCLUSIONE	63
6	BIBLIOGRAFIA	64
7	APPENDICE	71
	RINGRAZIAMENTI	77

0 ABSTRACT

Introduzione

I professionisti della salute mentale operano in contesti ad elevata complessità emotiva e relazionale, che li espongono a un rischio rilevante di distress psicologico. Il disagio personale può influenzare non soltanto il benessere del singolo operatore, ma anche la qualità degli atteggiamenti verso le persone con disturbo mentale, fino ad incidere sulla componente comportamentale dello stigma. Il work engagement, inteso come stato mentale positivo caratterizzato da *vigor, dedication e absorption* nel lavoro, e la conoscenza della salute mentale sono stati proposti come risorse protettive capaci di contrastare tali esiti, ma il loro ruolo congiunto nei professionisti del settore non è stato ancora sufficientemente indagato.

Metodi

Il presente studio ha analizzato le associazioni tra distress psicologico, engagement lavorativo, conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto con persone con disturbo mentale in un campione di professionisti della salute mentale, verificando il possibile ruolo moderatore della conoscenza nella relazione tra distress e stigma comportamentale.

Sono stati reclutati 61 professionisti (42 infermieri e 19 psichiatri) operanti presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, nell'ambito di un protocollo multicentrico approvato dal Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN). Gli strumenti somministrati comprendevano la Kessler Psychological Distress Scale (K10), l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9), il Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) e la Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS). Le analisi statistiche hanno incluso correlazioni di Spearman, regressioni lineari e un'analisi di moderazione, condotte con IBM SPSS Statistics versione 29.

Risultati

Le tre dimensioni dell'engagement sono risultate positivamente intercorrelate, confermando la coerenza interna del costrutto. La conoscenza della salute mentale è risultata positivamente associata alla disponibilità al contatto e ne costituisce un predittore significativo. Il distress psicologico è risultato negativamente associato sia

all'engagement sia alla disponibilità al contatto, mentre l'engagement ha mostrato un'associazione positiva con quest'ultima. L'analisi di moderazione ha infine mostrato che la conoscenza attenua significativamente l'effetto negativo del distress sulla disponibilità al contatto, con il modello complessivo che spiega il 36,3% della varianza di quest'ultima.

Conclusione

I risultati indicano che una maggiore conoscenza della salute mentale attenua l'effetto negativo del distress sugli atteggiamenti comportamentali verso le persone con disturbo mentale. Programmi formativi mirati possono quindi contribuire a ridurre lo stigma comportamentale anche in presenza di elevato disagio psicologico. Promuovere il work engagement attraverso interventi organizzativi di supporto appare inoltre utile per preservare la qualità della relazione terapeutica.

1 INTRODUZIONE

1.1 Il lavoro nei servizi di salute mentale e il distress psicologico

Il lavoro nei servizi di salute mentale si distingue, all'interno del panorama delle professioni sanitarie, per una combinazione particolarmente intensa di richieste emotive, relazionali e organizzative. I professionisti che vi operano, come psichiatri, infermieri, psicologi o assistenti sociali, si confrontano ogni giorno con la sofferenza psicologica altrui, con la cronicità di molte condizioni psichiatriche e con la complessità dei bisogni di persone spesso in condizioni di estrema vulnerabilità. Una revisione sistematica condotta su 62 studi e oltre 9.000 professionisti della salute mentale ha evidenziato che circa il 40% degli operatori presenta livelli elevati di esaurimento emotivo (O'Connor et al. 2018), una proporzione che segnala con chiarezza quanto il carico di questo lavoro pesi sulla salute psicologica di chi vi è impegnato. A differenza di molte altre specialità mediche, in cui la relazione con il paziente è mediata da strumenti diagnostici o procedure tecniche, nel lavoro psichiatrico la relazione stessa costituisce il principale strumento terapeutico: questo implica un coinvolgimento emotivo strutturale, che si rinnova a ogni incontro clinico e non si esaurisce con la fine della visita o del turno di lavoro.

I servizi di salute mentale in cui operano questi professionisti comprendono contesti molto differenti tra loro. I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono reparti ospedalieri dedicati alla gestione delle fasi acute dei disturbi psichiatrici: si concentrano le situazioni di maggiore urgenza, comprese le crisi suicidarie, gli stati psicotici acuti, i comportamenti aggressivi e gli interventi coercitivi (Lauvrud et al. 2009). I Centri di Salute Mentale (CSM) territoriali, al contrario, si occupano della presa in carico continuativa e della riabilitazione di persone con disturbi psichici stabilizzati, favorendo la loro integrazione nella vita sociale e lavorativa. In questo contesto, la relazione con il paziente tende a essere più duratura e orientata al lungo periodo, ma non per questo priva di carichi emotivi: il professionista è chiamato a sostenere percorsi spesso lenti, irregolari, segnati da recidive e da storie di vita complesse (Edwards et al. 2000). Nonostante le differenze tra i due contesti, entrambi richiedono al professionista di mantenere una presenza emotiva e relazionale costante, in condizioni di incertezza clinica e con risorse spesso limitate.

A questa intensità relazionale si sovrappone un carico organizzativo crescente. Negli ultimi decenni, i sistemi sanitari occidentali hanno subito profondi processi di ristrutturazione, con una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri, un ampliamento delle responsabilità dei servizi territoriali e un aumento delle richieste burocratiche e amministrative (Hannigan et al. 2009). I professionisti della salute mentale si trovano così a dover conciliare la complessità della cura relazionale con i vincoli imposti da sistemi di gestione sempre più orientati all'efficienza. Il conflitto tra le esigenze della relazione terapeutica e quelle dell'organizzazione sanitaria è stato identificato come uno dei principali *stressors* lavorativi in questo ambito (Söderfeldt 1995), e si aggiunge alle richieste emotive come fattore di rischio per il disagio psicologico.

In questo quadro, il concetto di **distress psicologico** occupa una posizione centrale. Con questa espressione si indica uno stato soggettivo di malessere emotivo non categoriale, caratterizzato da sintomi aspecifici quali ansia, umore depresso, irritabilità, affaticamento, difficoltà di concentrazione e sensazione di sopraffazione (Kessler et al. 2002). Il distress psicologico non equivale a un disturbo mentale diagnosticabile: si configura come uno stato emotivo che riflette l'impatto cumulativo degli *stressors* ambientali, lavorativi e personali sull'equilibrio psicologico dell'individuo, e può variare nel tempo in risposta alle condizioni di vita e di lavoro (Drapeau et al. 2012). In ambito occupazionale, il distress è riconosciuto come un indicatore sensibile della qualità dell'esperienza lavorativa e come un segnale precoce di rischio per il benessere del professionista: per questa ragione, la sua valutazione costante nei contesti ad alto carico emotivo riveste una rilevanza sia clinica che organizzativa.

Tra gli strumenti più utilizzati per la misurazione del distress psicologico in ambito occupazionale ed epidemiologico si distingue la Kessler Psychological Distress Scale (K10). Sviluppata da Kessler e colleghi, la scala rileva la frequenza e l'intensità di dieci sintomi emotivi (tra cui nervosismo, agitazione, disperazione, tristezza e sensazione di sforzo) riferiti alle ultime quattro settimane. I punteggi permettono di stratificare i soggetti in fasce di gravità crescente, e lo strumento si è dimostrato valido sia come misura dimensionale continua sia come screening per la probabilità di disturbi d'ansia e depressivi (Kessler et al. 2002). La validazione in lingua italiana ne ha confermato le buone proprietà psicometriche anche nel contesto nazionale (Carrà et al. 2011), e recenti

dati normativi europei hanno permesso di contestualizzare i punteggi ottenuti rispetto a popolazioni di riferimento comparabili (Lehmann et al. 2023).

Le evidenze disponibili indicano in modo consistente che i professionisti della salute mentale presentano livelli di distress psicologico più elevati rispetto alla popolazione generale e ad altre categorie di lavoratori sanitari (Wieclaw et al. 2006). Studi su campioni di infermieri e psichiatri hanno riportato che questo sovraccarico emotivo colpisce una quota significativamente superiore tra i professionisti impegnati in setting psichiatrici rispetto ad altri servizi sanitari, con l'esaurimento emotivo e la mancanza di controllo sul lavoro tra i principali predittori di questa condizione (Imai et al. 2004). Le conseguenze sul piano individuale non si limitano alla sfera psicologica: il distress occupazionale cronico si associa anche a sintomi somatici, tra cui disturbi gastrointestinali, cefalea e riduzione delle difese immunitarie, che compromettono ulteriormente la capacità del professionista di sostenere le richieste del lavoro clinico (Acker 2009). Questo quadro determina un problema che giustifica un investimento costante nella comprensione e nella prevenzione del disagio psicologico in questa categoria professionale.

Il riferimento teorico più consolidato per descrivere le conseguenze del distress occupazionale cronico nei professionisti della cura è il modello del burnout elaborato da Christina Maslach. Secondo questo modello, il **burnout** è una sindrome tridimensionale che si sviluppa in risposta a una prolungata esposizione a richieste lavorative eccessive in assenza di risorse adeguate (Maslach et al. 2001). Le sue tre componenti sono: l'esaurimento emotivo, vissuto come progressivo svuotamento delle energie affettive disponibili per il lavoro; la depersonalizzazione, ovvero l'adozione di un atteggiamento distaccato, freddo o cinico nei confronti dei pazienti e dei colleghi; la riduzione del senso di efficacia personale, vale a dire la percezione di non riuscire a produrre risultati significativi attraverso il proprio lavoro. Le tre dimensioni non si sviluppano necessariamente in modo simultaneo: l'esaurimento emotivo è generalmente il primo segnale, seguito dalla depersonalizzazione come risposta adattiva di distanza protettiva, e infine dalla riduzione dell'efficacia quando le risorse personali e professionali risultano stabilmente insufficienti (Maslach e Leiter 2008).

Nel contesto dei servizi di salute mentale, tutte e tre le dimensioni del burnout trovano condizioni particolarmente favorevoli al loro sviluppo. L'esaurimento emotivo è alimentato dall'intensità e dalla continuità delle relazioni terapeutiche, nonché dalla frequente assenza di gratificazione immediata in contesti di cura cronica. La depersonalizzazione rappresenta uno dei rischi relazionali più insidiosi: il professionista che ha progressivamente esaurito le proprie risorse affettive può iniziare a percepire i pazienti in modo stereotipato, distaccato o svalutante, compromettendo la qualità dell'alleanza terapeutica (Maslach e Leiter 2008). La riduzione del senso di efficacia è favorita dalla natura spesso refrattaria di molti disturbi psichiatrici gravi, dalla lentezza dei progressi clinici e dalla tendenza, in questi contesti, a registrare più frequentemente i fallimenti che i successi (Lasalvia et al. 2011). Infine, la letteratura ha documentato che i professionisti della salute mentale, in particolare quelli operanti in contesti ad alta intensità come gli SPDC, presentano un rischio aumentato di sviluppare sintomi da stress post-traumatico secondario, derivanti dall'esposizione reiterata a storie di trauma, crisi severe e comportamenti autolesivi da parte dei pazienti (Lauvrud et al. 2009).

Le conseguenze del distress psicologico nei professionisti della salute mentale si articolano su più livelli. Sul piano individuale, il disagio si associa a un aumento del rischio di disturbi d'ansia e depressivi, a comportamenti disfunzionali come l'assenteismo e, nei casi più gravi, all'abbandono della professione (Wieclaw et al. 2006). Sul piano professionale, il distress compromette la qualità della relazione terapeutica, riducendo la capacità di risposta empatica, la disponibilità al dialogo e la tolleranza dell'incertezza clinica, tutte competenze essenziali nel lavoro psichiatrico (Halbesleben e Rathert 2008). Una meta-analisi ha documentato che il burnout dei professionisti sanitari è significativamente associato a una riduzione della qualità delle cure e a un aumento degli errori clinici, con implicazioni dirette sulla sicurezza dei pazienti (Salyers et al. 2017). A livello organizzativo, l'accumulo di distress nei team determina alti tassi di turnover, difficoltà di reclutamento e deterioramento del clima lavorativo, compromettendo la qualità delle cure offerte (Leiter e Maslach 2009).

La ricerca ha identificato un insieme relativamente stabile di fattori organizzativi associati al rischio di distress in questa categoria professionale. Il carico di lavoro eccessivo è uno dei predittori più robusti del burnout (Söderfeldt 1995), seguito dalla

mananza di autonomia decisionale, dall'inadeguatezza della supervisione, dal conflitto di ruolo e dalla scarsa equità percepita nell'organizzazione (Hannigan et al. 2009). Sul piano del contesto lavorativo specifico, i professionisti degli SPDC sono esposti a un carico emotivo mediamente più intenso rispetto a quelli dei CSM, per effetto dell'urgenza delle situazioni gestite, della maggiore frequenza di contenzioni e della minore prevedibilità degli eventi nel reparto (Imai et al. 2004). Tuttavia, questa differenza non è universalmente confermata in letteratura, e variabili come le strategie di coping individuali e la qualità del supporto del gruppo di lavoro possono modulare in modo significativo l'impatto del contesto sul benessere del singolo.

Non tutti i professionisti esposti alle medesime condizioni lavorative sviluppano lo stesso livello di distress. Tra i fattori protettivi individuali emergono in modo consistente le strategie di coping adattive, una solida identità professionale, un buon livello di regolazione emotiva e la disponibilità di supporto sociale adeguato (W. Schaufeli e Greenglass 2001). L'anzianità lavorativa svolge un ruolo ambivalente: da un lato, l'esperienza si associa allo sviluppo di schemi interpretativi più robusti e di strategie di gestione del carico emotivo più efficaci; dall'altro, essa non garantisce da sola un'immunità al disagio. Studi su psicoterapeuti hanno mostrato che la qualità della supervisione clinica e del supporto tra pari risultano fattori protettivi più determinanti rispetto alla semplice anzianità di servizio (Raquelpaw e Miller 1989), sottolineando l'importanza di un'organizzazione strutturata (come la supervisione individuale o di équipe) che offra spazi di elaborazione delle esperienze emotivamente difficili e di mantenimento della prospettiva clinica (Lasalvia et al. 2011).

La letteratura ha documentato che i professionisti della salute mentale con elevata anzianità di servizio tendono a presentare livelli di distress mediamente più contenuti rispetto a campioni di operatori alle prime esperienze, un fenomeno interpretato come effetto della selezione occupazionale: nel tempo, i professionisti più vulnerabili tendono ad abbandonare il settore, lasciando una quota di lavoratori con strategie adattive più consolidate (Morse et al. 2012). Tuttavia, un distress psicologico clinicamente rilevante è documentato anche in queste professioni: sebbene la maggior parte degli operatori riporti livelli di stress contenuti, vi è comunque una minoranza consistente in forte difficoltà. È proprio questa variabilità individuale del distress, osservabile anche in campioni

omogenei per anzianità e contesto lavorativo, che rende necessario ampliare la prospettiva: il benessere occupazionale in questa categoria professionale non può essere compreso unicamente attraverso le sue dimensioni negative, poiché la presenza di disagio psicologico coesiste spesso con esperienze di significato, motivazione e coinvolgimento che danno senso al lavoro in questi contesti difficili. La comprensione di queste dimensioni positive costituisce il tema della sezione successiva, dedicata al costrutto di work engagement e al ruolo che esso svolge nell'esperienza professionale di chi lavora nei servizi di salute mentale.

1.2 Il work engagement nei professionisti della salute mentale

La ricerca sul benessere occupazionale nelle professioni sanitarie si è a lungo concentrata sulle dimensioni di disagio: burnout, stress cronico, esaurimento emotivo. Questo orientamento ha prodotto una conoscenza solida e clinicamente rilevante, ma ha restituito un'immagine parziale del funzionamento professionale, trascurando gli aspetti positivi, le condizioni in cui il lavoro diventa fonte di energia, significato e coinvolgimento. A partire dagli anni Novanta del secolo scorso, nell'ambito della psicologia positiva, si è sviluppato un approccio complementare, orientato a descrivere e misurare le esperienze lavorative positive con lo stesso rigore metodologico applicato alle dimensioni di disagio. In questo contesto si è affermato il concetto di **work engagement**, definito come uno stato mentale positivo, appagante e stabile nel tempo, caratterizzato da tre dimensioni fondamentali: il *vigor*, la *dedication* e l'*absorption* (W. B. Schaufeli e Bakker 2004). A differenza degli stati emotivi transitori, l'engagement è una disposizione duratura che non si lega a un singolo compito, ma permea costantemente l'intera esperienza lavorativa.

Le tre dimensioni costitutive dell'engagement hanno ciascuna un profilo concettuale specifico. Il *vigor* denota l'energia e la resistenza mentale nell'affrontare la professione, la disposizione a investire risorse e la capacità di fronteggiare le difficoltà: è la componente più prossima alla vitalità psicofisica, essenziale per preservare un adeguato livello di attivazione anche in condizioni di stress prolungato. La *dedication* descrive la profonda connessione con l'attività lavorativa, che si manifesta attraverso l'entusiasmo, l'orgoglio, la ricerca di un senso nel proprio lavoro e la consapevolezza di avere un ruolo

importante. Non si riduce a una semplice soddisfazione professionale, ma implica un'identificazione profonda con il proprio ruolo e con gli obiettivi che esso si prefigge. L'*absorption*, infine, è caratterizzata da uno stato di totale immersione nell'attività lavorativa, in cui la concentrazione è massima, il senso del tempo si altera e il distacco dal compito risulta difficile. Queste tre componenti non sono indipendenti tra loro: la ricerca ha documentato costantemente correlazioni positive tra le sottoscale, confermando che esse misurano aspetti di un unico costrutto articolato, all'interno del quale vigor e dedication tendono a covariare in modo più stretto, mentre l'*absorption* ha una natura più cognitiva e situazionale, più sensibile alle caratteristiche contingenti dei compiti (W. B. Schaufeli et al. 2006).

La misurazione dell'engagement lavorativo si avvale principalmente dell'Utrecht Work Engagement Scale (UWES), sviluppata e perfezionata nella versione breve a 9 item, la quale ha mostrato adeguate proprietà psicometriche su campioni di oltre quattordicimila lavoratori provenienti da contesti culturali e professionali diversi (W. B. Schaufeli et al. 2006). La struttura trifattoriale dello strumento è stata confermata trasversalmente, e i dati normativi internazionali disponibili consentono confronti tra popolazioni professionali differenti. In Italia, l'adattamento della scala è stato condotto su un campione di operatori sanitari, verificandone la validità e l'affidabilità nel contesto nazionale, rendendo possibile impiegare lo strumento nelle professioni di cura con riferimenti comparativi adeguati (Pisanti et al. 2008).

Nei servizi di salute mentale il work engagement assume connotazioni peculiari, legate alla specificità delle relazioni terapeutiche e alle caratteristiche organizzative di questi ambienti. I professionisti che vi operano, psichiatri e infermieri in primo luogo, ma anche psicologi, educatori e assistenti sociali, si trovano quotidianamente a raccogliere le storie di persone in crisi acuta, a gestire la violenza verbale o fisica nei reparti SPDC, a seguire per anni pazienti con disturbi gravi e persistenti i cui progressi sono lenti e non sempre lineari. In questo lavoro la relazione terapeutica è al tempo stesso lo strumento principale e la fonte più intensa di carico emotivo: ogni colloquio, ogni intervento di contenimento, ogni dimissione difficile richiede una presenza psicologica che non si esaurisce al termine del turno. Nonostante questo, molti professionisti riferiscono un profondo senso di appartenenza alla professione e percepiscono il proprio lavoro come

dotato di valore sociale rilevante. È in questa tensione tra logoramento e significato che il work engagement trova la sua collocazione più precisa: non come assenza di fatica, ma come capacità di mantenere motivazione e coinvolgimento anche dentro di essa (Kato et al. 2023).

Tra le tre dimensioni, la *dedication* occupa una posizione di primo piano nel contesto delle professioni psichiatriche. L'elemento propulsore del coinvolgimento in queste professioni non sembra essere l'energia spesa nel singolo momento, né la capacità di absorption nell'attività, quanto la costante percezione del valore del proprio ruolo e dell'impatto generato su chi riceve assistenza. Concretamente, un infermiere psichiatrico che attribuisce significato al proprio ruolo sarà più propenso a investire tempo in un colloquio informale con un paziente in difficoltà, a partecipare attivamente alle riunioni di équipe, a mantenere una postura empatica anche in turni prolungati o in reparti con elevato tasso di occupazione dei posti letto. Questa interpretazione trova sostegno in diversi studi condotti su infermieri e operatori psichiatrici in contesti internazionali: la *dedication* emerge sistematicamente come la sottoscala con i punteggi più elevati anche in servizi ad alta intensità di cura (Torabinia et al. 2017), ed è quella che predice con maggiore robustezza l'assenza di distress psicologico nel professionista (García-Iglesias et al. 2021). Il senso di significato attribuito al ruolo clinico funziona dunque come ancoraggio identitario alla professione, capace di sostenere il coinvolgimento anche nei periodi di maggiore carico lavorativo e in contesti dove i progressi terapeutici sono lenti e difficili da misurare.

