UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Indagine conoscitiva sulla figura dello Psicologo di Reparto a supporto del personale infermieristico

An Exploratory Survey on the Role of the Ward Psychologist in Supporting Nursing Staff

Candidato:
Riminucci Sara

Relatore:
Prof.essa Cannizzaro Giorgia

Anno Accademico 2025-2026

UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Indagine conoscitiva sulla figura dello Psicologo di Reparto a supporto del personale infermieristico

An Exploratory Survey on the Role of the Ward Psychologist in Supporting Nursing Staff

Candidato:
Riminucci Sara

Relatore:
Prof.essa Cannizzaro Giorgia

Anno Accademico 2025-2026

UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
Via Tronto, 10/A – 60126 Ancona (AN), Italy

Abstract

Scientific literature extensively documents how nursing staff are constantly subjected to high levels of burnout, moral distress, and psychophysical overload (conditions that compromise both healthcare workers' well-being and the quality of care provided). Although various strategies to counter these dynamics are known (such as individual consultations, support groups, and resilience training) the actual integration of these interventions into clinical settings remains challenging. This thesis aims to map the current presence and role of the ward psychologist across the national territory, shifting the focus from merely identifying the problem to understanding its actual management and resolution, while also assessing the mental health needs expressed by nursing teams.

To address these objectives, a descriptive cross-sectional observational study was conducted using an online questionnaire distributed evenly across healthcare facilities in Northern, Central, and Southern Italy. Out of more than 200 professionals contacted, the final sample comprised 29 ward psychologists.

The results show that where the role of the ward psychologist is structured, the service is active, well-defined through specific interventions, and highly valued for its operational effectiveness. Nevertheless, significant service fragmentation and marked geographical inequality in the distribution of this professional role across the country remain evident.

In conclusion, the study highlights a critical gap: despite the vast body of literature reporting on the scourge of burnout and the attrition rate within the nursing profession in the Italian National Health Service, there is a striking lack of empirical studies and concrete interventions dedicated to systematically managing this problem and safeguarding the mental health of nurses.

Sommario

La letteratura scientifica ampiamente disponibile documenta come il personale infermieristico sia costantemente sottoposto ad elevati livelli di burnout, distress morale e sovraccarico psicofisico, condizioni che compromettono sia la salute degli operatori sia la qualità dell'assistenza erogata. Sebbene siano noti molteplici strumenti per il contrasto di tali dinamiche (quali colloqui individuali, gruppi di supporto e percorsi di formazione alla resilienza), la reale integrazione di queste strategie nei contesti clinici rimane complessa. Il presente lavoro di tesi si propone pertanto l'obiettivo di mappare la presenza attuale dello psicologo di reparto sul territorio nazionale, spostando il focus dalla mera individuazione del problema alla comprensione della sua effettiva presa in carico, oltre a rilevare i reali bisogni di salute mentale espressi dall'équipe infermieristica.

Per rispondere a tali interrogativi è stato condotto uno studio descrittivo osservazionale trasversale (cross-sectional), mediante la somministrazione di un questionario online diffuso in modo omogeneo tra le strutture sanitarie del Nord, Centro e Sud Italia. A fronte di oltre 200 professionisti contattati, il campione finale ha visto la partecipazione di 29 psicologi di reparto.

I risultati emersi evidenziano che, laddove la figura dello psicologo di reparto è strutturata, il servizio risulta attivo, articolato in interventi specifici ed estremamente apprezzato per la sua efficacia operativa. Ciononostante, si rileva una spiccata frammentarietà erogativa e una marcata disomogeneità nella diffusione della figura a livello nazionale.

In conclusione, lo studio mette in luce un rilevante paradosso: a fronte dell'imponente mole di ricerche che denunciano la piaga del burnout e l'abbandono della professione infermieristica nel Servizio Sanitario Nazionale, si riscontra una drammatica carenza di studi e di interventi concreti rivolti alla gestione sistematica del problema e alla salvaguardia della salute mentale dei professionisti assistenziali.