Il *vigor* e l'*absorption* completano il quadro del coinvolgimento professionale con caratteristiche distinte. La componente energetica è particolarmente preziosa in contesti ad alta emotività come quelli psichiatrici: un professionista con buon *vigor* è in grado di reggere emotivamente un paziente agitato in piena notte, di rimanere funzionale durante turni che si prolungano per emergenze impreviste, di non lasciarsi sopraffare dal peso di casi clinici particolarmente gravosi. Mantenere questo livello di attivazione psicofisica di fronte alla sofferenza altrui, senza scivolare né nell'iperattivazione ansiosa né nell'ottundimento difensivo, è una delle sfide più ardue del lavoro clinico in salute mentale (W. Schaufeli et al. 2008). L'*absorption*, caratterizzata dall'immersione totale nell'attività, si traduce clinicamente nella capacità di essere pienamente presenti nella

relazione terapeutica: ascoltare senza distrarsi, cogliere le sfumature non verbali di un paziente con difficoltà espressive, restare concentrati durante una valutazione del rischio suicidario in un contesto caotico. Questo tipo di presenza è fondamentale per la costruzione dell'alleanza terapeutica con i pazienti psichiatrici. Va tuttavia osservato che l'absorption è anche la più dipendente dalle condizioni contingenti del lavoro: la qualità degli spazi fisici, la continuità degli incarichi, la possibilità di concentrarsi senza interruzioni continue sono fattori organizzativi che ne modulano l'espressione, rendendola meno stabile rispetto alle altre due componenti (W. B. Schaufeli e Bakker 2004).

Sul piano teorico, è importante chiarire che engagement e burnout non rappresentano i poli opposti di un unico continuum, come a volte si è erroneamente interpretato, bensì dimensioni relativamente indipendenti del benessere lavorativo, influenzate da fattori parzialmente differenti (W. B. Schaufeli e Bakker 2004). Nella pratica clinica, questo si traduce nella possibilità che uno stesso professionista mostri contemporaneamente elementi di disagio, quali fatica, irritabilità o sensazione di esaurimento, e al tempo stesso riferisca entusiasmo per il proprio lavoro, senso di competenza e soddisfazione nel vedere i progressi dei pazienti. Questa coesistenza non è una contraddizione: riflette la complessità dell'esperienza lavorativa in ambienti ad alta domanda emotiva, dove le stesse situazioni che logorano possono anche alimentare il senso di utilità. La ricerca ha pertanto orientato l'attenzione verso i meccanismi che consentono ai professionisti di mantenere livelli adeguati di engagement nonostante l'esposizione prolungata alle richieste del lavoro clinico. Risorse personali come l'autoefficacia, la resilienza e la regolazione emotiva, insieme a risorse organizzative quali il supporto dei colleghi, l'autonomia decisionale e la chiarezza di ruolo, sono stati identificati come i principali fattori in grado di sostenere il coinvolgimento professionale anche in condizioni di carico elevato (Bakker e Demerouti 2017).

Gli studi condotti specificamente su operatori psichiatrici confermano queste evidenze. In campioni di infermieri di salute mentale giapponesi esaminati tramite modelli di equazioni strutturali, il work engagement è risultato direttamente associato a migliori outcome di salute mentale dei professionisti e a una minore intenzione di abbandonare la professione (Kato et al. 2023). Il turnover infermieristico è un problema

rilevante nei servizi psichiatrici in molti Paesi, con tassi che in alcune realtà superano il 20% annuo: la perdita continua di personale esperto non soltanto aumenta i costi organizzativi, ma impoverisce il contesto relazionale in cui i pazienti costruiscono fiducia e alleanza terapeutica. In questo quadro, l'engagement emerge come variabile protettiva non solo per il benessere del singolo professionista, ma per la stabilità e la qualità dell'intero servizio. Tra i principali determinanti dell'engagement vi è la possibilità di godere di una certa autonomia decisionale all'interno del proprio ruolo. Tale processo, noto in letteratura come *job crafting*, si traduce nell'iniziativa del lavoratore di modellare attivamente i propri compiti, relazioni e risorse, al fine di allinearli alle proprie competenze e valori (Tims et al. 2012). Nei servizi psichiatrici, dove le procedure tendono a essere rigide per ragioni di sicurezza, preservare spazi di flessibilità professionale rappresenta una condizione organizzativa non secondaria per sostenere il coinvolgimento degli operatori.

Come già accennato alla fine del capitolo precedente, l'anzianità di servizio modifica in modo rilevante il profilo di engagement dei professionisti della salute mentale. I professionisti con maggiore esperienza tendono a sviluppare strategie adattive di gestione del carico emotivo che si associano a livelli più stabili di coinvolgimento lavorativo (Happell et al. 2003). In pratica, uno psichiatra con vent'anni di carriera in un reparto SPDC impara a riconoscere i propri segnali precoci di esaurimento e a regolarsi di conseguenza: sa quando chiedere supporto ai colleghi, come gestire la notizia di un suicidio in reparto senza che questa eroda la capacità di essere presente per gli altri pazienti, come mantenere il senso del lavoro nei momenti in cui i risultati clinici non arrivano. Queste capacità non sono innate, ma si costruiscono attraverso l'esperienza accumulata, la supervisione, il confronto con i colleghi e la riflessione sulla propria pratica. La stabilità dell'engagement nei professionisti esperti non significa assenza di fatica, ma una modalità più integrata di gestirla, in cui il significato del lavoro viene mantenuto anche nei periodi di maggiore difficoltà.

Le implicazioni del work engagement si estendono oltre il benessere individuale del professionista per investire direttamente la qualità della cura. I professionisti con livelli più elevati di engagement mostrano maggiore disponibilità al coinvolgimento relazionale, minore tendenza a comportamenti di evitamento nei confronti del paziente e

una più forte aderenza alle pratiche cliniche fondate sull'evidenza (Halbesleben e Rathert 2008). Dal punto di vista clinico, questo si traduce in pazienti che si sentono più ascoltati, che riferiscono maggiore soddisfazione per le cure ricevute, che mantengono con più continuità gli appuntamenti ambulatoriali e che mostrano tassi più bassi di ricoveri ripetuti. Studi condotti in ambito medico generale hanno documentato che il burnout del medico si associa a una riduzione della qualità dei colloqui, a una minore accuratezza diagnostica e a un aumento degli errori clinici (Salyers et al. 2017): l'engagement, al contrario, favorisce la precisione, la presenza attiva e la capacità di cogliere i segnali sottili che nei pazienti psichiatrici possono anticipare una crisi. Il coinvolgimento lavorativo è quindi una variabile di sistema: non riguarda soltanto il benessere del professionista, ma la qualità complessiva del processo di cura.

Nonostante la rilevanza clinica e organizzativa fin qui delineata, il work engagement nei professionisti della salute mentale non può essere compreso appieno isolandolo dalle sue interazioni con il distress psicologico. Le due dimensioni, infatti, non operano in modo isolato: la fatica del lavoro clinico in psichiatria non è un elemento puramente esterno, ma coesiste e si intreccia costantemente con l'engagement. La direzione e l'intensità di questa interazione dipendono in larga misura dalle risorse, individuali e organizzative, che il professionista può mobilitare per mediare l'impatto del disagio sul funzionamento lavorativo. La sezione successiva approfondisce queste dinamiche attraverso i principali modelli teorici e le evidenze empiriche che li sostengono, discutendo le condizioni in cui il distress erode l'engagement e quelle in cui, al contrario, le risorse disponibili riescono ad attutirne l'impatto.

1.3 Relazione tra distress psicologico ed engagement lavorativo

I capitoli precedenti hanno documentato come distress psicologico e work engagement coesistano e si intreccino nell'esperienza professionale di chi lavora nei servizi di salute mentale. Per comprendere questa relazione non basta osservarne l'esistenza: occorre capire come il distress agisce sul coinvolgimento professionale, in quali condizioni lo erode e quando invece le risorse disponibili riescono a limitarne gli effetti. I due principali quadri teorici a cui la ricerca occupazionale ha fatto riferimento per descrivere queste dinamiche sono il *Job Demands-Resources model* (JD-R) e la

Conservation of Resources theory (COR), entrambi ampiamente applicati in ambito sanitario.

Il modello JD-R propone che le caratteristiche del lavoro si distribuiscano in due categorie: le domande lavorative (*job demands*), ossia gli aspetti fisici, psicologici, sociali e organizzativi che richiedono uno sforzo continuato e che, se eccessive, comportano costi fisiologici e psicologici; e le risorse lavorative (*job resources*), ovvero gli elementi che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi, riducono l'impatto delle domande e promuovono la crescita professionale. A partire da questa distinzione, il modello identifica due processi paralleli: un processo di deterioramento della salute, in cui domande elevate e risorse insufficienti conducono all'esaurimento e al distress; e un processo motivazionale, in cui la disponibilità di risorse alimenta il coinvolgimento lavorativo (Bakker e Demerouti 2017). I due processi non si escludono a vicenda: uno stesso lavoratore può sperimentarli contemporaneamente, con intensità variabile a seconda del momento e del contesto in cui si trova. Quando le domande superano stabilmente le risorse disponibili, il processo di deterioramento tende a prendere il sopravvento, consumando progressivamente le energie fisiche ed emotive del professionista. Al contrario, quando le risorse sono sufficienti a compensare le domande, il processo motivazionale prevale e il coinvolgimento nel lavoro si mantiene o si rafforza. Il modello è utile proprio perché permette di spiegare sia gli esiti negativi sia quelli positivi del benessere occupazionale attraverso meccanismi distinti ma in costante interazione.

Applicato ai servizi di salute mentale, il modello JD-R consente di descrivere sistematicamente le condizioni che favoriscono o ostacolano il mantenimento dell'engagement. In questi contesti le domande lavorative presentano caratteristiche di intensità e cronicità particolari: l'esposizione reiterata a situazioni di crisi, la complessità clinica dei pazienti, l'imprevedibilità degli eventi in reparto e le crescenti richieste burocratiche costituiscono un insieme di stressors che il professionista affronta in modo continuativo (Hannigan et al. 2009). Quando queste domande non sono bilanciate da risorse adeguate, il processo di deterioramento tende a prevalere su quello motivazionale: il distress si accumula, le risorse personali si consumano e il coinvolgimento professionale tende a ridursi. Questo schema predittivo è stato confermato da studi longitudinali su lavoratori di diversi settori, inclusi gli operatori sanitari, nei quali le

misure di domanda lavorativa e carenza di risorse predicevano nel tempo sia l'aumento del distress sia la riduzione dell'engagement, anche a distanza di anni dalla valutazione iniziale (Hakanen et al. 2008).

Un secondo quadro teorico, complementare al modello JD-R, è la *Conservation of Resources theory* (COR), formulata da Hobfoll nel 1989. La teoria sostiene che le persone si adoperino per acquisire, mantenere e proteggere le proprie risorse, intese in senso ampio come condizioni di vita, caratteristiche personali ed energie disponibili. Lo stress emerge quando queste risorse sono minacciate, effettivamente perse o non recuperate dopo essere state investite (Hobfoll 1989). Applicata al contesto dei professionisti della salute mentale, la teoria COR descrive dinamiche di tipo cumulativo: una volta che le risorse cominciano a diminuire, il professionista diventa progressivamente meno capace di proteggersi da ulteriori perdite, innescando una spirale negativa che tende ad autoalimentarsi. Questo aiuta a spiegare perché il distress, una volta instaurato, tenda a persistere e ad aggravarsi nel tempo, erodendo anche le risorse che sostenevano il coinvolgimento professionale. Al contrario, disporre di un buon patrimonio di risorse cognitive, relazionali e organizzative funziona da riserva cui attingere nei momenti di difficoltà, limitando l'impatto del carico lavorativo sull'equilibrio emotivo e sul livello di engagement.

Le evidenze empiriche documentano in modo consistente la relazione inversa tra distress psicologico e work engagement. Uno studio longitudinale condotto su oltre duemilacinquecento lavoratori finlandesi con un disegno a tre ondate temporali, ha mostrato che le componenti del burnout (in particolare l'esaurimento emotivo) predicono nel tempo una riduzione significativa dell'engagement, configurando una traiettoria in cui il disagio psicologico anticipa il progressivo disinvestimento professionale (Hakanen et al. 2008). Questo dato è importante perché mostra come la relazione non sia semplicemente una coincidenza statistica rilevata in un unico momento: il distress accumulato nel tempo tende a manifestarsi, nei mesi successivi, in una riduzione delle energie, del senso di significato e della capacità di concentrazione nel lavoro. Studi trasversali condotti su infermieri e operatori sanitari in diversi contesti nazionali confermano l'associazione negativa, con correlazioni significative tra misure di distress e punteggi all'UWES indipendenti dal tipo di setting e dalla nazionalità del campione (García-Iglesias et al. 2021).

Dal punto di vista del funzionamento professionale, il distress non agisce sulle tre dimensioni dell'engagement in modo uniforme. L'energia e la resistenza mentale proprie del *vigor* tendono a essere le prime a risentire del carico accumulato: il professionista inizia ad avvertire difficoltà crescenti nel recuperare tra un turno e l'altro, nel reggere l'intensità emotiva degli incontri clinici e nell'investire risorse nelle situazioni più gravose (Maslach et al. 2001). Il meccanismo sottostante è quello dell'esaurimento progressivo delle risorse energetiche: quando la domanda emotiva supera stabilmente la capacità di recupero, il professionista entra in una condizione di deficit che si manifesta prima come stanchezza cronica e poi come incapacità di mantenere il livello di attivazione necessario per affrontare il lavoro clinico. Il senso di significato che sostiene la *dedication*, pur essendo più radicato nei valori professionali profondi e quindi più resistente nel tempo, si incrina progressivamente quando il professionista percepisce una discrepanza persistente tra le proprie aspettative di cura e le condizioni concrete in cui opera (Leiter e Maslach 2009). In pratica, chi lavora da anni in un reparto SPDC con carichi elevati e risultati clinici incerti può arrivare a svolgere il proprio lavoro in modo tecnicamente corretto ma con una partecipazione emotiva sempre più ridotta, faticando a trovare il senso che inizialmente aveva attribuito alla professione. La capacità di concentrazione e di immersione propria dell'*absorption* è invece la più sensibile alle fluttuazioni dello stato emotivo: in condizioni di distress, parte delle risorse attentive risulta occupata dall'elaborazione del disagio interno, riducendo la disponibilità cognitiva per la relazione clinica (W. B. Schaufeli e Bakker 2004). Un professionista in questa condizione può trovarsi a condurre un colloquio clinico senza riuscire a essere pienamente presente, con la mente parzialmente occupata da preoccupazioni, stanchezza o tensione residua dai turni precedenti: questa rappresenta una forma di assenza che il paziente spesso percepisce, con effetti negativi sull'alleanza terapeutica. Questo schema di erosione progressiva è coerente con le spirali di perdita descritte dalla teoria COR e sarà discusso in modo approfondito in relazione ai risultati emersi dallo studio: il distress non annulla l'engagement in modo improvviso, ma ne consuma sistematicamente le basi fino a rendere il mantenimento del coinvolgimento professionale sempre più difficoltoso.

La relazione tra distress ed engagement non è però esclusivamente unidirezionale. La ricerca longitudinale ha documentato dinamiche reciproche: i professionisti con livelli più elevati di engagement tendono a sviluppare nel tempo maggiori risorse personali, tra

cui autoefficacia, ottimismo e resilienza, le quali a loro volta proteggono dal distress (Xanthopoulou et al. 2009). Questo fenomeno, denominato spirale virtuosa di guadagno di risorse, è il complemento positivo delle spirali di perdita descritte dalla teoria COR. Nei contesti di salute mentale le implicazioni sono concrete: un professionista che mantiene livelli adeguati di engagement accumula riserve di risorse personali che gli consentono di affrontare i periodi di maggiore carico senza che il distress si cronicizzi. Chi entra invece nella spirale negativa trova progressivamente più difficile recuperare il coinvolgimento professionale, anche nei periodi di relativo alleggerimento del lavoro. Ne deriva che il benessere psicologico in questa categoria professionale non è uno stato stabile, ma una condizione dinamica soggetta a influenze cumulative che tendono a rinforzarsi nel tempo.

L'intensità della relazione tra distress ed engagement può variare sia in base alle caratteristiche del contesto lavorativo sia in relazione alle risorse personali del professionista. A livello organizzativo, la qualità della leadership, la chiarezza dei ruoli e la coerenza tra i valori dell'istituzione e quelli degli operatori sono stati identificati come determinanti del livello medio di benessere nei reparti di salute mentale (Lasalvia et al. 2011): un ambiente di lavoro che riconosce il contributo dei professionisti e offre supporto strutturato nei momenti di difficoltà attenua l'impatto delle domande sul distress e preserva le condizioni che rendono possibile il coinvolgimento. A livello individuale, risorse come l'autoefficacia e la regolazione emotiva svolgono un ruolo tampone rispetto agli effetti dello stress, limitando la velocità con cui il distress si traduce in erosione dell'engagement (Bakker e Demerouti 2017). Va precisato, in accordo con la teoria COR, che queste risorse non sono illimitate: anche i professionisti meglio dotati possono esaurirle se le domande lavorative rimangono elevate per un periodo prolungato senza un'adeguata reintegrazione.

Le conseguenze di questa relazione non si limitano al benessere individuale del professionista, ma si estendono alla qualità del processo di cura. Quando il distress si cronicizza e l'engagement si riduce, il professionista può adottare strategie di distanza emotiva nei confronti dei pazienti, descritte nella letteratura come depersonalizzazione, che alterano la qualità della relazione clinica e spingono gli atteggiamenti verso il paziente in una direzione meno partecipativa (Maslach et al. 2001). Il benessere psicologico del professionista diventa così una variabile che incide direttamente sulla qualità dell'incontro

terapeutico, con effetti particolarmente rilevanti quando si lavora con persone affette da disturbo mentale, una popolazione storicamente esposta a forme di pregiudizio e distanza sociale anche all'interno dei servizi di cura. Comprendere in che misura e attraverso quali meccanismi gli atteggiamenti dei professionisti verso questi pazienti siano influenzati dallo stato di benessere psicologico richiede di affrontare il tema dello stigma nella salute mentale, nelle sue componenti cognitive, affettive e comportamentali, e di considerare il ruolo che le conoscenze specifiche sul disagio psichico possono svolgere nel modularne l'espressione.

1.4 Stigma, disponibilità al contatto e conoscenze sulla salute mentale

Lo stigma associato al disturbo mentale rappresenta uno dei fenomeni più studiati in psichiatria e, al tempo stesso, tra i più difficili da contrastare. Nelle sue prime analisi sociologiche, lo **stigma** è stato descritto come un attributo che riduce la persona da individuo integro a individuo svalutato, producendo una separazione netta tra chi stigmatizza e chi viene stigmatizzato (Goffman 1963). Un modello successivo ha proposto di articolarlo in quattro componenti tra loro connesse: l'etichettamento di differenze percepite come socialmente rilevanti, l'associazione di queste etichette a stereotipi negativi, la separazione categoriale tra «noi» e «loro» e, infine, la perdita di status e la discriminazione che ne derivano (Link e Phelan 2001). Questo approccio sottolinea la stretta dipendenza del fenomeno dalle asimmetrie di potere: lo stigma non si limita a un pregiudizio individuale, ma opera come un vero e proprio meccanismo sociale che, per mantenersi nel tempo, ha bisogno di essere condiviso e rinforzato dalla collettività.

La distinzione analitica più utile per gli scopi del presente studio è quella tra componente cognitiva (stereotipo), componente affettiva (pregiudizio) e componente comportamentale (discriminazione) (Corrigan e Watson 2002). Lo stereotipo è una struttura cognitiva semplificata che attribuisce caratteristiche negative, come pericolosità, imprevedibilità e incapacità, a tutte le persone accomunate da un'etichetta diagnostica. Il pregiudizio emerge quando l'individuo fa propri quegli stereotipi e reagisce emotivamente di conseguenza. La discriminazione è il comportamento che traduce il pregiudizio in azioni concrete di esclusione o evitamento (Corrigan e Watson 2002). Questa tripartizione

ha implicazioni pratiche rilevanti: le tre componenti rispondono a strategie di intervento diverse e non si modificano necessariamente in parallelo. Nel presente studio, l'attenzione si concentra specificamente sulla componente comportamentale, misurata attraverso la Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS), che rileva le intenzioni dichiarate di contatto con persone con disagio psichico.

Le conseguenze dello stigma per chi vive un disturbo mentale sono documentate su più livelli. Sul piano sociale, si traducono in esclusione dal mondo del lavoro, difficoltà abitative e progressivo impoverimento delle reti relazionali (Thornicroft 2006). Sul piano clinico, la paura di essere identificati come “malati di mente” rappresenta una delle principali barriere alla ricerca di aiuto: molte persone ritardano l'accesso ai servizi, interrompono i trattamenti o evitano di rivelare la propria condizione proprio per sfuggire allo stigma (Druss e Perlick 2014). I dati internazionali mostrano che la discriminazione riguarda ambiti centrali della vita quotidiana, quali lavoro, famiglia o relazioni affettive, con pattern sostanzialmente simili in contesti culturali molto diversi tra loro (Lasalvia et al. 2013). Accanto allo stigma pubblico, la letteratura ha distinto il *self-stigma*, ovvero il processo attraverso cui la persona interiorizza gli stereotipi negativi e li applica a sé stessa, con conseguenze sull'autostima e sulla qualità della vita (Corrigan e Rao 2012; Wahl 1999). La discriminazione anticipatoria, intesa come il comportamento di evitamento messo in atto per prevenire lo stigma prima ancora di subirlo, è spesso più frequente di quella concretamente sperimentata, e produce effetti altrettanto negativi sulla partecipazione sociale e sull'adesione alle cure (Thornicroft et al. 2009).

Un aspetto meno intuitivo, ma ampiamente documentato, è la presenza di atteggiamenti stigmatizzanti anche tra i professionisti della salute mentale. Psichiatri e infermieri possono nutrire pregiudizi verso i propri pazienti con pattern parzialmente sovrapponibili a quelli della popolazione generale (Nordt et al. 2006; Lauber et al. 2006). Lo stigma tra professionisti si manifesta in forme diverse: aspettative prognostiche negative, tendenza a ridurre il paziente alla sua diagnosi, uso di linguaggio clinico deumanizzante, ricorso non necessario a misure coercitive (Schulze 2007). Tali atteggiamenti non sono necessariamente consapevoli o intenzionali, ma spesso riflettono stereotipi impliciti che si consolidano nel corso della formazione professionale e si rafforzano con l'esposizione ripetuta alle situazioni di crisi acuta. Le differenze negli atteggiamenti verso le persone con schizofrenia tra studenti di medicina e studenti di

psicologia emergono già nelle fasi iniziali della formazione: i futuri medici tendono verso rappresentazioni più biologizzanti e prognosticamente più pessimistiche rispetto ai colleghi psicologi (Magliano et al. 2013). Lo stigma opera anche a livello istituzionale, attraverso politiche organizzative che riflettono assunzioni implicite sull'incapacità o la pericolosità delle persone con disturbo mentale, amplificando gli effetti di quello individuale (Stuart 2016).

La misurazione dello stigma nei contesti sanitari pone un problema metodologico specifico: gli strumenti che rilevano atteggiamenti espliciti sono particolarmente esposti a distorsioni da desiderabilità sociale, poiché i professionisti tendono a rispondere in modo coerente con i valori formalmente adottati dal loro ruolo. Per questa ragione, la ricerca ha sviluppato strumenti orientati alla componente comportamentale del fenomeno, che valutano ciò che le persone dichiarano di avere fatto o di essere disposte a fare in situazioni concrete di contatto (Angermeyer e Dietrich 2006). La Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) risponde a questa esigenza: rileva i comportamenti passati e le intenzioni future riguardo alla disponibilità a vivere, lavorare, socializzare e mantenere relazioni significative con persone con disagio psichico (S. Evans-Lacko et al. 2012). Lo strumento misura quindi non gli atteggiamenti in senso generico, ma la disponibilità al contatto dichiarata, avvicinandosi alle misure di distanza sociale pur mantenendo un focus sull'apertura relazionale. La sua validazione italiana ha documentato buone proprietà psicometriche anche nei campioni di professionisti sanitari (L. Pingani et al. 2016).

Il tema del contatto porta a considerare il ruolo dell'engagement lavorativo nella qualità della relazione con il paziente. La letteratura sull'effetto del contatto nella riduzione dello stigma ha chiarito che non è la semplice frequenza degli incontri a modificare i pregiudizi, ma la qualità del coinvolgimento relazionale (Corrigan et al. 2012). Un professionista motivato e capace di attribuire significato al proprio lavoro tende a mantenere una rappresentazione del paziente come persona attiva, non come semplice portatore di una diagnosi. Questo orientamento favorisce conversazioni aperte sui progetti di vita, pratiche orientate al recupero piuttosto che al contenimento e un utilizzo più limitato delle misure coercitive. Al contrario, l'erosione progressiva del coinvolgimento professionale si associa ad atteggiamenti più distaccati, che possono sfociare in forme di stigmatizzazione implicita: aspettative prognostiche negative assunte a priori, riduzione del contatto relazionale al minimo necessario, tendenza a leggere ogni comportamento

del paziente attraverso il filtro della diagnosi. Un professionista *engaged* è strutturalmente più portato a costruire il tipo di incontro che la ricerca indica come efficace per la riduzione dei pregiudizi (Corrigan et al. 2012).

Le principali strategie per la riduzione dello stigma identificate dalla letteratura sono tre: la protesta, l'educazione e il contatto diretto con persone con esperienza di disturbo mentale (Henderson et al. 2013). La protesta può sopprimere l'espressione pubblica degli atteggiamenti negativi, ma non ne modifica le radici cognitive. L'educazione, basata sulla trasmissione di informazioni accurate sui disturbi mentali, produce risultati apprezzabili nel breve termine, in particolare sulla riduzione degli stereotipi più marcati. Il contatto diretto, quando avviene in condizioni di parità di status e orientamento cooperativo, si è dimostrato la strategia più efficace per modificare gli atteggiamenti in modo stabile negli adulti (Corrigan et al. 2012). I programmi di *contact-based education*, che combinano testimonianze dirette di persone con esperienza di disturbo mentale e informazioni fattuali, producono risultati più robusti e duraturi rispetto ai soli interventi informativi. Nei contesti sanitari, tuttavia, il contatto professionale quotidiano non è di per sé sufficiente: la sua efficacia dipende dalla qualità del coinvolgimento, non dalla frequenza.

Un ulteriore fattore associato agli atteggiamenti verso le persone con disturbo mentale è la conoscenza specifica sulla salute mentale, concettualizzata nella letteratura come *mental health literacy*. Con questo termine si indicano le conoscenze e le credenze sui disturbi mentali che facilitano il loro riconoscimento, la gestione e la prevenzione (A. F. Jorm 2000). Nelle elaborazioni successive il costrutto si è ampliato fino a comprendere le credenze sullo stigma e gli atteggiamenti verso le persone con disagio psichico, evidenziando come ignoranza e pregiudizio siano tra loro strettamente connessi (Anthony F. Jorm 2012). Una distinzione utile separa tre dimensioni affrontabili con strategie diverse: la conoscenza, il pregiudizio e la discriminazione (Thornicroft et al. 2007). La *mental health literacy* si colloca nella prima di queste dimensioni, quella cognitiva, e fornisce gli schemi interpretativi attraverso cui un individuo legge la malattia mentale: le sue cause, la sua trattabilità, le implicazioni per la vita della persona che ne è affetta.

Tra gli strumenti sviluppati per misurare questo costrutto, la Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) è stata creata nell'ambito del programma di lotta allo

stigma “Time to Change” nel Regno Unito, con l'obiettivo di valutare il livello di conoscenza sulla salute mentale in campioni di professionisti e popolazione generale (Sara Evans-Lacko et al. 2010). Lo strumento rileva la conoscenza relativa al riconoscimento dei disturbi mentali, alla loro trattabilità, al rapporto tra salute mentale e lavoro e alle implicazioni dello stigma nella vita quotidiana. La sua versione italiana è stata validata con documentazione di buone proprietà psicometriche e sensibilità ai cambiamenti prodotti da interventi formativi (Luca Pingani et al. 2019). I dati disponibili indicano una relazione positiva tra livelli più elevati di *mental health literacy* e atteggiamenti meno stigmatizzanti, sia nella popolazione generale sia tra i professionisti sanitari (Sara Evans-Lacko et al. 2013). Tuttavia, la conoscenza esplicita da sola non elimina i pregiudizi: la letteratura sull'*implicit bias* mostra che i bias automatici possono persistere anche in presenza di buone conoscenze dichiarate (Kelly et al. 2007), suggerendo che l'effetto della conoscenza sullo stigma sia modulato da altri fattori, tra cui lo stato emotivo del professionista.

Il nesso tra *mental health literacy*, distress psicologico e comportamenti stigmatizzanti nei professionisti della salute mentale non è stato finora sistematicamente esplorato. Le due linee di ricerca, quella sullo stigma e quella sul benessere degli operatori, hanno proceduto principalmente in parallelo, senza indagarne le interazioni. Un'interpretazione valida è offerta dalla *Conservation of Resources theory* (Hobfoll 1989): le risorse cognitive, tra cui la conoscenza specialistica, costituiscono un serbatoio a cui l'individuo attinge per fronteggiare le domande dell'ambiente. Quando il distress erode le risorse disponibili, chi dispone di una solida conoscenza sulla salute mentale può fare affidamento su schemi cognitivi che gli consentono di tenere separato il proprio stato emotivo dal giudizio verso il paziente. Chi invece dispone di minori risorse cognitive rischia che il disagio soggettivo orienti, anche inconsapevolmente, la qualità della relazione clinica. In questa prospettiva, la conoscenza non agisce riducendo il distress, ma limitandone la capacità di tradursi in comportamenti stigmatizzanti, configurando un *effetto buffer*. Verificare empiricamente questa ipotesi di moderazione costituisce uno degli obiettivi centrali del presente studio, con implicazioni dirette per la progettazione di interventi formativi capaci di proteggere la qualità relazionale nei momenti di maggiore difficoltà psicologica del professionista.

I costrutti fin qui discussi, distress psicologico, engagement lavorativo, conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto con persone con disagio psichico, sono stati tradizionalmente studiati in modo separato. Questa ricerca si propone di esaminare le relazioni tra questi fattori nei professionisti dei servizi di salute mentale, con particolare attenzione al ruolo che le risorse cognitive possono svolgere nel modulare l'impatto del distress sugli atteggiamenti verso l'utenza.

1.5 Razionale, obiettivi e ipotesi dello studio

Il quadro teorico delineato nelle sezioni precedenti pone le basi per indagare empiricamente le relazioni tra distress psicologico, engagement lavorativo, conoscenza della salute mentale e disponibilità comportamentale al contatto con persone con disturbo mentale in un campione di professionisti dei servizi di salute mentale. Il possibile ruolo della conoscenza come risorsa capace di attenuare l'effetto del distress sugli atteggiamenti verso i pazienti richiede una verifica empirica in un contesto professionale reale, dove distress e risorse cognitive coesistono quotidianamente nella stessa persona.

Nei servizi di salute mentale, il professionista è esposto ogni giorno a richieste emotive intense e al rischio di distress occupazionale, svolgendo al tempo stesso un ruolo centrale nella relazione terapeutica con persone con disturbo mentale. La letteratura ha documentato che lo stigma nei confronti di queste persone non è assente tra i professionisti del settore, e che atteggiamenti di distanza o svalutazione possono coesistere con competenze cliniche elevate (Nordt et al. 2006; Schulze 2007). I professionisti della salute mentale dispongono inoltre, per definizione, di una conoscenza specialistica che dovrebbe ridurre l'adesione a stereotipi negativi. Il fatto che nella stessa persona convivano una potenziale vulnerabilità al distress, una conoscenza specialistica sul disagio psichico e un ruolo professionale orientato alla cura, pone domande che richiedono di considerare queste variabili in relazione tra loro, piuttosto che in modo separato.

Il presente studio è stato condotto nell'ambito di un protocollo multicentrico più ampio, approvato dal Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), che ha coinvolto i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende USL di Reggio Emilia, Modena

e Parma. Il protocollo, coordinato dal Prof. Luca Pingani dell'Università di Modena e Reggio Emilia, ha previsto la somministrazione anonima di un questionario strutturato a psichiatri e infermieri operanti in Centri di Salute Mentale (CSM) e in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), attraverso la piattaforma REDCap. Il protocollo comprende un numero più ampio di ipotesi di ricerca; ai fini della presente tesi sono state selezionate e analizzate quattro ipotesi, scelte per la loro coerenza con le variabili principali dello studio. I dati analizzati si riferiscono al sottocampione del Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia.

L'obiettivo generale dello studio è esaminare le relazioni tra distress psicologico, engagement lavorativo, conoscenza della salute mentale e disponibilità comportamentale al contatto con persone con disagio psichico in un campione di professionisti della salute mentale. Le quattro ipotesi operative descritte di seguito riguardano rispettivamente: la struttura interna del costrutto di engagement; il rapporto tra conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto; le relazioni tra distress, engagement e disponibilità al contatto; il ruolo moderatore della conoscenza nella relazione tra distress e stigma comportamentale.

1.5.1 Ipotesi 1 – Struttura interna dell'engagement lavorativo

Si ipotizza che le tre dimensioni dell'engagement lavorativo misurate dall'UWES (*vigor*, *dedication* e *absorption*) siano positivamente correlate tra loro nel campione di professionisti esaminato. L'UWES è uno strumento validato per la misurazione dell'engagement lavorativo, articolato in tre sottoscale che rilevano rispettivamente l'energia e la resistenza mentale nel lavoro (*vigor*), il senso di significato e di entusiasmo per la propria attività professionale (*dedication*) e la capacità di essere pienamente concentrati e assorbiti nelle attività svolte (*absorption*) (W. Schaufeli et al. 2002; W. B. Schaufeli et al. 2006). L'ipotesi si fonda sull'idea che l'engagement sia un costrutto unitario ma multidimensionale: è plausibile che i professionisti che riportano maggiore energia nel lavoro tendano anche a percepirlo come più significativo e a sperimentare una maggiore immersione nelle attività quotidiane. Pertanto, ci si attende che all'aumentare di una dimensione dell'UWES aumentino anche le altre, con correlazioni positive tra *vigor* e *dedication*, tra *vigor* e *absorption*, e tra *dedication* e *absorption*. La verifica di questa ipotesi è anche funzionale alle analisi successive, in quanto ne giustifica l'utilizzo

del punteggio totale dell'UWES come indicatore sintetico del livello complessivo di engagement.

1.5.2 Ipotesi 2 – Conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto

Si ipotizza che livelli più elevati di conoscenza della salute mentale, misurati attraverso il punteggio totale della Mental Health Knowledge Schedule (MAKS), siano associati a una maggiore disponibilità al contatto con persone con disagio psichico, rilevata attraverso la Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS), e che la conoscenza costituisca un predittore significativo della disponibilità al contatto in un modello di regressione lineare semplice. Questa ipotesi si articola quindi in due livelli di verifica complementari: il primo riguarda la presenza di un'associazione significativa tra le due variabili (tramite correlazione di Spearman); il secondo verifica se la conoscenza mantenga un valore predittivo indipendente della disponibilità al contatto (tramite regressione lineare semplice). La distinzione è rilevante perché la correlazione indica che le due variabili si modificano insieme, mentre la regressione permette di stimare in che misura la conoscenza contribuisce a spiegare la variabilità della disponibilità al contatto.

L'ipotesi si fonda sull'idea che una migliore comprensione dei disturbi mentali (delle loro cause, della loro trattabilità e delle implicazioni per la vita delle persone che ne sono affette) possa contribuire a ridurre paure, stereotipi e pregiudizi, favorendo una maggiore apertura relazionale (A. F. Jorm 2000; Anthony F. Jorm 2012). La decostruzione di stereotipi legati alla pericolosità e all'imprevedibilità dei disturbi mentali è stata identificata come uno dei meccanismi attraverso cui la conoscenza può agire sulla distanza sociale. È plausibile attendersi che all'aumentare dei livelli di MAKS si osservino punteggi più elevati alla RIBS, indicativi di una minore distanza sociale e di una maggiore apertura relazionale (Sara Evans-Lacko et al. 2013; Luca Pingani et al. 2019)

1.5.3 Ipotesi 3 – Distress psicologico, engagement lavorativo e disponibilità al contatto

Si ipotizza che livelli più elevati di engagement lavorativo, misurati attraverso il punteggio totale dell'UWES, siano associati a livelli più bassi di distress psicologico, misurati attraverso il K10, e a una maggiore disponibilità al contatto con persone con disagio psichico, rilevata attraverso la RIBS. Parallelamente, si ipotizza che livelli più elevati di distress psicologico (K10) si associno a una minore disponibilità al contatto

(RIBS). L'ipotesi si fonda sull'idea che l'engagement rappresenti una risorsa protettiva, caratterizzata da energia, coinvolgimento e dedizione al lavoro, capace di contrastare gli effetti negativi del distress e di favorire atteggiamenti più aperti verso i pazienti (Bakker e Demerouti 2017). Il distress psicologico, al contrario, può compromettere le risorse personali ed emotive dei professionisti, riducendo sia la capacità di investire energia nel lavoro sia l'apertura relazionale verso l'utenza (Hakanen et al. 2008). Ci si attende pertanto un insieme coerente di relazioni: un'associazione negativa tra distress ed engagement, un'associazione negativa tra distress e disponibilità al contatto, e un'associazione positiva tra engagement e disponibilità al contatto. È opportuno precisare che la relazione tra distress e disponibilità al contatto (K10-RIBS) è esaminata anche nell'ambito dell'ipotesi 2, dove emerge insieme alla relazione tra conoscenza e disponibilità al contatto: le due ipotesi convergono su questo punto, trattandolo da prospettive complementari.

1.5.4 Ipotesi 4 – Ruolo moderatore della conoscenza nella relazione tra distress e stigma comportamentale

Si ipotizza che il livello di conoscenza sulla salute mentale (MAKS) moderi la relazione tra distress psicologico (K10) e stigma comportamentale (RIBS). In particolare, si assume che l'associazione negativa tra distress e disponibilità al contatto, documentata nell'ipotesi 3, possa variare in funzione del livello di conoscenza del professionista: a parità di distress, i professionisti con maggiore conoscenza potrebbero mantenere atteggiamenti meno stigmatizzanti, attenuando l'effetto negativo del distress sul comportamento. Ci si attende pertanto che l'associazione tra distress e stigma comportamentale sia meno pronunciata nei soggetti con livelli più elevati di MAKS.

Il meccanismo ipotizzato non prevede che la conoscenza riduca il distress psicologico soggettivo, ma che ne attenui la traduzione in comportamenti concreti di distanza verso i pazienti. La conoscenza, in questa prospettiva, non agisce sul disagio emotivo del professionista, ma sulla sua capacità di tenere separato tale disagio dalla disponibilità relazionale verso l'utenza. Questa ipotesi si basa sull'idea che la conoscenza specialistica costituisca una risorsa cognitiva a cui il professionista può attingere anche in condizioni di difficoltà psicologica, limitando il rischio che il disagio soggettivo si traduca in comportamenti di distanza verso i pazienti (Hobfoll 1989).

2 METODI

Il presente studio ha adottato un disegno osservazionale a sezione trasversale, finalizzato a indagare la distribuzione e le relazioni reciproche tra distress psicologico, engagement lavorativo e stigma in un campione di psichiatri e infermieri operanti nei servizi di salute mentale. I dati sono stati raccolti in un singolo momento, consentendo di ottenere un'istantanea delle caratteristiche psicologiche e professionali della popolazione in esame. Gli strumenti di misura sono stati somministrati in forma anonima tramite questionario autosomministrato, al fine di garantire la riservatezza dei partecipanti e favorire la sincerità delle risposte.

2.1 Partecipanti

2.1.1 Dimensione del campione e setting

Lo studio è stato condotto nei centri comunitari di salute mentale (CSM) e nelle unità psichiatriche di ricovero (SPDC) dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM-DP) dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, dell'Azienda USL di Modena e dell'Azienda USL di Parma. Ai fini della presente tesi sono stati analizzati esclusivamente i dati relativi al sottocampione di Reggio Emilia.