Indice

1 La professione infermieristica tra criticità strutturali e rischio di burnout **1**

1.1 Il contesto dell'assistenza infermieristica e il rischio di burnout 1
1.2 Impatto del burnout sulla qualità delle cure e sulla sicurezza del paziente . 2
1.3 La figura dello Psicologo di Reparto e le strategie di supporto 3
1.4 Dalle criticità alla proposta: razionale e obiettivi della tesi 4

2 Materiali e Metodi **7**

2.1 Disegno dello studio 7
2.2 Campione e criteri di Inclusione/Esclusione 7
2.3 Strumento di rilevazione 8
2.4 Modalità di somministrazione, raccolta e analisi statistica dei dati 9
2.5 Aspetti etici 10

3 Risultati **11**

3.1 Caratteristiche del modello organizzativo e della formazione dei professionisti 11
3.1.1 Titolo di formazione post-laurea 12
3.1.2 Tipologia e contesti clinici di prevalenza 12
3.1.3 Anzianità di servizio 13
3.1.4 Natura della collaborazione della struttura 14
3.2 Mappatura della distribuzione e della presenza nei contesti clinici 15
3.2.1 Distribuzione geografica 15
3.2.2 Promotori dell'attivazione del servizio 16
3.2.3 Origine della domanda iniziale 17
3.2.4 Definizione degli obiettivi operativi dell'intervento 18
3.3 Analisi dei bisogni infermieristici e risposte operative dell'equipe 19
3.3.1 Tipologia di interventi e strumenti operativi adottati 19
3.3.2 Principali riferimenti operativi all'interno del reparto 20
3.3.3 Valutazione dell'efficacia dell'intervento e principali bisogni emersi 21
3.3.4 Analisi delle barriere all'integrazione dello psicologo in reparto . 22
3.3.5 Autovalutazione dell'efficacia dell'intervento 24

4 Conclusioni **25**

4.1 Sintesi dei principali risultati e raggiungimento degli obiettivi 25

4.2 Implicazioni per la pratica infermieristica 26

4.3 Limiti dello studio 27

4.4 Prospettive future e raccomandazioni 27

4.5 Considerazioni conclusive 28

Elenco delle figure

3.1 Contesti clinici di prevalenza 13
3.2 Tipologia di rapporto contrattuale e natura della collaborazione. 14
3.3 Distribuzione geografica delle strutture sanitarie coinvolte. 16
3.4 Modalità di definizione degli obiettivi 18
3.5 Valutazione delle barriere all'integrazione dello psicologo in reparto (Scala 1-5). 23

Capitolo 1

La professione infermieristica tra criticità strutturali e rischio di burnout

1.1 Il contesto dell'assistenza infermieristica e il rischio di burnout

Negli ultimi decenni, il ruolo dell'infermiere ha attraversato una profonda evoluzione: l'infermieristica si è affermata come scienza, conquistandosi un percorso accademico di Laurea e un Ordine Professionale, conquiste avvenute grazie a chi ci ha preceduto che hanno poi portato ad un significativo aumento delle responsabilità operative e legali. Ciononostante, a questa crescita professionale non corrisponde un'adeguata valorizzazione economica e sociale. I professionisti di oggi si trovano a non riuscire ad adempire come vorrebbero la loro professione a causa di un contesto assistenziale fortemente sotto pressione, caratterizzato da carenze organiche e criticità strutturali del sistema sanitario.
Tale quadro critico favorisce l'insorgenza della sindrome del **burnout**, ormai riconosciuta dalla letteratura scientifica non come un fenomeno sporadico e trascurabile, bensì come una problematica strutturale con ripercussioni che vanno ben oltre il singolo operatore (McHugh et al., 2011). Questa condizione risulta particolarmente accentuata nelle aree critiche (Bogue e Bogue, 2020), ambiti in cui l'elevata complessità assistenziale e il carico di responsabilità richiesto rendono il personale infermieristico ancora più vulnerabile.
Si tratta infatti di reparti in cui la responsabilità cresce inevitabilmente, i turni diventano sempre più gravosi e tutto questo porta a un severo esaurimento emotivo (Gillespie e Melby, 2003), facendo sì che la vita lavorativa subentri in quella privata. Non si tratta quindi solo di tutelare un sistema sanitario ormai saturo, ma di salvaguardare i suoi lavoratori, ovvero coloro che sostengono tutt'oggi la nostra sanità. Risulta inaccettabile che,