Per garantire un'adeguata potenza statistica e rappresentatività, la dimensione del campione è stata stimata sulla base del numero totale di professionisti idonei e del margine di errore accettabile per le principali variabili dello studio. La popolazione totale idonea per il sito di Reggio Emilia comprendeva 86 infermieri e 56 psichiatri, per un totale combinato di 142 professionisti.

Assumendo una distribuzione binomiale sotto la condizione più conservativa ($p = 0,5$), un livello di confidenza del 95% ($Z = 1,96$) e un margine di errore massimo di ± 5 punti percentuali, la dimensione teorica del campione per una popolazione infinita sarebbe $n_0 = 384$. Applicando la correzione finita della popolazione (FPC) per ogni gruppo professionale si ottengono le seguenti stime:

- Infermieri ($N = 86$): $n = (N \times n_0) / (N + n_0 - 1) = 71$
- Psichiatri ($N = 56$): $n = (N \times n_0) / (N + n_0 - 1) = 51$

Di conseguenza, il campione totale target è di 122 partecipanti (71 infermieri e 51 psichiatri). Con questi numeri, lo studio avrebbe avuto sufficiente potenza statistica ($\geq 0,80$) per rilevare differenze tra gruppi di almeno una magnitudo moderata (d di Cohen $\approx 0,35$) a un livello di significatività di 0,05 (a due code).

2.1.2 Criteri di inclusione ed esclusione

I partecipanti hanno dovuto soddisfare tutte le seguenti condizioni:

- Ricoprire uno dei seguenti ruoli professionali: infermiere o psichiatra.
- Essere attualmente impiegato in un Centro di Salute Mentale Comunitaria (CSM) o in un'Unità Psichiatrica di Ricovero (SPDC) all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM-DP) dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, dell'Azienda USL di Modena o dell'Azienda USL di Parma.
Ai fini della presente tesi sono stati analizzati esclusivamente i dati relativi al sottocampione di Reggio Emilia.
- Fornire il consenso informato.

Sono stati esclusi come partecipanti studenti, stagisti o collaboratori senza un contratto di lavoro formale.

2.2 Procedura di somministrazione

Il sondaggio è stato gestito online utilizzando la piattaforma REDCap (Research Electronic Data Capture), un'applicazione web sicura specificamente progettata per supportare la raccolta dati per studi di ricerca.

Il link del sondaggio è stato diffuso tramite le mailing list ufficiali dei servizi di salute mentale partecipanti, con il supporto e il coordinamento del Dipartimento di Governo Clinico (Direzione Assistenziale) dell'Autorità Sanitaria Locale competente (Azienda USL di Reggio Emilia). Ove necessario, un supporto aggiuntivo è stato fornito dai coordinatori ospedalieri o dal personale amministrativo.

Per garantire omogeneità del campione, sono stati considerati validi unicamente i record contrassegnati come *Complete* in tutte le sezioni obbligatorie.

2.3 Strumenti di Misura

Scala di disagio psicologico di Kessler (K10+)

Questa scala è uno strumento di autovalutazione che misura il disagio psicologico vissuto negli ultimi 30 giorni concentrandosi su sintomi come ansia, depressione, irrequietezza e sensi di inutilità. È ampiamente utilizzato come indicatore di disagio sia nelle popolazioni cliniche che professionali. La versione italiana è stata validata ed applicata in molteplici contesti di ricerca. (Carrà et al. 2011; Lehmann et al. 2023). Il punteggio totale si ottiene sommando le risposte ai dieci item, con un range compreso tra 10 e 50. I punteggi vengono interpretati secondo le seguenti fasce di gravità: basso distress (10–15), distress lieve (16–21), moderato (22–29) e grave (≥ 30). Punteggi più elevati indicano un maggiore livello di disagio psicologico.

Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)

UWES-9 è un questionario auto-somministrato che valuta l'impegno lavorativo in tre dimensioni:

- **Vigor:** indica la volontà di investire sforzi nel proprio lavoro e la capacità di persistere anche di fronte alle difficoltà o ai momenti di stanchezza.
- **Dedication:** indica un forte coinvolgimento nel proprio lavoro, vissuto come qualcosa di significativo e di valore.
- **Absorption:** descrive uno stato di totale concentrazione e immersione felice nel proprio lavoro.

È tra gli strumenti più utilizzati per valutare gli aspetti positivi del benessere organizzativo. In questo studio è stata utilizzata la scala breve a 9 item (W. B. Schaufeli et al. 2006). La versione italiana è stata convalidata da Pisanti, Paplomatas e Bertini (Pisanti et al. 2008). Il punteggio di ciascuna sottoscala (*Vigor*, *Dedication*, *Absorption*) è calcolato come media degli item corrispondenti, con un range compreso tra 0 e 6. Il punteggio totale di engagement è calcolato come media di tutti e nove gli item. Punteggi più elevati indicano un maggiore livello di coinvolgimento lavorativo.

Mental Health Knowledge Schedule (MAKS-I)

La scala MAKS-I è uno strumento psicometrico sviluppato per misurare il livello di conoscenza riguardante la salute mentale, sviluppato originariamente da Evans-Lacko

(Evans-Lacko et al. 2010). La sua versione italiana è stata convalidata dal Professor Pingani (Luca Pingani et al. 2019) ed è particolarmente adatta per valutare i cambiamenti educativi o di atteggiamento tra i professionisti sanitari. In particolare, serve a misurare l'alfabetizzazione in salute mentale concentrandosi sulla conoscenza e la comprensione dei disturbi mentali, della cura e dello stigma. Il punteggio totale è ottenuto sommando i punteggi dei dodici item; punteggi più elevati indicano un maggiore livello di conoscenza sulla salute mentale.

Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS-I)

Questa scala è uno strumento utilizzato nella ricerca psicometrica per misurare lo stigma sociale associato alla salute mentale, focalizzandosi non sulle opinioni, ma sui comportamenti reali e intenzionali. Valuta in particolare sia le intenzioni future verso persone con problemi di salute mentale, sia i comportamenti passati, con un focus specifico sulla componente comportamentale dello stigma. La scala è stata validata nella sua versione italiana (L. Pingani et al. 2016), dimostrandosi strumento sensibile nella valutazione degli interventi anti-stigma e dei programmi di formazione per gli operatori sanitari. Il punteggio totale è calcolato sugli item relativi alle intenzioni future di contatto, con un range compreso tra 4 e 20. Gli item relativi ai comportamenti passati sono registrati come variabili dicotomiche e non contribuiscono al punteggio totale. Punteggi più elevati indicano una maggiore disponibilità dichiarata al contatto con persone con disturbo mentale.

Scheda Sociodemografica

Accanto agli strumenti psicometrici standardizzati, è stata somministrata una scheda sociodemografica per la raccolta di informazioni relative alle caratteristiche personali e professionali dei partecipanti. Nello specifico, la scheda includeva dati anagrafici quali età, sesso alla nascita e identità di genere, nonché il titolo di studio conseguito. Sul versante professionale, venivano rilevati il ruolo ricoperto (infermiere o psichiatra), il dipartimento di appartenenza, la sede di lavoro (CSM o SPDC), il tipo di contratto e l'anzianità di servizio, espressa in mesi sia complessivamente nella salute mentale sia presso la struttura di attuale impiego. Era inoltre richiesto di indicare il numero di ore lavorative settimanali. Infine, una sezione dedicata indagava la partecipazione, negli ultimi tre anni, ad attività formative riguardanti la relazione

terapeutica, la gestione delle emozioni, la comunicazione empatica e la salute mentale dei professionisti sanitari, nonché l'accesso alla supervisione clinica.

2.4 Analisi statistica

Prima di procedere alle analisi inferenziali, è stata verificata la normalità della distribuzione di tutte le variabili continue mediante il test di Shapiro-Wilk, scelto in ragione delle ridotte dimensioni del campione ($N = 61$): tale test risulta particolarmente indicato per campioni di dimensione contenuta, offrendo una stima più affidabile rispetto ad altri approcci. I risultati hanno evidenziato che la maggior parte delle variabili dello studio non soddisfaceva il presupposto di normalità ($p < .05$). In considerazione di questi risultati, le analisi correlazionali e i confronti tra gruppi sono stati condotti mediante metodi non parametrici, ritenuti più appropriati in presenza di distribuzioni non normali. Per quanto riguarda i modelli di regressione lineare, va precisato che la non-normalità delle variabili osservate non implica necessariamente la violazione delle assunzioni di tali modelli, le quali si riferiscono specificamente alla distribuzione dei residui; per ciascun modello costruito è stata pertanto condotta una verifica diagnostica dei residui mediante ispezione dei grafici dei residui standardizzati in funzione dei valori previsti e dei Q-Q plot, che non hanno evidenziato pattern sistematici riconducibili a violazioni di linearità od omoschedasticità.

Per la caratterizzazione del campione sono state calcolate statistiche descrittive differenziate in base alla natura delle variabili. Per le variabili continue sono stati riportati media (M), deviazione standard (DS), mediana (Md) e intervallo interquartile (IQR), oltre ai valori minimi e massimi. Per le variabili categoriali e ordinali sono state calcolate frequenze assolute e percentuali. Le distribuzioni di distress psicologico, engagement lavorativo, stigma comportamentale e conoscenze della salute mentale sono state descritte sia complessivamente sia per le rispettive sottoscale.

Per l'esame delle associazioni tra le variabili continue è stato impiegato il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ), in linea con la natura non parametrica della maggior parte delle distribuzioni. Tale scelta metodologica è coerente con le indicazioni della letteratura metodologica per campioni di dimensione moderata in

cui non sia verificabile l'assunzione di normalità. I valori di p sono stati interpretati secondo le soglie convenzionali: correlazioni deboli ($|p| < .30$), moderate ($.30 \leq |p| < .50$) e forti ($|p| \geq .50$). La significatività statistica è stata fissata a $p < .05$ (test a due code) per tutte le analisi.

Le caratteristiche sociodemografiche e professionali del campione sono state descritte mediante statistiche descrittive differenziate per gruppo. I confronti tra infermieri e psichiatri e tra professionisti operanti in SPDC e in CSM sono stati condotti a livello descrittivo; il test U di Mann-Whitney e il test chi-quadrato erano disponibili per eventuali confronti inferenziali tra gruppi indipendenti.

Le quattro ipotesi di ricerca sono state verificate mediante le seguenti analisi. L'Ipotesi 1, relativa alla struttura interna dell'engagement lavorativo, è stata esaminata mediante correlazioni di Spearman tra le tre sottoscale dell'UWES-9 (vigor, dedication, absorption). L'Ipotesi 2, relativa all'associazione tra conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto, è stata verificata mediante correlazione di Spearman tra MAKES e RIBS e, in un secondo momento, mediante un modello di regressione lineare semplice con la RIBS come variabile dipendente e la MAKES come predittore. L'Ipotesi 3, relativa alle associazioni tra distress psicologico, engagement lavorativo e disponibilità al contatto, è stata esaminata mediante correlazioni di Spearman tra le coppie K10–UWES, K10–RIBS e UWES–RIBS. L'Ipotesi 4, relativa al ruolo moderatore della conoscenza nella relazione tra distress e stigma comportamentale, è stata verificata mediante un modello di regressione lineare multipla con termine di interazione, includendo come predittori il K10 centrato, la MAKES centrata e il termine di interazione $K10 \times MAKES$, con la RIBS come variabile dipendente

Per la verifica delle ipotesi di carattere predittivo sono stati costruiti modelli di regressione lineare semplice e multipla. In tali modelli sono stati esaminati il coefficiente di determinazione (R^2) come indicatore della quota di varianza spiegata, la significatività globale del modello attraverso il test F, e il contributo dei singoli predittori mediante i coefficienti β standardizzati. Prima di procedere alle analisi di regressione, le variabili continue sono state centrate rispetto alla rispettiva media, al fine di agevolare l'interpretazione dei coefficienti nei modelli contenenti termini di interazione. Pur in presenza di una prevalente non-normalità delle variabili osservate, l'utilizzo dei modelli

di regressione lineare è stato ritenuto giustificato in quanto le assunzioni di tali modelli riguardano la distribuzione dei residui e non delle variabili dipendenti o indipendenti prese singolarmente. La robustezza della regressione lineare in presenza di distribuzioni non normali delle variabili è stata ampiamente documentata in letteratura, in particolare quando non si osservano violazioni gravi di linearità o omoschedasticità nei dati.

Per testare ipotesi di moderazione è stato adottato l'approccio della regressione lineare con termine di interazione. Nello specifico, al fine di valutare se la conoscenza della salute mentale (MAKS) moderasse la relazione tra distress psicologico (K10) e stigma comportamentale (RIBS), Le variabili continue sono state prima centrate rispetto alla rispettiva media (al fine di ridurre la multicollinearità tra i predittori principali e il termine di interazione) e successivamente è stato creato un termine di interazione tra distress psicologico e conoscenza. La significatività statistica del termine di interazione è stata assunta come prova empirica dell'effetto moderatore. Anche per il modello di moderazione vale la medesima considerazione metodologica: la non-normalità delle variabili osservate non rappresenta una violazione delle assunzioni del modello di regressione, le quali si riferiscono alla distribuzione dei residui del modello stimato.

Tutte le analisi statistiche sono state condotte con il software IBM SPSS Statistics, versione 29.0 (*IBM Corp., Armonk, NY, USA*). La soglia di significatività statistica è stata fissata a $p < .05$ per tutte le analisi, con test a due code.

2.5 Considerazioni etiche

Questo studio è stato condotto in piena conformità con i principi della Dichiarazione di Helsinki e con tutte le normative etiche nazionali e locali applicabili. Lo studio ha ricevuto l'approvazione etica dal Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN).

L'anonimato dei partecipanti è stato rigorosamente preservato: non sono state raccolte informazioni identificative e tutti i dati vengono gestiti e conservati in modo sicuro in conformità con il Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati (GDPR). La piattaforma online REDCap è stata utilizzata per la raccolta dati, garantendo la crittografia dei dati, il controllo degli accessi basato sul ruolo e le tracce di audit. Prima

di accedere al questionario, i partecipanti hanno letto il foglio informativo e fornito il consenso informato elettronico all'interno di REDCap.

Data la sensibilità degli argomenti dello studio, è stata dedicata particolare attenzione alla tutela del benessere dei partecipanti. Tutti i partecipanti sono stati informati sulla natura volontaria della loro partecipazione, la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento senza conseguenze e la disponibilità di risorse di supporto psicologico qualora provino disagio durante o dopo il sondaggio.

3 RISULTATI

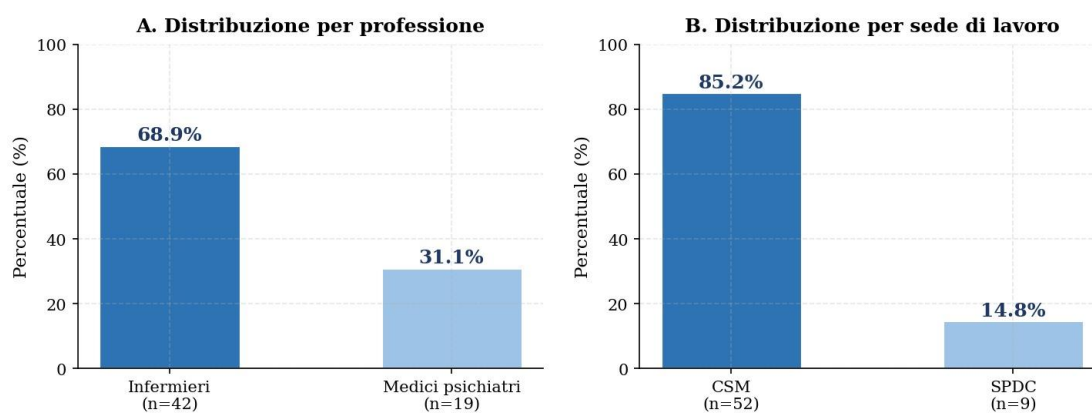
3.1 Caratteristiche del campione e statistiche descrittive

Il campione analizzato è composto da 61 professionisti della salute mentale, reclutati presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM-DP) dell'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia. Il dataset risulta completo, in assenza di dati mancanti. La normalità della distribuzione di ciascuna variabile continua è stata verificata mediante il test di Shapiro-Wilk: la maggior parte delle variabili non soddisfa l'assunzione di normalità ($p < .05$), giustificando il ricorso prevalente a test non parametrici nelle analisi successive.

Caratteristiche sociodemografiche e professionali

Il campione è composto prevalentemente da professionisti di sesso femminile (72,1%; $n = 44$), a fronte del 27,9% di sesso maschile ($n = 17$). La fascia d'età più rappresentata è quella compresa tra 52 e 57 anni (39,3%), seguita dalla fascia 58–63 anni (18,0%); le classi più giovani risultano scarsamente presenti (3,3% ciascuna per le fasce 22–27 e 34–39 anni). Relativamente al titolo di studio, il 31,1% è in possesso di laurea magistrale, il 29,5% di laurea triennale, il 19,7% di specializzazione medica e il 14,8% di master universitario. Sul piano professionale, il campione è composto da 42 infermieri (68,9%) e 19 medici psichiatri (31,1%), con una lieve sovrarappresentazione degli infermieri rispetto alla distribuzione della popolazione di riferimento (60,6% infermieri, 39,4% medici). Per quanto riguarda la sede di lavoro, l'85,2% opera in Centri di Salute Mentale (CSM; $n = 52$) e il 14,8% in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC; $n = 9$). Le distribuzioni per professione e sede di lavoro sono illustrate nella Figura 1.

Figura 1. Distribuzione del campione per professione (A) e sede di lavoro (B)



Nota. N = 61. CSM = Centro di Salute Mentale; SPDC = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche e professionali del campione (N = 61)

Variabile	Categoria	N	%
Sesso	Femminile	44	72,1
	Maschile	17	27,9
Fascia d'età (anni)	22–27	2	3,3
	28–33	3	4,9
	34–39	2	3,3
	40–45	5	8,2
	46–51	10	16,4
	52–57	24	39,3
	58–63	11	18,0
	≥ 64	4	6,6
Titolo di studio	Laurea triennale	18	29,5
	Laurea magistrale	19	31,1
	Specializzazione medica	12	19,7
	Master universitario	9	14,8
	Altro	3	4,9
Professione	Infermiere/a	42	68,9
	Medico psichiatra	19	31,1
Sede di lavoro	CSM	52	85,2
	SPDC	9	14,8

Caratteristiche lavorative

L'anzianità complessiva nel settore della salute mentale presenta una media di 197,6 mesi (DS = 120,1; range 12–379), pari a circa 16 anni e mezzo. L'anzianità presso la sede attuale è in media di 126,5 mesi (DS = 98,35; range 12–340). Le ore lavorative settimanali hanno una media di 35,30 (DS = 7,54; range 18–48).

Tabella 2. Statistiche descrittive delle variabili lavorative continue (N = 61)

Variabile	Media (DS)	Range
Mesi di lavoro in salute mentale	197,6 (120,1)	12–379
Mesi di anzianità nella sede attuale	126,5 (98,35)	12–340
Ore lavorative settimanali	35,30 (7,54)	18–48

Nota. DS = deviazione standard.

Formazione e supervisione negli ultimi tre anni

Solo il 32,8% dei partecipanti ha effettuato formazione sulla relazione terapeutica (n = 20), il 37,7% sulla gestione delle emozioni (n = 23), il 14,8% sulla comunicazione empatica (n = 9) e il 9,8% sulla salute mentale dei professionisti (n = 6). Complessivamente, il 55,7% ha partecipato ad almeno un'attività formativa nel triennio (n = 34), mentre il 44,3% non ha effettuato alcuna formazione (n = 27). La supervisione clinica è presente per il 65,6% del campione (n = 40).

Tabella 3. Partecipazione ad attività formative e supervisione negli ultimi tre anni (N = 61)

Tipo di formazione / supporto	Sì – N (%)	No – N (%)
Relazione terapeutica	20 (32,8%)	41 (67,2%)
Gestione delle emozioni	23 (37,7%)	38 (62,3%)
Comunicazione empatica	9 (14,8%)	52 (85,2%)
Salute mentale dei professionisti	6 (9,8%)	55 (90,2%)
Almeno una formazione (totale)	34 (55,7%)	27 (44,3%)
Supervisione clinica	40 (65,6%)	20 (32,8%)

3.2 Distribuzione delle variabili psicologiche e professionali

Distress psicologico (K10)

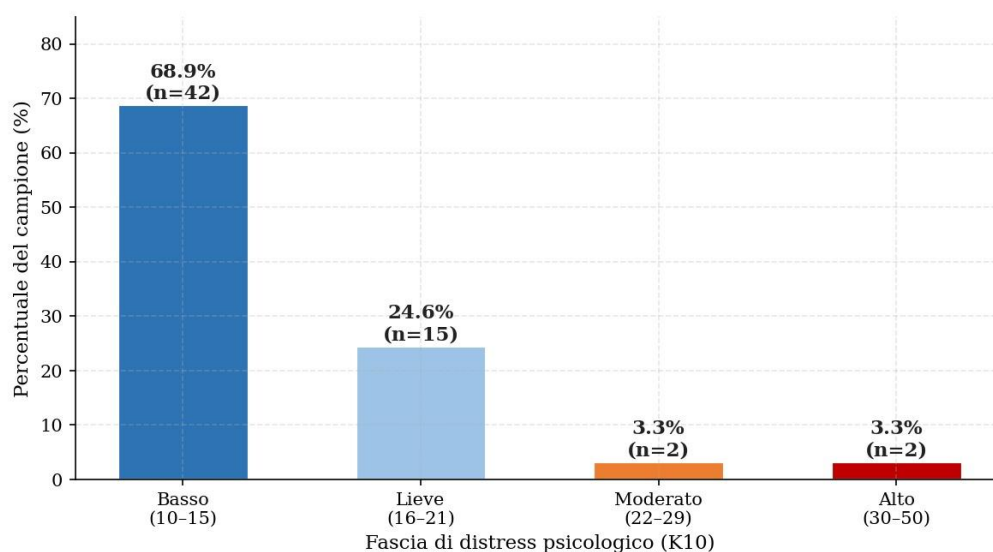
Il punteggio medio del K10 è risultato pari a 16,69 (DS = 4,99; range 11–33). Classificando i partecipanti secondo i cut-off clinici, il 68,9% si colloca nella fascia di basso distress (punteggio 10–15), il 24,6% nella fascia lieve (16–21), il 3,3% nella fascia moderata (22–29) e il 3,3% nella fascia alta (30–50). La distribuzione è illustrata nella *Figura 2*.

Tabella 4. Distribuzione dei livelli di distress psicologico (N = 61)

Fascia K10	Range punteggi	N	%
Basso	10–15	42	68,9
Lieve	16–21	15	24,6
Moderato	22–29	2	3,3
Alto	30–50	2	3,3

Nota. M = 16,69; DS = 4,99; range = 11–33.

Figura 2. Distribuzione dei livelli di distress psicologico secondo i cut-off del K10 (N = 61)



Nota. K10 = Kessler Psychological Distress Scale. M = 16,69; DS = 4,99.

Engagement lavorativo (UWES)

Il punteggio totale dell'UWES-9 presenta una media di 35,89 (DS = 6,47; range 26–52). Tra le sottoscale, la dedication registra il valore più elevato (M = 12,66; DS = 2,69; range 6–18), seguita dall'absorption (M = 11,82; DS = 2,55; range 8–18) e dal vigor (M = 11,41; DS = 2,58; range 7–18).

Tabella 5. Statistiche descrittive dell'engagement lavorativo (UWES-9; N = 61)

Sottoscala	Media	DS	Range
Vigore (Vigor)	11,41	2,58	7–18
Dedizione (Dedication)	12,66	2,69	6–18
Assorbimento (Absorption)	11,82	2,55	8–18
UWES Totale	35,89	6,47	26–52

Nota. DS = deviazione standard.

Conoscenza della salute mentale (MAKS) e disponibilità al contatto (RIBS)

Il punteggio medio della MAKS è risultato pari a 22,64 (DS = 1,99; range 19–27). Il punteggio medio della RIBS è risultato pari a 15,30 (DS = 3,27; range 5–20). Le statistiche descrittive di tutte le variabili principali sono riepilogate nella *Tabella 6*.

Tabella 6. Statistiche descrittive delle variabili psicologiche principali (N = 61)

Variabile	Media	DS	Range	Shapiro-Wilk p
K10 Totale	16,69	4,99	11–33	< .05
UWES – Vigor	11,41	2,58	7–18	< .05
UWES – Dedication	12,66	2,69	6–18	< .05
UWES – Absorption	11,82	2,55	8–18	< .05
UWES Totale	35,89	6,47	26–52	< .05
MAKS Totale	22,64	1,99	19–27	< .05
RIBS Totale	15,30	3,27	5–20	< .05

Nota. DS = deviazione standard. K10 = Kessler Psychological Distress Scale; UWES = Utrecht Work Engagement Scale; MAKS = Mental Health Knowledge Schedule; RIBS = Reported and Intended Behaviour Scale. $p < .05$ al test di Shapiro-Wilk indica deviazione dalla normalità per tutte le variabili.

3.3 Analisi delle ipotesi di ricerca

Le analisi inferenziali sono state condotte secondo l'ordine logico-progressivo delle ipotesi di ricerca. Data la prevalente non-normalità delle distribuzioni, è stato utilizzato il coefficiente di Spearman (ρ) per le analisi correlazionali e modelli di regressione lineare semplice e multipla per le analisi predittive e di moderazione.

3.3.1 Ipotesi 1 – Struttura interna dell'engagement lavorativo

L'ipotesi prevede che le tre dimensioni dell'UWES — vigor, dedication e absorption — siano positivamente correlate tra loro. Le analisi di correlazione di Spearman evidenziano correlazioni positive e statisticamente significative tra tutte le coppie di sottoscale: vigor–dedication ($\rho = 0,613$; $p < .001$), vigor–absorption ($\rho = 0,457$; $p < .001$) e dedication–absorption ($\rho = 0,504$; $p < .001$). I risultati sono riportati nella Tabella 7.

Tabella 7. Correlazioni tra le dimensioni dell'engagement lavorativo (Spearman ρ ; N = 61)

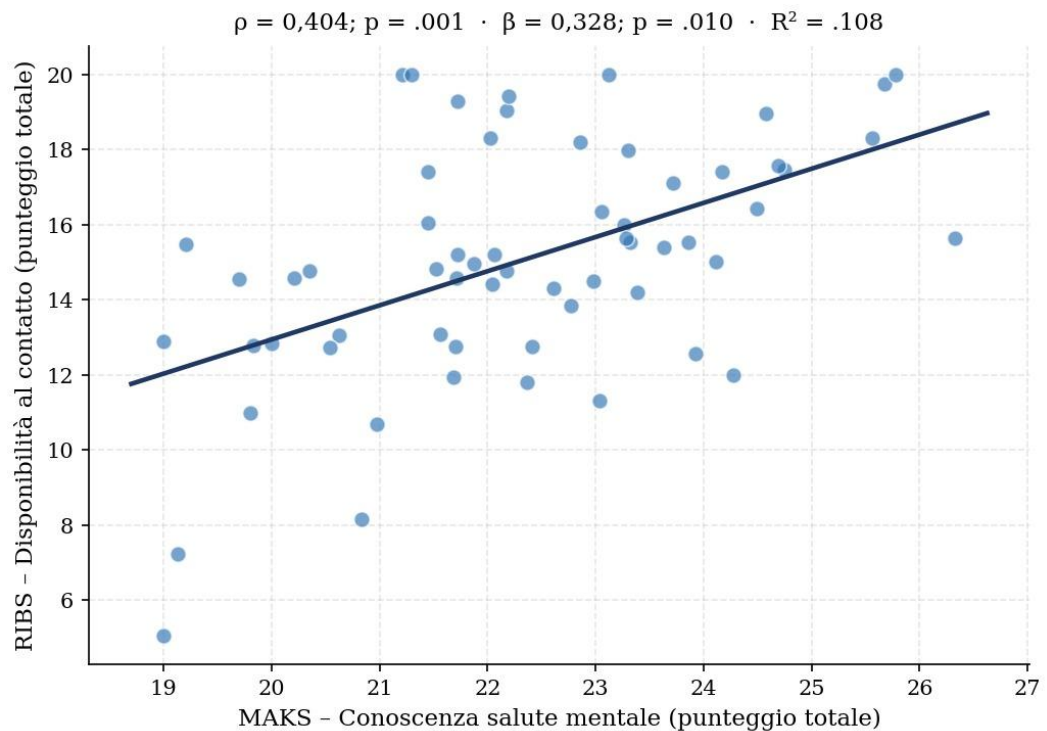
Sottoscala	Vigor	Dedication	Absorption
Vigor	—	0,613***	0,457***
Dedication		—	0,504***
Absorption			—

Nota. *** $p < .001$. Coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ).

3.3.2 Ipotesi 2 – Conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto

L'ipotesi prevede che livelli più elevati di conoscenza (MAKS) siano associati a una maggiore disponibilità al contatto (RIBS) e che la conoscenza ne costituisca un predittore significativo. L'analisi di correlazione di Spearman evidenzia una correlazione positiva e statisticamente significativa tra MAKS e RIBS ($\rho = 0,404$; $p = .001$). La regressione lineare semplice con la RIBS come variabile dipendente e la MAKS come predittore produce un modello significativo ($F(1,59) = 7,137$; $p = .010$), spiegando il 10,8% della varianza della RIBS ($R^2 = 0,108$; R^2 corretto = 0,093); il coefficiente standardizzato risulta $\beta = 0,328$ ($p = .010$). La relazione tra le due variabili è illustrata nella Figura 3. I risultati della regressione sono riportati nella Tabella 8.

Figura 3. Relazione tra conoscenza della salute mentale (MAKS) e disponibilità al contatto (RIBS)



Nota. $N = 61$. La retta rappresenta la regressione lineare ($\beta = 0,328$; $p = .010$; $R^2 = .108$). $\rho = 0,404$; $p = .001$ (Spearman). MAKS = Mental Health Knowledge Schedule; RIBS = Reported and Intended Behaviour Scale.

Tabella 8. Regressione lineare semplice: MAKS come predittore della RIBS ($N = 61$)

Predittore	β	p	R^2	R^2 corretto	F
MAKS Totale	0,328	.010	0,108	0,093	$F(1,59) = 7,137$; $p = .010$

Nota. β = coefficiente standardizzato.

3.3.3 Ipotesi 3 – Distress psicologico, engagement lavorativo e disponibilità al contatto

L'ipotesi prevede che livelli più elevati di engagement siano associati a minore distress e maggiore disponibilità al contatto. Le analisi di correlazione di Spearman evidenziano una correlazione negativa significativa tra distress ed engagement (K10–UWES: $\rho = -0,405$; $p = .001$), tra distress e disponibilità al contatto (K10–RIBS: $\rho = -0,340$; $p = .007$) e una correlazione positiva significativa tra engagement e disponibilità al contatto (UWES–RIBS: $\rho = 0,354$; $p = .005$). I risultati sono riportati nella *Tabella 9*.

Tabella 9. Correlazioni tra distress, engagement e disponibilità al contatto (Spearman ρ ; N = 61)

	K10	UWES	RIBS
K10	—	-0,405**	-0,340**
UWES		—	0,354**
RIBS			—

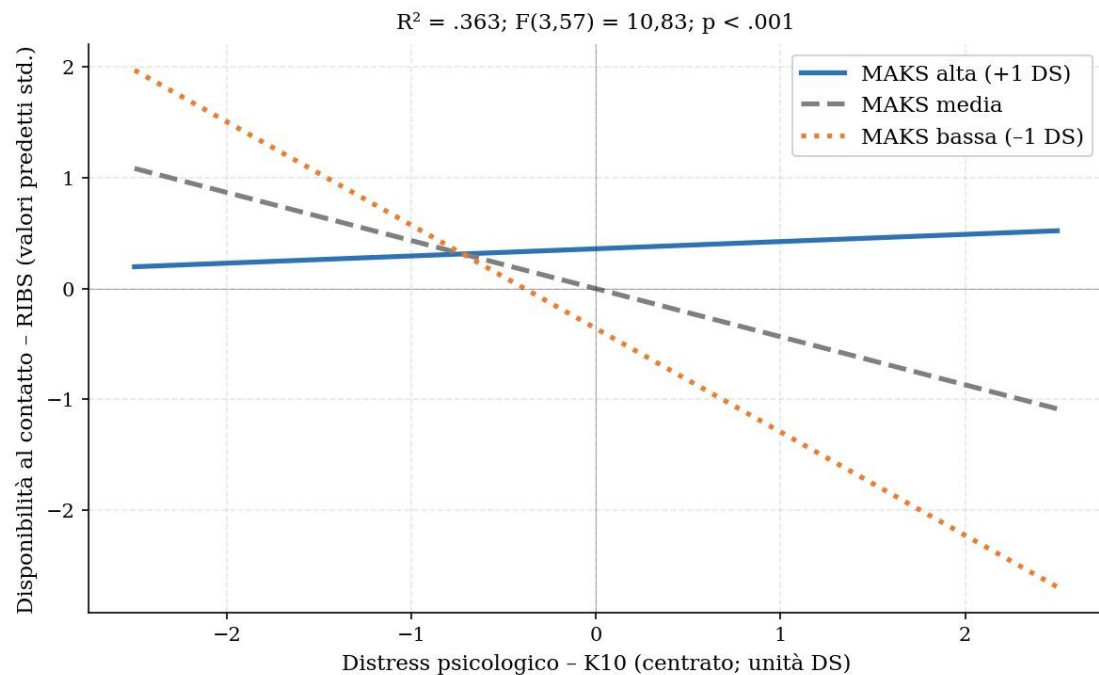
Nota. ** $p < .01$. K10 = Kessler Psychological Distress Scale; UWES = Utrecht Work Engagement Scale; RIBS = Reported and Intended Behaviour Scale.

3.3.4 Ipotesi 4 – Ruolo moderatore della conoscenza nella relazione tra distress e stigma

L'ipotesi prevede che la conoscenza della salute mentale (MAKS) moderi la relazione tra distress psicologico (K10) e disponibilità al contatto (RIBS). Prima dell'analisi, le variabili continue sono state centrate rispetto alla media. La regressione lineare multipla con K10 centrato, MAKS centrata e termine di interazione $K10 \times MAKS$ come predittori della RIBS produce un modello significativo ($R^2 = 0,363$; $F(3,57) = 10,83$; $p < .001$). Il K10 risulta negativamente associato alla RIBS ($\beta = -0,434$; $p < .001$), la MAKS positivamente ($\beta = 0,360$; $p < .001$) e il termine di interazione $K10 \times MAKS$ risulta statisticamente significativo ($\beta = 0,499$; $p < .001$), suggerendo che livelli più elevati di conoscenza sembrano attenuare l'associazione negativa tra distress e disponibilità al contatto.

L'effetto è illustrato nella *Figura 4*. I risultati sono riportati nella *Tabella 10*.

Figura 4. Effetto moderatore della conoscenza (MAKS) nella relazione tra distress (K10) e disponibilità al contatto (RIBS)



Nota. $N = 61$. Le linee rappresentano i valori predetti della RIBS a tre livelli della MAKS: alta (+1 DS), media (0) e bassa (-1 DS). Le variabili sono espresse in unità DS centrate. $R^2 = .363$; $F(3,57) = 10,83$; $p < .001$.

Tabella 10. Analisi di moderazione: MAKS come moderatore della relazione K10 → RIBS ($N = 61$)

Predittore	β	p
K10 (centrato)	-0,434	< .001
MAKS (centrata)	0,360	< .001
K10 × MAKS (interazione)	0,499	< .001

Nota. $R^2 = 0,363$; $F(3,57) = 10,83$; $p < .001$ β = coefficiente standardizzato; Le variabili continue sono state centrate rispetto alla media prima dell'analisi.

4 DISCUSSIONE

4.1 Ipotesi 1 – Struttura interna dell'engagement lavorativo

I risultati relativi all'Ipotesi 1 mostrano correlazioni positive e statisticamente significative tra tutte e tre le dimensioni dell'UWES-9 nel campione esaminato. La coppia *vigor–dedication* presenta la correlazione più elevata ($\rho = 0,613$; $p < .001$), seguita da *dedication–absorption* ($\rho = 0,504$; $p < .001$) e da *vigor–absorption* ($\rho = 0,457$; $p < .001$). Questi valori confermano che le tre sottoscale non misurano dimensioni indipendenti ma componenti tra loro connesse di un unico costrutto, in linea con quanto previsto dall'ipotesi e con la struttura del modello teorico di riferimento.

Sul piano del confronto con la letteratura internazionale, i coefficienti ottenuti risultano coerenti con i valori di norma riportati negli studi di validazione dell'UWES. Schaufeli, Bakker e Salanova, nel lavoro di sviluppo della versione breve dello strumento condotto su un campione di 14.521 lavoratori provenienti da 10 paesi, hanno documentato che le correlazioni tra i punteggi osservati delle sottoscale superano tipicamente il valore di .65, mentre le correlazioni tra le variabili latenti si collocano tra .80 e .90 (W. B. Schaufeli et al. 2006). I valori osservati nel presente studio (compresi tra .457 e .613) risultano leggermente inferiori alla soglia di .65 indicata per le versioni con più item, il che è comunque metodologicamente atteso trattandosi della versione a 9 item e di un campione di dimensioni relativamente contenute ($N = 61$). È stato infatti osservato, in diverse validazioni dello strumento, che le versioni più brevi tendono a produrre correlazioni tra sottoscale più variabili rispetto alla versione a 17 item, pur mantenendo la struttura trifattoriale correlata (W. B. Schaufeli et al. 2006). Va aggiunto che le correlazioni tra punteggi osservati includono per definizione una quota di errore di misura, il che le rende sistematicamente più basse rispetto a quelle tra costrutti latenti riportate nei modelli di equazioni strutturali.

Un aspetto merita una riflessione specifica: tra le tre coppie di sottoscale, *vigor* e *dedication* mostrano la correlazione più forte, mentre *vigor* e *absorption* quella più contenuta. Questo andamento è coerente con la posizione teorica secondo cui *vigor* e *dedication* costituiscono le due componenti nucleari dell'engagement, direttamente opposte alle dimensioni centrali del burnout, ossia esaurimento emotivo e cinismo

rispettivamente, mentre *l'absorption* ha una natura più cognitiva e situazionale, ed è pertanto meno strettamente legata alle componenti motivazionali ed energetiche del costrutto (W. B. Schaufeli e Bakker 2004). Lo stesso pattern era già emerso in diversi studi su lavoratori di ambito sanitario, nei quali le correlazioni più alte si osservano costantemente tra *vigor* e *dedication* svolti (García-Iglesias et al. 2021), confermando che queste due dimensioni tendono a co-variare in modo più stretto rispetto all'*absorption*, la quale può essere influenzata anche da fattori contingenti legati alle caratteristiche specifiche dei compiti.

Guardando i punteggi medi delle tre sottoscale, emerge che nel campione esaminato, la dimensione con il valore più alto è la *dedication* ($M = 12,66$; $DS = 2,69$), seguita dall'*absorption* ($M = 11,82$; $DS = 2,55$) e, con il punteggio più basso tra le tre, dal *vigor* ($M = 11,41$; $DS = 2,58$). In altri termini, i professionisti del campione riferiscono di percepire il proprio lavoro come significativo e stimolante in misura maggiore rispetto a quanto si sentano energicamente carichi o immersi nelle attività quotidiane. Questo non significa che *vigor* e *absorption* siano bassi in senso assoluto, infatti i loro valori rimangono nella norma, ma che la dimensione valoriale e identitaria del lavoro prevale sulle altre due nel sostenere il coinvolgimento complessivo.

Un profilo simile è stato osservato in diversi studi su operatori sanitari. In una ricerca condotta su infermieri iraniani, la *dedication* è risultata la sottoscala con il valore più alto anche lì, e gli autori hanno interpretato questo dato come espressione di una motivazione legata al senso di appartenenza alla professione, che tende a mantenersi solida anche quando le energie fisiche o la concentrazione nelle singole attività possono risultare ridotte (Torabinia et al. 2017). È plausibile che nelle professioni di cura (in particolare in quelle della salute mentale) il motore principale del coinvolgimento lavorativo non sia tanto l'energia nel momento, quanto la percezione di svolgere un lavoro che ha valore e che fa la differenza per le persone assistite. Analogamente, in uno studio su infermieri spagnoli condotto su un campione di 1.704 professionisti, la *dedication* è emersa come la dimensione più solida nel predire l'assenza di distress psicologico (García-Iglesias et al. 2021), suggerendo che il senso di significato attribuito al proprio lavoro rappresenti un fattore protettivo rispetto al disagio anche in contesti ad alta pressione lavorativa.