oltre a tutte le problematiche a cui si va incontro, vi debba essere anche l'esaurimento emotivo (Hetzel-Riggin et al., 2020) e la compromissione della vita privata, ponendo i lavoratori nella condizione di dover rinunciare a se stessi. Tutto ciò porta, nel migliore dei casi per quanto riguarda la salute mentale del lavoratore, e nel peggiore per quanto riguarda il nostro sistema sanitario, all'abbandono della professione. Negli ultimi anni l'abbandono della professione è semepre più in aumento (Nursing Up, 2025); non si può pensare che chi deve sorreggere il sistema sanitario possa farlo se in primis va incontro a esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione professionale. Prima dell'abbandono della professione si parla della cosidetta "intention to live" è un costrutto utilizzato nella ricerca organizzativa per descrivere i pensieri e le intenzioni che possono precedere la decisione di abbandonare un lavoro, un'organizzazione o una professione (Sbrana, 2024). L'identificazione di tale fenomeno evidenzia la presenza di precisi segnali d'allarme prodromici, che anticipano il punto di non ritorno.
Ciononostante, di fronte a una problematica ormai ampiamente documentata e decodificata dalla letteratura scientifica, sorge un interrogativo fondamentale: per quale motivo le organizzazioni sanitarie faticano ad agire su questi contesti prima che il disagio esiti nell'abbandono? Se il fenomeno dell'esaurimento emotivo e della fuga dei professionisti è noto nelle sue dinamiche e nei suoi effetti sul sistema e sulle persone, risulta imprescindibile chiedersi come sia possibile intervenire in modo attivo e preventivo. Diventa quindi necessario promuovere un cambio di paradigma, individuando strategie di supporto strutturate capaci di intercettare la sofferenza organizzativa e individuale prima che si traduca in una perdita irreparabile per il Servizo Sanitario Nazionale.

1.2 Impatto del burnout sulla qualità delle cure e sulla sicurezza del paziente

Il burnout colpisce il nostro Sistema Sanitario Nazionale da più fronti, rendendolo così ancora più vulnerabile; uno è l'abbandono dei professionisti e l'altro altrettanto importante e da non sottovalutare è l'insoddisfazione dell'assistito. Il burnout infermieristico è associato al peggioramento della sicurezza e della qualità delle cure, a una minore soddisfazione dei pazienti e a una riduzione dell'impegno organizzativo e della produttività del personale. Ritorniamo così al punto di partenza il burnount **non** è un problema individuale, ma collettivo, colpisce tutti persino i pazienti (Jun et al., 2021). Comprendere appieno tale dinamica richiede una visione complessa della salute la quale, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non coincide con la mera assenza di malattia, bensì con uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Offrire una presa in carico globale e olistica del paziente (tenendo conto delle molteplicità e dell'interdipendenza di

questi fattori) rappresenta di per sé una sfida complessa nella pratica clinica quotidiana. Tale sfida diventa ancora più ardua quando il sistema sanitario si trova sotto pressione e la carenze di risorse, unita al sovraccarico lavorativo, compromette la capacità degli operatori di rispondere adeguatamente ai bisogni complessi della persona. Questa criticità non rimane relegata a un piano meramente teorico, ma si traduce concretamente nella pratica assistenziale quotidiana; il sovraccarico psicofisico e lo stress lavorativo a cui è sottoposto il personale infermieristico compromette inevitabilmente l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate. Le ripercussioni non riguardano solo la sfera relazionale ed empatica, ma incidono in modo diretto sulla sicurezza dei processi assistenziali. Questa condizione di sofferenza organizzativa ed emotiva si riflette in esiti clinici sfavorevoli, aumentando il rischio di eventi avversi, quali l'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza (ICA), maggiore frequenza nelle cadute e maggiori errori durante la terapia (Li et al., 2024).
Risulta quindi inaccettabile che un cittadino, nel momento di massima vulnerabilità fisica e psicologica legato alla malattia, acceda a una struttura sanitaria per cura e ne esca invece danneggiato e insoddisfatto, sia sotto il profilo dell'empatia e dell'ascolto, sia sotto quello strettamente clinico e di sicurezza.