Nel contesto specifico degli infermieri e medici psichiatrici, il profilo *dedication*-dominante assume un significato clinico particolare. In uno studio condotto su 309 infermieri psichiatrici giapponesi, è stato dimostrato mediante modelli di equazioni strutturali che l'engagement lavorativo è direttamente associato a migliori outcome di salute mentale dei professionisti stessi e a una minore intenzione di abbandonare la professione, con la qualità dell'ambiente di cura e la capacità di job crafting come principali determinanti (Kato et al. 2023). Questi risultati suggeriscono che, nei contesti psichiatrici, il coinvolgimento lavorativo non dipende soltanto da fattori organizzativi ma è radicato in una dimensione motivazionale profonda, che nei professionisti con esperienza (come nel campione del presente studio, con una media di circa 16 anni di servizio) tende a stabilizzarsi attorno al senso del ruolo e alla percezione di contribuire concretamente al benessere dell'utenza. Questo spiegherebbe perché, anche in un campione che riporta livelli non trascurabili di distress psicologico, i livelli di *dedication* rimangano relativamente elevati rispetto alle componenti energetica e cognitiva dell'engagement.

Nel complesso, i risultati dell'Ipotesi 1 confermano la coerenza interna dell'UWES-9 nel campione di professionisti della salute mentale esaminato e supportano l'utilizzo del punteggio totale come indicatore sintetico del livello complessivo di engagement nelle analisi successive. Il profilo descrittivo emerso, con *dedication* come dimensione predominante, offre inoltre una prima chiave interpretativa del modo in cui l'engagement si struttura in questo specifico contesto professionale, suggerendo che il sostegno al coinvolgimento lavorativo nei servizi di salute mentale debba passare prima di tutto attraverso il rafforzamento del senso di significato del ruolo professionale. Sul piano operativo, questo orientamento trova applicazione concreta in interventi come la supervisione clinica riflessiva (già presente nel 65,6% del campione) e in percorsi formativi centrati non soltanto sulle competenze tecniche ma sull'elaborazione del significato del lavoro di cura, strumenti che la letteratura indica come efficaci nel sostenere la *dedication* anche in contesti ad alta pressione lavorativa (Kato et al. 2023).

4.2 Ipotesi 2 – Conoscenza della salute mentale e disponibilità al contatto

Associazione tra conoscenza e disponibilità al contatto

L'analisi di correlazione di Spearman ha evidenziato un'associazione positiva e statisticamente significativa tra conoscenza della salute mentale (MAKS) e disponibilità al contatto (RIBS) ($\rho = 0.404$; $p = .001$). Il risultato supporta l'ipotesi di partenza ed è in linea con la letteratura sul ruolo della *mental health literacy* nel mitigare lo stigma. I professionisti con una comprensione più solida dei disturbi mentali, infatti, mostrano una maggiore apertura relazionale. Avere una visione corretta del disagio psichico permette di abbattere le false credenze e di smantellare stereotipi come la pericolosità o l'imprevedibilità del paziente; è proprio questa decostruzione dei pregiudizi il meccanismo principale attraverso cui una maggiore conoscenza riesce a ridurre la distanza sociale (Anthony F. Jorm 2012). Questo dato è coerente con quanto osservato nel campione di validazione italiana della MAKS, in cui correlazioni di entità analoga sono emerse tra conoscenza e misure di distanza sociale in operatori sanitari italiani (Luca Pingani et al. 2019).

Un elemento di particolare rilievo è che l'associazione si manifesta in un campione di professionisti con una media di circa sedici anni di esperienza nel settore, dunque già esposti per definizione a un contatto quotidiano con persone con disagio psichico. Questo dato mette in discussione l'idea che la sola anzianità di servizio e l'esposizione professionale siano sufficienti a ridurre lo stigma comportamentale. La letteratura ha ampiamente documentato il cosiddetto *contact paradox*: il contatto professionale prolungato non garantisce automaticamente atteggiamenti più inclusivi, e può anzi consolidare stereotipi anziché attenuarli (Pattyn et al. 2013), soprattutto quando la formazione clinica non è orientata a contrastare esplicitamente gli atteggiamenti discriminatori (Knaak et al. 2017). Il fatto che, nonostante questa omogeneità di esposizione, la conoscenza continui a differenziare i professionisti nella loro disponibilità al contatto suggerisce che la qualità della conoscenza, e non la sola quantità di anni di servizio, sia il fattore rilevante.

Sul piano metodologico, la natura trasversale del disegno non consente di stabilire la direzione causale della relazione. Non è possibile escludere che professionisti con

maggior apertura relazionale siano anche più motivati ad aggiornare e approfondire la propria conoscenza nel tempo, configurando una relazione bidirezionale. Entrambe le scale sono inoltre basate sull'autodichiarazione: è stato documentato come le risposte a domande sulla disponibilità al contatto tendano a sovrastimare l'apertura relazionale effettiva in contesti in cui l'orientamento anti-stigma è normativamente atteso (Henderson et al. 2012) e il presente campione (operatori di servizi psichiatrici pubblici) rientra tipicamente in questa categoria.

La conoscenza come predittore della disponibilità al contatto

Il modello di regressione lineare semplice ha confermato che la MAKES non è solo associata alla RIBS, ma ne costituisce un predittore statisticamente significativo ($F(1,59) = 7.137$; $p = .010$; $\beta = 0.328$; $R^2 = 0.108$; R^2 corretto = 0.093). Il modello spiega circa il 10.8% della varianza della disponibilità al contatto: un effetto classificabile come moderato, coerente con quanto atteso in un comportamento complesso come la disponibilità al contatto, influenzato anche da fattori emotivi, esperienziali e organizzativi che la sola conoscenza non può esaurire (Cohen 2009). Il valore predittivo residuo (circa il 90% della varianza non spiegata) è interpretabile come indicatore della complessità del fenomeno piuttosto che come limite del predittore: la conoscenza contribuisce in modo robusto e indipendente, ma è uno dei molteplici fattori in gioco.

Il punteggio totale della MAKES presenta tuttavia un limite: non permette di distinguere la natura delle conoscenze acquisite. È stato infatti osservato che le spiegazioni puramente biogenetiche, pur aiutando a riconoscere la malattia come una reale condizione medica, possono paradossalmente rinforzare lo stigma legato alla pericolosità. Al contrario, un inquadramento di tipo psicosociale tende a favorire atteggiamenti più aperti e inclusivi (O'Keeffe et al. 2016). È plausibile che all'interno del campione coesistano professionisti con punteggi MAKES simili, ma con modelli di riferimento differenti (ad esempio di stampo prettamente biomedico o, al contrario, psicosociale). Questa eterogeneità qualitativa potrebbe aver limitato la capacità predittiva del questionario osservata nel nostro modello. Per questo motivo, gli studi futuri dovrebbero valutare la natura delle conoscenze acquisite come una variabile indipendente, distinta dalla sua mera quantificazione.

Il ruolo predittivo della conoscenza acquista un significato interpretativo ulteriore alla luce dell'analisi di moderazione presentata nell'Ipotesi 4, in cui la MAKES modera la relazione tra distress psicologico e stigma comportamentale (termine di interazione $\beta = 0.499$; $p < .001$; $R^2 = 0.363$). La conoscenza non agisce dunque solo in modo additivo sulla disponibilità al contatto, ma interagisce con lo stato emotivo del professionista: a parità di distress, chi possiede livelli più elevati di MAKES esprime una minore distanza comportamentale. Questo suggerisce che una buona conoscenza della salute mentale aiuti il professionista a non tradurre il proprio disagio psicologico in atteggiamenti di distanza verso il paziente. Tale evidenza è coerente con i modelli che attribuiscono alle risorse cognitive un ruolo protettivo rispetto agli effetti dello stress sul comportamento professionale (Hobfoll 1989), e suggerisce che investire nella formazione sulla salute mentale non sia rilevante solo per migliorare le competenze cliniche, ma anche per proteggere la qualità relazionale del professionista in condizioni di carico elevato.

Nel complesso, i risultati dell'Ipotesi 2 indicano che la conoscenza della salute mentale rappresenta un predittore significativo e indipendente della disponibilità comportamentale al contatto, con un effetto che persiste anche in un campione professionalmente esperto. Tali evidenze supportano l'utilità di interventi formativi orientati non solo alla trasmissione di nozioni diagnostiche, ma alla decostruzione attiva degli stereotipi e alla promozione di modelli esplicativi psicosociali: è stato mostrato che i programmi di *contact-based education* producono effetti più robusti e duraturi rispetto ai soli interventi informativi (Corrigan et al. 2012). Un dato rilevante in questa prospettiva è che, nel presente campione, la semplice partecipazione a percorsi formativi negli ultimi tre anni non risulta associata a livelli significativamente più elevati di conoscenza sulla salute mentale. Questo suggerisce che non sia la quantità di formazione ricevuta a fare la differenza, ma la sua tipologia e qualità: interventi strutturati attorno al contatto diretto con persone con esperienza di disturbo mentale, piuttosto che alla sola trasmissione di informazioni, potrebbero essere più efficaci nel tradursi in una conoscenza che modifica concretamente gli atteggiamenti comportamentali. Infine, il dato di moderazione emerso nell'Ipotesi 4 suggerisce che tali interventi potrebbero avere ricadute positive non solo sugli atteggiamenti verso i pazienti, ma anche sulla capacità del professionista di mantenere un'adeguata apertura relazionale nelle fasi di maggiore carico psicologico.

4.3 Ipotesi 3 – Distress psicologico, engagement lavorativo e disponibilità al contatto

Prima di discutere le relazioni tra le variabili, appare opportuno considerare il profilo del distress nel campione, in quanto esso costituisce la variabile su cui convergono entrambe le associazioni investigate nell'ipotesi. Il punteggio medio al K10 è risultato pari a 16,69 (DS = 4,99), con il 68,9% dei professionisti collocato nella fascia di basso distress (punteggi 10–15), il 24,6% nella fascia lieve (16–21) e una minoranza nella fascia moderata o alta (6,6%). Questo quadro è coerente con quanto riportato in letteratura per professionisti della salute mentale in contesti europei, in cui i livelli medi di distress risultano generalmente contenuti ma non trascurabili, con distribuzioni tipicamente asimmetriche verso le fasce più basse della scala (Morse et al. 2012). La prevalenza relativamente bassa di distress clinicamente rilevante nel campione può riflettere, almeno in parte, una selezione professionale nel tempo, con i professionisti più vulnerabili che tendono ad abbandonare il settore precocemente, nonché l'effetto protettivo di una lunga esperienza (circa 16 anni in media) che favorisce lo sviluppo di strategie adattive di gestione del carico emotivo (Happell et al. 2003). Tuttavia, la presenza di quasi un terzo del campione in fasce di distress lieve o superiore conferma che il fenomeno mantiene una rilevanza clinica e organizzativa concreta, e giustifica l'analisi delle sue relazioni con l'engagement e con gli atteggiamenti verso l'utenza.

Associazione tra Distress ed Engagement

La correlazione negativa tra distress ed engagement (K10–UWES: $\rho = -0,405$; $p = .001$) rappresenta il risultato più robusto dell'ipotesi in termini di ampiezza dell'effetto, confermando la relazione inversa tra le due dimensioni. Questo dato è pienamente coerente con il modello delle Domande e Risorse Lavorative (*Job Demands-Resources, JD-R*) (W. B. Schaufeli e Bakker 2004), secondo cui le risorse lavorative e personali, di cui l'engagement è sia espressione che veicolo, riducono l'impatto delle domande lavorative sul benessere psicologico. La correlazione osservata è coerente con l'ipotesi che il disagio psicologico si associ a una riduzione progressiva delle componenti costitutive dell'engagement: l'energia e la resistenza mentale proprie del *vigor*, il senso di significato tipico della *dedication* e la capacità di immersione propria dell'*absorption*. Questo processo è stato descritto come un esaurimento delle risorse personali che precede

e anticipa il burnout clinicamente manifesto (Hakanen et al. 2008). È rilevante osservare che, in raccordo con quanto emerso nell'ipotesi 1, la quale ha dimostrato la solidità strutturale dell'engagement come costrutto unitario (ρ vigor–dedication = 0,613; ρ vigor–absorption = 0,457; ρ dedication–absorption = 0,504), la relazione negativa con il distress non si concentra su una singola dimensione, ma interessa presumibilmente l'architettura complessiva del costrutto, rendendo l'intervento più complesso e al contempo più necessario.

Associazione tra Engagement e Disponibilità al contatto

La correlazione positiva tra engagement e disponibilità al contatto (UWES–RIBS: $\rho = 0,354$; $p = .005$) costituisce il risultato più rilevante dal punto di vista clinico-relazionale. Essa indica che i professionisti più coinvolti, energici e motivati nel lavoro tendono a manifestare una maggiore apertura nei confronti delle persone con disagio psichico. Questo legame può essere interpretato attraverso più chiavi di lettura. In primo luogo, l'engagement risulta associato a una forte motivazione personale verso il proprio lavoro, che si riflette positivamente anche nella qualità della relazione con i pazienti. In secondo luogo, un professionista engaged mantiene con maggiore probabilità una rappresentazione della persona con disturbo mentale come interlocutore attivo, contrastando meccanismi di oggettivazione o distanza sociale. La letteratura sull'effetto del contatto nella riduzione dello stigma suggerisce che la qualità del coinvolgimento relazionale, e non solo la sua frequenza, costituisce il meccanismo attivo di riduzione dei pregiudizi (Corrigan et al. 2012): un professionista engaged è strutturalmente più portato a costruire quel tipo di contatto che la ricerca identifica come efficace.

Associazione tra Distress e Disponibilità al contatto

La correlazione negativa tra distress e disponibilità al contatto (K10–RIBS: $\rho = -0,340$; $p = .007$), già discussa nell'ipotesi 2, assume in questa sede un significato più ampio. In un'ottica sistemica, è plausibile che il distress agisca sulla disponibilità al contatto non solo in modo diretto, ma anche indirettamente tramite l'engagement. È possibile ipotizzare che parte dell'effetto del distress sulla RIBS sia mediato dall'engagement, ovvero che un professionista in difficoltà psicologica tenda a ridurre il proprio coinvolgimento lavorativo, il che si traduce a sua volta in una minore apertura relazionale verso il paziente. Sebbene il disegno trasversale dello studio non permetta di

testare formalmente un modello di mediazione, le correlazioni osservate supportano pienamente questa ipotesi, offrendo un chiaro spunto per future ricerche.

Rapporto tra Distress, Engagement e Disponibilità al contatto

Nel complesso, i tre valori correlazionali (K10–UWES: $\rho = -0,405$; K10–RIBS: $\rho = -0,340$; UWES–RIBS: $\rho = 0,354$) configurano un sistema di relazioni internamente coerente, interpretabile come un triangolo funzionale in cui distress, engagement e disponibilità al contatto si influenzano reciprocamente. Questa struttura è compatibile con i modelli del benessere occupazionale che descrivono cicli virtuosi o viziosi tra risorse personali, engagement e qualità del lavoro (Bakker e Demerouti 2017). In questo schema, interventi mirati a ridurre il distress producono effetti indiretti sull'engagement e, per suo tramite, sulla disponibilità relazionale; simmetricamente, interventi che promuovano l'engagement possono costituire un fattore protettivo anche rispetto al distress e allo stigma comportamentale. Sul piano organizzativo, ciò suggerisce che i servizi di salute mentale dovrebbero considerare il sostegno al benessere dei propri professionisti non come una misura accessoria ma come una componente strutturale della qualità dell'assistenza. La supervisione clinica, pur essendo garantita al 65,6% del campione, risulta ancora assente per oltre un terzo dei professionisti. Estendere questa pratica a tutto il personale, ad esempio attraverso incontri di équipe a cadenza regolare, offrirebbe uno spazio protetto e fondamentale per l'elaborazione del carico emotivo. Un simile intervento avrebbe benefici diretti non solo sul benessere psicologico dell'operatore, ma sull'intera qualità della relazione terapeutica. (Leiter e Maslach 2009).

Va tuttavia considerato che le entità delle correlazioni osservate, pur significative, rimangono su livelli da medi a moderati (ρ tra 0,340 e 0,405), indicando che le tre variabili condividono una porzione rilevante ma non esaustiva della varianza. Questo residuo inesplicato lascia spazio a variabili non misurate nel presente studio, come caratteristiche organizzative del reparto, qualità delle relazioni collegiali, stili di coping individuali, la cui inclusione in modelli predittivi futuri consentirebbe di affinare la comprensione del fenomeno.

Sul piano metodologico, occorre ribadire che la natura trasversale e correlazionale del disegno di ricerca non consente inferenze causali. La direzione delle relazioni osservate rimane ambigua: è plausibile che l'engagement protegga dal distress e

promuova la disponibilità al contatto, ma è altrettanto possibile che professionisti già caratterizzati da minore distress e da atteggiamenti più aperti tendano a sviluppare e mantenere maggiori livelli di engagement. Studi longitudinali condotti in ambito sanitario indicano che le relazioni tra benessere psicologico ed engagement sono probabilmente bidirezionali e auto-rinforzanti nel tempo (Xanthopoulou et al. 2009). Questa considerazione ha implicazioni concrete per la progettazione di interventi: non è sufficiente agire su un singolo nodo del sistema, ma è necessario considerare l'interazione tra le variabili e il contesto organizzativo in cui esse si sviluppano.

4.4 Ipotesi 4 – Ruolo della conoscenza nella relazione tra distress e stigma

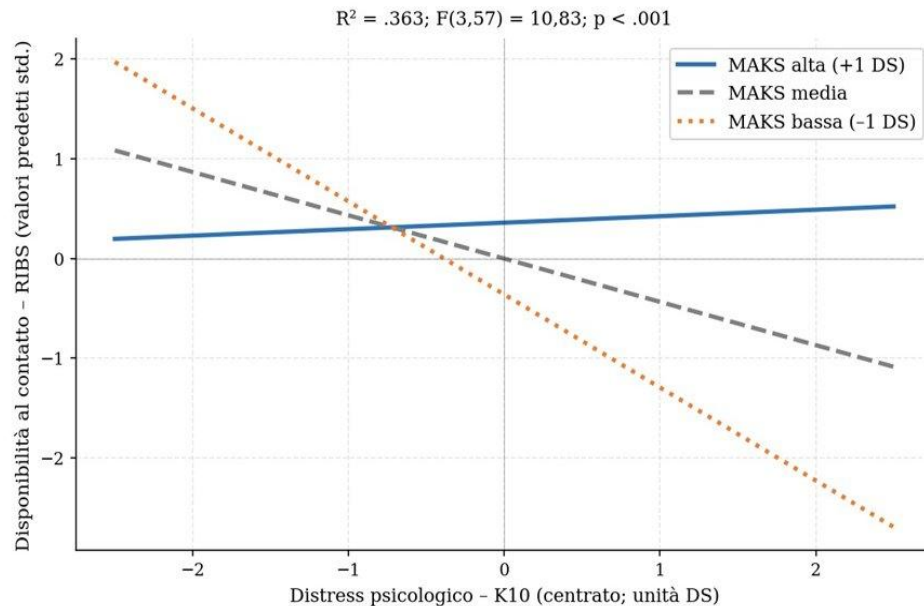
La quarta ipotesi ha esaminato se la conoscenza sulla salute mentale (MAKS) moderasse la relazione tra distress psicologico (K10) e disponibilità al contatto (RIBS). Il modello di regressione lineare multipla, con K10 centrato, MAKS centrata e termine di interazione $K10 \times MAKS$ come predittori, è risultato globalmente significativo ($R^2 = 0,363$; $F(3,57) = 10,83$; $p < .001$), spiegando il 36,3% della varianza nella disponibilità al contatto. I risultati sono riportati nella *Tabella 10* e illustrati nella *Figura 4*.

Tabella 10. Analisi di moderazione: MAKS come moderatore della relazione $K10 \rightarrow RIBS$ (N = 61)

Predittore	β	p
K10 (centrato)	-0,434	< .001***
MAKS (centrata)	0,360	< .001***
$K10 \times MAKS$ (interazione)	0,499	< .001***
$R^2 = 0,363$ $F(3,57) = 10,83$ $p < .001$		

Nota. β = coefficiente standardizzato. *** $p < .001$. Le variabili continue sono state centrate rispetto alla media prima dell'analisi.

Figura 4. Effetto moderatore della conoscenza (MAKS) nella relazione tra distress (K10) e disponibilità al contatto (RIBS)



Nota. $N = 61$. Le linee rappresentano i valori predetti della RIBS a tre livelli della MAKS: alta (+1 DS), media (0) e bassa (-1 DS). Le variabili sono espresse in unità DS centrate. $R^2 = .363$; $F(3,57) = 10,83$; $p < .001$.

Gli effetti principali replicano e rafforzano quanto già emerso nelle ipotesi precedenti: il distress è risultato negativamente associato alla disponibilità al contatto ($\beta = -0,434$; $p < .001$), in linea con la correlazione documentata nell'Ipotesi 3 ($\rho = -0,340$; $p = .007$), mentre la conoscenza ha mostrato un'associazione positiva significativa ($\beta = 0,360$; $p < .001$), coerente con i risultati dell'Ipotesi 2 ($\rho = 0,404$; $p = .001$). Ciò che distingue l'Ipotesi 4 è il termine di interazione.

Il termine $K10 \times MAKS$ è risultato significativo ($\beta = 0,499$; $p < .001$), con il coefficiente standardizzato più elevato del modello, confermando la presenza dell'effetto di moderazione. Un valore positivo del termine di interazione indica che l'associazione negativa tra distress e disponibilità al contatto si attenua all'aumentare del livello di conoscenza: a parità di distress, i professionisti con punteggi più elevati alla MAKS esprimono una maggiore apertura comportamentale rispetto ai colleghi con minore conoscenza. Come illustra la *Figura 4*, la linea corrispondente alla MAKS alta (+1 DS) è quasi piatta, indicando che il distress perde gran parte del suo effetto inibitorio sulla disponibilità al contatto, mentre la MAKS bassa (-1 DS) mostra la pendenza negativa più accentuata. I dati sono compatibili con l'ipotesi che la conoscenza svolga una funzione di buffer cognitivo, attenuando l'associazione tra il disagio psicologico e gli atteggiamenti di distanza verso le persone con disturbo mentale.

Questo pattern si colloca coerentemente nel quadro del modello *Conservation of Resources* (COR), secondo cui le risorse individuali, tra cui quelle di natura cognitiva e competenziale, attenuano l'impatto dello stress sugli esiti comportamentali e relazionali, fungendo da riserva cui attingere nei momenti di difficoltà. In questa prospettiva, una solida conoscenza della salute mentale costituisce una risorsa che il professionista può mobilitare quando il proprio equilibrio psicologico è sotto pressione, preservando la qualità degli atteggiamenti verso l'utenza anche in condizioni di elevato carico emotivo (Hobfoll 1989).

Sul versante specifico dello stigma, il risultato è coerente con i modelli teorici che distinguono tra componenti cognitive (stereotipi), affettive (pregiudizio) e comportamentali (discriminazione) (Corrigan e Watson 2002). La componente cognitiva, ossia le rappresentazioni della malattia mentale, può essere modificata attraverso la formazione e, a propria volta, influenza le risposte comportamentali. Traslando questo costrutto sui risultati del presente studio, il dato di moderazione suggerisce che qualcosa di analogo avvenga rispetto all'influenza del distress: la conoscenza non riduce il disagio psicologico soggettivo, ma ne limita la capacità di tradursi in comportamenti stigmatizzanti. Un professionista informato sembra in grado di tenere separato il proprio stato emotivo dal giudizio verso il paziente, laddove chi dispone di minori risorse cognitive corre il rischio che il distress orienti, anche inconsapevolmente, la qualità della relazione clinica.

Questi risultati si raccordano con la letteratura sugli atteggiamenti dei professionisti della salute mentale. È stato documentato che pregiudizi e distanza sociale sono presenti anche tra psichiatri e infermieri, con pattern parzialmente sovrapponibili a quelli della popolazione generale (Nordt et al. 2006). Il presente studio aggiunge un'importante prospettiva dinamica a questo quadro: le competenze acquisite non si limitano a ridurre lo stigma in modo lineare, ma intervengono direttamente sulla relazione tra stato emotivo e pratica professionale. I medici e i professionisti con una maggiore preparazione in salute mentale sviluppano infatti una resilienza specifica: riescono ad arginare l'impatto del distress sul proprio comportamento lavorativo, anche quando il loro livello di disagio soggettivo rimane invariato.

Sul piano delle implicazioni pratiche, questo risultato rafforza il razionale per investire nella formazione continua come fattore di protezione della qualità relazionale, e non soltanto come mero aggiornamento clinico. In letteratura è stato infatti ampiamente dimostrato che i programmi basati sul contatto diretto riducono lo stigma pubblico più efficacemente dei soli interventi educativi negli adulti (Corrigan et al. 2012). Traslando questa evidenza al contesto sanitario, è plausibile ipotizzare che tali approcci esperienziali abbiano ricadute positive dirette anche sulla capacità del professionista di mantenere un'adeguata apertura relazionale in condizioni di stress elevato. Sostenere una formazione strutturata e basata sul contatto diventa quindi, a tutti gli effetti, una forma di tutela della qualità dell'incontro clinico.

La rilevanza clinica di questo risultato si lega ai meccanismi descritti nella letteratura sul burnout. Il distress occupazionale cronico si associa a un progressivo aumento della distanza emotiva verso il paziente, definita come depersonalizzazione, attuata come strategia inconsapevole di protezione (Maslach e Leiter 2008). Sulla base di ciò, è plausibile che la conoscenza possa interrompere tale circuito: il professionista dotato di strumenti cognitivi adeguati a interpretare il disagio del paziente potrebbe essere meno esposto alla tentazione di gestire il proprio stress attraverso la distanza relazionale. Questa ipotesi interpretativa è coerente con il profilo del campione, che presenta elevata esperienza media e livelli generalmente contenuti di distress, ma non è verificabile con un disegno trasversale.

Alcune cautele metodologiche si impongono. Il disegno trasversale non consente inferenze causali: pur essendo il modello teoricamente orientato, non è possibile escludere che il senso di alcune relazioni sia parzialmente inverso o bidirezionale. È plausibile, ad esempio, che professionisti già orientati all'apertura relazionale siano anche più motivati ad aggiornarsi, configurando un ciclo virtuoso piuttosto che una causalità unidirezionale. La stima dei coefficienti in un modello di moderazione è inoltre nota per essere sensibile alla dimensione campionaria: con 61 partecipanti, i valori ottenuti vanno interpretati con prudenza e necessitano di replica su campioni più ampi. Studi futuri con disegni longitudinali potranno verificare se l'effetto protettivo della conoscenza si mantiene nel tempo e si generalizza a contesti organizzativi diversi.

4.5 Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcune limitazioni metodologiche che è necessario considerare nell'interpretazione dei risultati e nella valutazione della loro generalizzabilità.

Il primo limite riguarda la numerosità campionaria. Il campione analizzato è composto da 61 professionisti, una dimensione che, pur avendo consentito di rilevare effetti di entità moderata e ampia, riduce la stabilità delle stime, in particolare nei modelli di regressione multipla e di moderazione, dove il rapporto tra numero di predittori e unità di analisi è più critico. I coefficienti ottenuti su campioni di dimensione ridotta sono più suscettibili di fluttuazione campionaria e necessitano di replica su campioni più ampi per poterne valutare la robustezza.

Un secondo limite è rappresentato dalla natura monocentrica del sottocampione analizzato. I dati utilizzati in questa tesi si riferiscono esclusivamente al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, uno dei tre siti coinvolti nel protocollo multicentrico più ampio, che ha previsto la partecipazione dei Dipartimenti di Modena e Parma. Il confronto tra i diversi centri non è stato oggetto delle presenti analisi. L'omogeneità organizzativa e culturale di un singolo contesto istituzionale può aver limitato la variabilità delle variabili osservate e potrebbe ridurre la generalizzabilità dei risultati a contesti con caratteristiche strutturali o demografiche differenti.

Un terzo limite deriva dal disegno trasversale dello studio. La raccolta dei dati in un unico momento non consente di stabilire relazioni di causalità né di valutare con certezza la direzione delle associazioni osservate. Come già discusso nelle sezioni precedenti, le relazioni tra distress, engagement e disponibilità al contatto sono plausibilmente bidirezionali: è possibile che un elevato distress riduca l'engagement e la disponibilità al contatto, ma è altrettanto plausibile che professionisti già caratterizzati da atteggiamenti più aperti e da maggiore coinvolgimento lavorativo siano nel tempo meno esposti al disagio psicologico. Disegni longitudinali potranno verificare se tali relazioni si mantengono stabili nel tempo e in condizioni organizzative diverse.

Un quarto limite riguarda l'utilizzo esclusivo di strumenti di autovalutazione. Tutte le misure impiegate (K10, UWES-9, MAKS e RIBS) sono questionari autosomministrati,

nei quali le risposte dipendono dalla percezione soggettiva del partecipante e non sono integrate da misure comportamentali osservate o da valutazioni esterne. Questa scelta, coerente con la logica del protocollo e con la prassi consolidata nella ricerca su queste variabili, espone i dati ai limiti tipici del self-report, tra cui la variabilità legata allo stato emotivo al momento della compilazione e la possibilità di sovrastima o sottostima sistematica di alcuni costrutti.

Quest'ultimo aspetto acquista una rilevanza particolare in relazione alla variabile stigma. La RIBS rileva comportamenti dichiarati e intenzioni future, non condotte osservate in contesti reali. I professionisti della salute mentale, in virtù del loro ruolo e della loro formazione, potrebbero tendere a rispondere in modo coerente con i valori di apertura e inclusione attesi dalla propria professione, anche qualora gli atteggiamenti reali fossero parzialmente difformi. La possibile desiderabilità sociale nelle risposte relative alla disponibilità al contatto rappresenta pertanto una fonte di distorsione che non può essere esclusa con il presente disegno. Ricerche future potranno affiancare agli strumenti self-report misure comportamentali più dirette, consentendo una valutazione meno esposta a questo tipo di distorsione.

4.6 Prospettive future

I risultati dello studio suggeriscono alcune direzioni che potranno essere sviluppate in ricerche future.

Sul piano della rappresentatività del campione, il protocollo nell'ambito del quale è stato condotto questo studio prevede la raccolta di dati anche presso i Dipartimenti di Salute Mentale di Modena e Parma. L'integrazione dei dati provenienti da tutti e tre i siti permetterà di verificare se le associazioni osservate nel sottocampione di Reggio Emilia si confermino su una numerosità più ampia e in contesti organizzativi con caratteristiche differenti, consentendo inoltre di condurre analisi statistiche più articolate di quelle rese possibili dal presente campione.

Il disegno trasversale non ha consentito di stabilire la direzione delle relazioni osservate, che sono plausibilmente bidirezionali. Non è possibile determinare, con i dati disponibili, se il distress possa precedere una riduzione dell'engagement, o se al contrario un progressivo disimpegno lavorativo contribuisca nel tempo ad alimentare il disagio

psicologico. Misurazioni ripetute nel tempo potranno affrontare questa questione in modo più diretto, verificando anche se l'effetto della conoscenza sulla relazione tra distress e disponibilità al contatto si stabilizzi o si modifichi nel corso della carriera.

Le correlazioni osservate tra distress, engagement e disponibilità al contatto (K10–UWES: $\rho = -0,405$; K10–RIBS: $\rho = -0,340$; UWES–RIBS: $\rho = 0,354$) sono compatibili con l'ipotesi che il distress agisca sulla disponibilità al contatto non solo direttamente, ma anche attraverso una riduzione dell'engagement. Il disegno trasversale non ha permesso di testare formalmente questa ipotesi di mediazione, che rimane pertanto uno spunto concreto per ricerche future con disegni appropriati.

Le correlazioni osservate, pur significative, si collocano su livelli moderati, il che suggerisce che una parte della varianza nelle variabili di esito non è spiegata dalle misure incluse nello studio. Fattori come la qualità delle relazioni tra colleghi, le caratteristiche organizzative del reparto e gli stili di coping individuali potrebbero contribuire in modo rilevante, e la loro inclusione in modelli futuri consentirebbe una comprensione più completa del fenomeno.

Riguardo alla formazione, lo studio non ha rilevato associazioni significative tra la partecipazione ad attività formative negli ultimi tre anni e i livelli di distress, engagement o conoscenza. È possibile che la presenza o assenza di almeno una formazione nel triennio non catturi adeguatamente la variabilità nella tipologia e nella qualità degli interventi. Studi futuri potranno distinguere tra diverse tipologie di formazione e valutarne l'impatto differenziale, con attenzione particolare agli interventi che prevedano un contatto diretto con persone con esperienza di disagio psichico, già indicati in letteratura come efficaci nella riduzione dello stigma comportamentale.

Infine, ricerche future potranno affiancare agli strumenti di autovalutazione misure più dirette degli atteggiamenti verso le persone con disturbo mentale, riducendo l'esposizione ai bias di desiderabilità sociale che caratterizzano le misure di stigma dichiarato. Questo permetterebbe di valutare in modo più attendibile se la disponibilità al contatto rilevata con la RIBS corrisponda ai comportamenti effettivamente adottati nella pratica clinica quotidiana.

5 CONCLUSIONE

I professionisti della salute mentale si trovano ogni giorno a gestire un'intensità emotiva che pochi altri contesti lavorativi comportano. Questo studio ha cercato di capire se e come il distress che ne può derivare si ripercuota sulla disponibilità a stare in relazione con le persone di cui si prendono cura, e se la conoscenza e il coinvolgimento lavorativo possano fare la differenza.

I dati raccolti su 61 tra psichiatri e infermieri del Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia mostrano che le tre dimensioni dell'engagement (*vigor*, *dedication* e *absorption*) sono tra loro coerenti, con la *dedication* come componente prevalente: un risultato che riflette il profilo di professionisti con lunga esperienza, in cui il senso del ruolo tende a rimanere solido anche quando l'energia viene meno. La conoscenza della salute mentale è risultata associata a una maggiore disponibilità al contatto con persone con disturbo mentale, confermando che sapere di più su un fenomeno aiuta ad avvicinarsi a chi lo vive. Il distress psicologico, al contrario, si è associato a una minore disponibilità al contatto e a un minore engagement, mentre quest'ultimo ha mostrato un legame positivo con l'apertura relazionale. Il risultato più rilevante riguarda però l'interazione tra distress e conoscenza: i professionisti con una conoscenza più solida mostrano una maggiore disponibilità al contatto anche quando il distress è elevato, suggerendo che la conoscenza possa contribuire ad attenuare il rischio che il disagio personale si traduca in maggiore distanza verso il paziente.

Questi risultati hanno un'implicazione diretta: tutelare il benessere psicologico degli operatori e investire nella loro formazione non è soltanto una questione di qualità della vita lavorativa, ma incide sulla qualità della cura che le persone con disturbo mentale ricevono. La replica delle analisi sull'intero campione multicentrico, prevista dal protocollo in corso, consentirà di verificare la solidità di questi risultati e di approfondire le direzioni che il presente studio ha potuto soltanto analizzare parzialmente.

6 BIBLIOGRAFIA

- Acker, Gila. 2009. «The Challenges in Providing Services to Clients with Mental Illness: Managed Care, Burnout and Somatic Symptoms Among Social Workers». *Community mental health journal* 46 (novembre): 591–600. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9269-5>.
- Angermeyer, M. C., e S. Dietrich. 2006. «Public Beliefs about and Attitudes towards People with Mental Illness: A Review of Population Studies». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (3): 163–79. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>.
- Bakker, Arnold B., e Evangelia Demerouti. 2017. «Job Demands-Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward». *Journal of Occupational Health Psychology* 22 (3): 273–85. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>.
- Carrà, G., P. Sciarini, G. Segagni-Lusignani, M. Clerici, C. Montomoli, e R. C. Kessler. 2011. «Do They Actually Work Across Borders? Evaluation of Two Measures of Psychological Distress as Screening Instruments in a Non Anglo-Saxon Country». *European Psychiatry* 26 (2): 122–27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.04.008>.
- Cohen, Jacob. 2009. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. ed., Reprint. Psychology Press.
- Corrigan, Patrick W., Scott B. Morris, Patrick J. Michaels, Jennifer D. Rafacz, e Nicolas Rüsch. 2012. «Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies». *Psychiatric Services* (Washington, D.C.) 63 (10): 963–73. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>.
- Corrigan, Patrick W., e Deepa Rao. 2012. «On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change». *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 57 (8): 464–69. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>.
- Corrigan, Patrick W., e Amy C. Watson. 2002. «Understanding the impact of stigma on people with mental illness». *World Psychiatry* 1 (1): 16–20.
- Drapeau, Aline, Alain Marchand, e Dominic Beaulieu-Prévost. 2012. «Epidemiology of Psychological Distress». In *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*. <https://doi.org/10.5772/30872>.
- Druss, Benjamin, e Deborah Perlick. 2014. «The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care». *Psychological Science in the Public Interest* 15 (ottobre): 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>.
- Edwards, D., P. Burnard, D. Coyle, A. Fothergill, e B. Hannigan. 2000. «Stressors, Moderators and Stress Outcomes: Findings from the All-Wales Community

- Mental Health Nurse Study». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7 (6): 529–37. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00359.x>.
- Evans-Lacko, S., E. Brohan, R. Mojtabai, e G. Thornicroft. 2012. «Association between Public Views of Mental Illness and Self-Stigma among Individuals with Mental Illness in 14 European Countries». *Psychological Medicine* 42 (8): 1741–52. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002558>.
- Evans-Lacko, Sara, Claire Henderson, e Graham Thornicroft. 2013. «Public Knowledge, Attitudes and Behaviour Regarding People with Mental Illness in England 2009-2012». *The British Journal of Psychiatry. Supplement* 55 (aprile): s51-57. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112979>.
- Evans-Lacko, Sara, Kirsty Little, Howard Meltzer, et al. 2010. «Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule». *The Canadian Journal of Psychiatry* 55 (7): 440–48. <https://doi.org/10.1177/070674371005500707>.
- García-Iglesias, Juan Jesús, Juan Gómez-Salgado, Mónica Ortega-Moreno, e Yolanda Navarro-Abal. 2021. «Relationship Between Work Engagement, Psychosocial Risks, and Mental Health Among Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study». *Frontiers in Public Health* 8 (gennaio). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.627472>.
- Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Modern Classics. Penguin Books.
- Hakanen, Jari J., Wilmar B. Schaufeli, e Kirsi Ahola. 2008. «The Job Demands-Resources Model: A Three-Year Cross-Lagged Study of Burnout, Depression, Commitment, and Work Engagement». *Work & Stress* 22 (3): 224–41. <https://doi.org/10.1080/02678370802379432>.
- Halbesleben, Jonathon, e Cheryl Rathert. 2008. «Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients». *Health care management review* 33 (gennaio): 29–39. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72>.
- Hannigan, Ben, Deborah Edwards, e Philip Burnard. 2009. «Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review». *Journal of Mental Health* 13 (luglio). <https://doi.org/10.1080/09638230410001700871>.
- Happell, Brenda, Trish Martin, e Jaya Pinikahana. 2003. «Burnout and Job Satisfaction: A Comparative Study of Psychiatric Nurses from Forensic and a Mainstream Mental Health Service». *International Journal of Mental Health Nursing* 12 (1): 39–47. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00267.x>.
- Henderson, Claire, Sara Evans-Lacko, Clare Flach, e Graham Thornicroft. 2012. «Responses to Mental Health Stigma Questions: The Importance of Social

- Desirability and Data Collection Method». *The Canadian Journal of Psychiatry* 57 (3): 152–60. <https://doi.org/10.1177/070674371205700304>.
- Henderson, Claire, Sara Evans-Lacko, e Graham Thornicroft. 2013. «Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs». *American Journal of Public Health* 103 (5): 777–80. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>.
- Hobfoll, S. E. 1989. «Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress». *The American Psychologist* 44 (3): 513–24. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.3.513>.
- Imai, H., Hiroyuki Nakao, M. Tsuchiya, Y. Kuroda, e Takahiko Katoh. 2004. «Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care». *Occupational and environmental medicine* 61 (ottobre): 764–68. <https://doi.org/10.1136/oem.2003.009134>.
- Jorm, A. F. 2000. «Mental Health Literacy. Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 177 (novembre): 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>.
- Jorm, Anthony F. 2012. «Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health». *American Psychologist* (US) 67 (3): 231–43. <https://doi.org/10.1037/a0025957>.
- Kato, Yuichi, Rie Chiba, Akihito Shimazu, Yuta Hayashi, e Takuya Sakamoto. 2023. «Antecedents and Outcomes of Work Engagement among Psychiatric Nurses in Japan». *Healthcare* 11 (3): 295. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030295>.
- Kelly, Claire M., Anthony F. Jorm, e Annemarie Wright. 2007. «Improving Mental Health Literacy as a Strategy to Facilitate Early Intervention for Mental Disorders». *The Medical Journal of Australia* 187 (S7): S26–30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>.
- Kessler, Ronald, Gavin Andrews, Lisa Colpe, et al. 2002. «Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-Specific Psychological Distress». *Psychological medicine* 32 (settembre): 959–76. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>.
- Knaak, Stephanie, Ed Mantler, e Andrew Szeto. 2017. «Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions». *Healthcare Management Forum* 30 (2): 111–16. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>.
- Lasalvia, Antonio, Chiara Bonetto, M. Bertani, et al. 2011. «Influence of perceived organizational factors on job burnout: an Italian survey of mental health staff. Findings from the PICOS project». *Psichiatria Praxis* 38 (maggio). <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277897>.
- Lasalvia, Antonio, Silvia Zoppi, Tine Van Bortel, et al. 2013. «Global Pattern of Experienced and Anticipated Discrimination Reported by People with Major

- Depressive Disorder: A Cross-Sectional Survey». *The Lancet* 381 (9860): 55–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8).
- Lauber, C., C. Nordt, C. Braunschweig, e W. Rössler. 2006. «Do Mental Health Professionals Stigmatize Their Patients?» *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, fasc. 429: 51–59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>.
- Lauvrud, Christian, Kåre Nonstad, e Tom Palmstierna. 2009. «Occurrence of Post Traumatic Stress Symptoms and Their Relationship to Professional Quality of Life (ProQoL) in Nursing Staff at a Forensic Psychiatric Security Unit: A Cross-Sectional Study». *Health and Quality of Life Outcomes* 7 (aprile): 31. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-31>.
- Lehmann, J., M. J. Pilz, B. Holzner, G. Kemmler, e J. M. Giesinger. 2023. «General Population Normative Data from Seven European Countries for the K10 and K6 Scales for Psychological Distress». *Scientific Reports* 13 (1): 18389. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45124-0>.
- Leiter, Michael P., e Christina Maslach. 2009. «Nurse Turnover: The Mediating Role of Burnout». *Journal of Nursing Management* 17 (3): 331–39. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>.
- Link, Bruce G., e Jo C. Phelan. 2001. «Conceptualizing Stigma». *Annual Review of Sociology* 2: 363–85.
- Magliano, Lorenza, John Read, Alessandra Sagliocchi, Melania Patalano, Antonio D'Ambrosio, e Nicoletta Oliviero. 2013. «Differences in Views of Schizophrenia during Medical Education: A Comparative Study of 1st versus 5th-6th Year Italian Medical Students». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48 (10): 1647–55. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0610-x>.
- Maslach, Christina, e Michael P. Leiter. 2008. «Early Predictors of Job Burnout and Engagement.» *Journal of Applied Psychology* 93 (3): 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>.
- Maslach, Christina, Wilmar Schaufeli, e Michael Leiter. 2001. «Job Burnout». *Annual Review of Psychology* 52 (febbraio): 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
- Morse, Gary, Michelle P. Salyers, Angela L. Rollins, Maria Monroe-DeVita, e Corey Pfahler. 2012. «Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation». *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 39 (5): 341–52. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>.
- Nordt, Carlos, Wulf Rössler, e Christoph Lauber. 2006. «Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression». *Schizophrenia Bulletin* 32 (4): 709–14. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>.

- O'Connor, Karen, Deirdre Muller Neff, e Steve Pitman. 2018. «Burnout in Mental Health Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence and Determinants». *European Psychiatry* 53 (settembre): 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>.
- O'Keeffe, Donal, Niall Turner, Sharon Foley, et al. 2016. «The Relationship between Mental Health Literacy Regarding Schizophrenia and Psychiatric Stigma in the Republic of Ireland». *Journal of Mental Health* 25 (2): 100–108. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057327>.
- Pattyn, E., M. Verhaeghe, e P. Bracke. 2013. «Attitudes Toward Community Mental Health Care: The Contact Paradox Revisited». *Community Mental Health Journal* 49 (3): 292–302. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9564-4>.
- Pingani, L., S. Evans-Lacko, M. Luciano, et al. 2016. «Psychometric Validation of the Italian Version of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)». *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 25 (5): 485–92. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000633>.
- Pingani, Luca, Gaia Sampogna, Sara Evans-Lacko, et al. 2019. «How to Measure Knowledge About Mental Disorders? Validation of the Italian Version of the MAKES». *Community Mental Health Journal* 55 (8): 1354–61. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00416-6>.
- Pisanti, Renato, A. Paplomatas, e M. Bertini. 2008. «Misurare le dimensioni positive nel lavoro in sanità: un contributo all'adattamento italiano della UWES - Utrecht Work Engagement Scale». *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 30 (gennaio).
- Raquepaw, Jayne, e Rowland Miller. 1989. «Psychotherapist Burnout: A Componential Analysis». *Professional Psychology: Research and Practice* 20 (febbraio): 32–36. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.1.32>.
- Salyers, Michelle P., Kelsey A. Bonfils, Lauren Luther, et al. 2017. «The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis». *Journal of General Internal Medicine* 32 (4): 475–82. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>.
- Schaufeli, Wilmar B., e Arnold B. Bakker. 2004. «Job Demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-Sample Study». *Journal of Organizational Behavior* 25 (3): 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>.
- Schaufeli, Wilmar B., Arnold B. Bakker, e Marisa Salanova. 2006. «The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire: A Cross-National Study». *Educational and Psychological Measurement* 66 (4): 701–16. <https://doi.org/10.1177/0013164405282471>.

- Schaufeli, Wilmar, e Esther Greenglass. 2001. «Introduction to special issue on burnout and health». *Psychology & health* 16 (settembre): 501–10. <https://doi.org/10.1080/08870440108405523>.
- Schaufeli, Wilmar, Michael Leiter, e Toon Taris. 2008. «Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology». *Work and Stress* 22 (luglio). <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>.
- Schaufeli, Wilmar, Marisa Salanova, e Vicente González-Romá. 2002. «The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach». *Journal of Happiness Studies* 3 (febbraio): 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>.
- Schulze, Beate. 2007. «Stigma and Mental Health Professionals: A Review of the Evidence on an Intricate Relationship». *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England) 19 (2): 137–55. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>.
- Söderfeldt, Marie. 1995. «Burnout in Social Work». *Social Work*, pubblicazione online ad accesso anticipato, settembre. <https://doi.org/10.1093/sw/40.5.638>.
- Stuart, H. 2016. «Reducing the Stigma of Mental Illness». *ResearchGate*, pubblicazione online ad accesso anticipato. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>.
- Thornicroft, Graham. 2006. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford University Press.
- Thornicroft, Graham, Elaine Brohan, Diana Rose, Norman Sartorius, e Morven Leese. 2009. «Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey». *Lancet* 373 (febbraio): 408–15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6).
- Thornicroft, Graham, Diana Rose, Aliya Kassam, e Norman Sartorius. 2007. «Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination?» *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 190 (marzo): 192–93. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>.
- Tims, Maria, Arnold B. Bakker, e Daantje Derks. 2012. «Development and validation of the job crafting scale». *Journal of Vocational Behavior* 80 (1): 173–86. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.05.009>.
- Torabinia, Mansour, Sara Mahmoudi, Mojtaba Dolatshahi, e Mohamad Reza Abyaz. 2017. «Measuring Engagement in Nurses: The Psychometric Properties of the Persian Version of Utrecht Work Engagement Scale». *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)* 31 (1): 83–89. <https://doi.org/10.18869/mjiri.31.15>.
- Wahl, Otto. 1999. «Mental Health Consumers' Experience of Stigma». *Schizophrenia bulletin* 25 (febbraio): 467–78. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>.

- Wieclaw, J., E. Agerbo, Per Brøbech, e Jens Peter Bonde. 2006. «Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions». *Occupational and environmental medicine* 63 (giugno): 314–19. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.019398>.
- Xanthopoulou, Despoina, Arnold B. Bakker, Evangelia Demerouti, e Wilmar B. Schaufeli. 2009. «Reciprocal Relationships between Job Resources, Personal Resources, and Work Engagement». *Journal of Vocational Behavior* 74 (3): 235–44. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.11.003>.

7 APPENDICE

Strumenti di misura somministrati nello studio

A1. Scheda Sociodemografica

Tabella A1. Scheda sociodemografica: variabili e modalità di risposta.

Variabile	Modalità di risposta
Sesso alla nascita	Maschio / Femmina
Identità di genere	Maschile / Femminile / Non binaria – altra identità di genere / Preferisco non rispondere
Livello di istruzione (titolo più elevato conseguito)	Laurea triennale / Laurea Magistrale / Laurea Magistrale a Ciclo Unico / Specializzazione Medica / Uno o più master / Dottorato di ricerca
Ruolo professionale	Medico psichiatra / Infermiere
Sede di lavoro	CSM (Centro di Salute Mentale) / SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)
Dipartimento di Salute Mentale di appartenenza	Modena / Parma / Reggio Emilia
Tipo di contratto	Tempo indeterminato / Tempo determinato / Altro (specificare)
Anzianità di servizio nella salute mentale	Inserire anni e mesi
Anzianità presso la sede attuale	Inserire anni e mesi
Orario di lavoro settimanale medio	Inserire numero di ore
Ha ricevuto negli ultimi 3 anni una formazione specifica su:	Relazione terapeutica / Gestione delle emozioni / Comunicazione empatica / Salute mentale dei professionisti sanitari
Partecipazione a supervisioni individuali o di équipe	Sì / No

Nota. La scheda sociodemografica è stata somministrata in formato auto-compilato tramite la piattaforma REDCap. Le variabili relative all'anzianità di servizio e all'orario di lavoro sono state raccolte come valori numerici continui.

A2. Scala di Disagio Psicologico di Kessler (K10+)

Sezione D1 – Valutazione dei sintomi nelle ultime 4 settimane

Tabella A2. Kessler Psychological Distress Scale (K10+): item della sezione D1 e scala di risposta.

Nel corso degli ultimi 30 giorni, con che frequenza si è sentito/a...	1 Mai	2 Raramente	3 Qualche volta	4 Spesso	5 Sempre
1. Stanco/a senza un valido motivo					
2. Nervoso/a					
3. Così nervoso/a che niente riusciva a calmarla					
4. Senza speranza					
5. Irrequieto/a o ha avuto difficoltà a tenere ferme braccia e gambe					
6. Così irrequieto/a da non riuscire a stare seduto/a					
7. Depresso/a					
8. Così depresso/a che niente riusciva a tirarla su					
9. Come se ogni cosa rappresentasse uno sforzo					
10. Inutile					

Sezione D2 – Confronto con il solito

D2. Complessivamente, nelle ultime 4 settimane si è sentito/a in questo modo rispetto al solito:

1 – Molto meno spesso del solito | 2 – Meno spesso del solito | 3 – Un po' meno spesso del solito | 4 – Come al solito | 5 – Un po' più spesso del solito | 6 – Più spesso del solito | 7 – Molto più spesso del solito

Sezioni D3–D5 – Impatto funzionale

D3. Quanti giorni, negli ultimi 30, è stato/a completamente incapace di lavorare o portare a termine le normali attività quotidiane per come si è sentito/a? _____ giorni

D4. Senza contare quelli indicati in D3, per quanti giorni, negli ultimi 30, è stato/a in grado di fare solo metà o meno del normale per come si è sentito/a? _____ giorni

D5. Negli ultimi 30 giorni quante volte si è rivolto/a a un medico o un altro operatore sanitario per come si è sentito/a? _____ volte

Sezione D6 – Cause fisiche

D6. Negli ultimi 30 giorni quanto spesso questi stati d'animo sono stati causati principalmente da problemi di salute fisica?	1 Mai	2 Raramente	3 Una volta	4 Spesso	5 Sempre
--	------------------	------------------------	------------------------	---------------------	---------------------

Nota. Il punteggio totale del K10 è calcolato sommando le risposte ai 10 item della sezione D1 (range 10–50). Punteggi ≤ 19 indicano assenza di disagio significativo; 20–24 disagio lieve; 25–29 moderato; ≥ 30 grave. Le sezioni D2–D6 costituiscono la versione estesa K10+, utilizzata per valutare l'impatto funzionale del disagio.

A3. Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)

Tabella A3. UWES-9: item, dimensione di appartenenza e scala di risposta.

Codice	Dimensione	Item	0 Mai	1 Quasi mai	2 Raramente	3 Qualche volta	4 Spesso	5 Molto spesso	6 Sempre
V1	Vigor	Nel mio lavoro mi sento pieno/a di energia							
V2	Vigor	Nel mio lavoro, mi sento forte e vigoroso/a							
D1	Dedication	Sono entusiasta del mio lavoro							
D2	Dedication	Il mio lavoro mi ispira							
V3	Vigor	La mattina, quando mi alzo, ho voglia di andare a lavoro							
A1	Absorption	Sono felice quando lavoro intensamente							
D3	Dedication	Sono orgoglioso/a del lavoro che faccio							
A2	Absorption	Sono immerso/a nel mio lavoro							
A3	Absorption	Mi lascio prendere completamente quando lavoro							

Nota. Il punteggio di ciascuna dimensione (Vigor, Dedication, Absorption) è calcolato come media degli item corrispondenti. Il punteggio totale di engagement è la media di tutti e 9 gli item (range 0–6). Gli item V1, V2, V3 misurano il Vigor; D1, D2, D3 la Dedication; A1, A2, A3 l'Absorption (Schaufeli et al., 2006).

A4. Mental Health Knowledge Schedule (MAKS-I)

Tabella A4. MAKS-I: item, sezione di appartenenza e scala di risposta.

N.	Sezione	Item	1 – Fortemente in disaccordo	2 – In disaccordo	3 – Né d'accordo né in disaccordo	4 – D'accordo	5 – Fortemente d'accordo	Non saprei
1	Conoscenza generale	La maggior parte delle persone con un disturbo mentale vuole avere un lavoro pagato.						
2	Conoscenza generale	Se un amico avesse un disturbo mentale saprei che consiglio dargli per avere l'aiuto di uno specialista.						
3	Conoscenza generale	I farmaci possono essere un trattamento efficace per le persone con un disturbo mentale.						
4	Conoscenza generale	La psicoterapia (ad esempio, il counseling o una terapia di supporto) può essere un trattamento efficace per le persone con un disturbo mentale.						
5	Conoscenza generale	Le persone con un disturbo mentale grave possono guarire completamente.						
6	Conoscenza generale	La maggior parte delle persone con un						

		disturbo mentale va da uno specialista per ricevere aiuto.						
7	Riconoscimento disturbi	Depressione.						
8	Riconoscimento disturbi	Stress.						
9	Riconoscimento disturbi	Schizofrenia.						
10	Riconoscimento disturbi	Disturbo bipolare.						
11	Riconoscimento disturbi	Dipendenza da sostanze.						
12	Riconoscimento disturbi	Lutto.						

Nota. Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi dei 12 item (range 6–66 per gli item 1–6; per gli item 7–12 le risposte "D'accordo" o "Fortemente d'accordo" sono codificate come 1, tutte le altre come 0). Punteggi più elevati indicano un maggior livello di conoscenza sulla salute mentale. Versione italiana validata da Pingani et al. (2019).

A5. Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS-I)

Tabella A5. RIBS-I, Sezione 1: comportamenti passati/attuali di contatto con persone con disturbo mentale (risposta dicotomica).

N.	Item	Si	No	Non so
Sezione 1 – Comportamenti passati/attuali (risposta: Sì / No / Non so)				
1	Attualmente vivi o hai mai vissuto insieme a una persona con un disturbo mentale?			
2	Attualmente lavori o hai mai lavorato insieme a una persona con un disturbo mentale?			
3	Attualmente hai o hai mai avuto un vicino di casa con un disturbo mentale?			
4	Attualmente hai, o hai mai avuto, un amico intimo con un disturbo mentale?			

Tabella A5. RIBS-I, Sezione 2: intenzioni future di contatto con persone con disturbo mentale (scala Likert 1–5).

N.	Item	1 Fortemente in disaccordo	2 In disaccordo	3 Né d'accordo né in disaccordo	4 D'accordo	5 Fortemente d'accordo
Sezione 2 – Intenzioni future (scala Likert 1–5)						
5	In futuro, sarei disposto/a a vivere insieme a una persona con un disturbo mentale.					
6	In futuro, sarei disposto/a a lavorare insieme a una persona con un disturbo mentale.					
7	In futuro, sarei disposto/a ad avere come vicino di casa una persona con un disturbo mentale.					
8	In futuro, sarei disposto/a ad avere come amico intimo una persona con un disturbo mentale.					

Nota. Il punteggio totale della RIBS-I è calcolato sugli item 5–8 (range 4–20); punteggi più elevati indicano una maggiore disponibilità dichiarata al contatto con persone con disturbo mentale. Gli item 1–4 sono registrati come variabili dicotomiche e non contribuiscono al punteggio totale. Versione italiana validata da Pingani et al. (2016).

RINGRAZIAMENTI

Alla fine di questo elaborato, mi sembra doveroso dedicare uno spazio per ringraziare tutte le persone che, con il loro supporto, mi hanno aiutato in questo meraviglioso percorso di studi e di vita.

Ringrazio innanzitutto il Prof. Luca Pingani, mio relatore, per avermi guidato nell'ultima importante tappa di questo lungo percorso e per essersi mostrato da subito disponibile.

Ringrazio i miei genitori, che hanno sempre supportato le mie scelte, hanno creduto in me e mi hanno cresciuto in tutti questi anni insegnandomi la determinazione e la voglia di spingersi sempre oltre i propri limiti. Ringrazio mia sorella, Sofia, che negli anni si è trasformata in una vera e propria confidente e con cui ho condiviso gioie e dolori che questo percorso inevitabilmente porta con sé.

A tutti i compagni delle varie squadre di basket, da quelli di US Reggio, passando per le Stelline, fino ai fratelli della Compagnia, voglio dedicare queste righe perché grazie a voi ho potuto negli anni prendere consapevolezza di quanto sia bello il mondo anche fuori dall'università. Non dimenticherò mai la sensazione di chiudere i libri per andare a fare in palestra, staccando completamente la testa dalle preoccupazioni quotidiane.

Desidero ringraziare le persone che mi hanno permesso di vivere con spensieratezza questo pezzo di vita, ad Albi, Fede, Morgan, Nico, Ro e Diq auguro il meglio e che questo sia solo un primo obiettivo. Non dimenticherò alcune delle scene più divertenti della mia vita, le ansie prima degli esami e le grigliate a fine sessione.

Uno spazio importante del mio cuore è riservato alla persona che più di tutte ha condiviso questo percorso con me. Voglio ringraziare dal profondo Marti, che è stato allo stesso tempo un fratello maggiore e un Ciccuzzo. Da quando ci siamo scritti per il primo esame di Anatomia 1, passando per la vacanza in Sardegna insieme, le studiate nei posti più assurdi, fino ad arrivare alla malsana idea della Pinzolata nell'ansia generale per quanto fosse grande l'esame di Med. Interna e per ultimo l'esame sul manichino che porta con sé la piena consapevolezza di quanto non saremo in grado di fare i medici! È stata veramente una fortuna poter condividere con te tutte le gioie e le preoccupazioni di un

percorso che sarebbe stato sicuramente molto più complicato se fatto in solitaria. Mi sento veramente onorato di poter suonare insieme l'ultimo Gong.

Come ultima persona desidero ringraziare quella che più di tutte mi ha accompagnato in questa tappa della mia vita. Tere, sapere che sono arrivato ad un terzo della mia vita avendoti al mio fianco fa pensare parecchio. Mi ricordo ancora il giorno in cui mi hai chiamato per festeggiare la mia ammissione a Modena, quando neanche io lo sapevo ancora. Sei la persona che più di tutte ha imparato a conoscermi nel profondo, che è sempre pronta a farsi da parte e a tendermi la mano per ogni piccola necessità, che negli anni ha spesso gioito più di me per i traguardi che ho raggiunto, insegnandomi che i risultati vanno festeggiati e non sono solo un dovere. Se dovessi stare a scrivere tutti i motivi per cui ti ringrazio, dovrei fare una tesi solo su questo. Oggi voglio ringraziarti per avermi concesso di essere me stesso fino in fondo, per avermi supportato e sopportato negli anni e soprattutto per aver scelto di prenderci per mano e crescere insieme.

Infine, ci tengo a ringraziare i miei pazienti futuri, che mi affideranno la loro salute e che sapranno insegnarmi come maestri.