1.3 La figura dello Psicologo di Reparto e le strategie di supporto

Se conosciamo il problema del burnout, ne comprendiamo le dinamiche e sappiamo che la sua insorgenza progressiva ci concede il tempo necessario per intervenire, per quale motivo il nostro sistema sanitario rimane inattivo? Ma soprattutto: come dobbiamo agire e quale figura professionale manca davvero all'appello per guidare questo cambiamento?
Come ci mostrano le evidenze (Awa et al., 2010), il burnout viene ridotto grazie sia ad interventi individuali sia a su quelli focalizzati sull'organizzazione, i programmi di intervento contro il burnout sono efficaci. Dovrebbero essere offerti e valutati programmi implementati con maggiore continuità, comprensivi di misure sia personali che organizzative. Le istituzioni e le strutture sanitarie dovrebbero riconoscere questa necessità e mettere a disposizione dei dipendenti programmi specifici di intervento contro il burnout.
Vanno anche valutate le strategie di gestione basate sulle evidenze (evidence-based), tra cui gli interventi organizzativi, l'addestramento alla resilienza e i programmi di supporto tra pari (peer support), volti a mitigare il burnout e migliorare i risultati clinici ed assistenziali (Butler, 2024).
È stato condotto uno studio controllato randomizzato (RCT) (Peterson et al., 2008), dal quale si deduce che i gruppi di supporto tra pari, basati su metodologie orientate ai problemi (problem-based) si dimostrano uno strumento utile e relativamente economico per alleviare

lo stress e il burnout legati all'attività lavorativa.
Inoltre si dovrebbe anche integrare valutazioni di routine dello stress e fornire sistemi di supporto strutturati, come percorsi di formazione alla resilienza. Tali interventi possono migliorare la capacità degli infermieri di gestire lo stress, ridurre l'esaurimento emotivo e migliorare la qualità delle cure erogate. (Wudarczyk et al., 2025).
Nonostante questo corpus di dati, l'elemento chiave continua a mancare nella prassi quotidiana: lo **psicologo di reparto**.
Questa figura rappresenta l'anello di congiunzione indispensabile per tradurre le strategia validate dalla ricerca in interventi operativi sul campo. La sua assenza sistematica genera un circolo vizioso: la mancanza di familiarità con questo ruolo rende gli stessi infermieri diffidenti verso un supporto di cui si parla troppo poco e che viene ancora percepito come estraneo alla routine assistenziale.

1.4 Dalle criticità alla proposta: razionale e obiettivi della tesi

Di fronte a un quadro ampiamente documentato sulle cause del burnout e sulla necessità di un supporto psicologico strutturato nei reparti ad alta intensità, emerge una forte discrepanza tra la teoria e la prassi operativa del nostro Sistema Snitario Nazionale.
Sebbene la figura dello Psicologo di Reparto sia riconosciuta dalla letteratura come un elemento chiave per la tutela dell'équipe e la sicurezza delle cure, manca tuttora una panoramica chiara e capillare sulla sua reale presenza e operatività nel contesto italiano.
Attualmente, le esperienze di supporto psicologico nei reparti italiani appaiono spesso frammentate, disomogenee e poco documentate a livello nazionale. Non è chiaramente definito dove questi servizi siano attivi, con quali modalità organizzative operino, né quali specifici modelli di intervento adottino nel quotidiano assistenziale. Il presente lavoro di tesi propone pertanto di colmare questa lacuna conoscitiva. L'obbiettivo principale dello studio è quello di mappare la presenza e le modalità operative dello Psicologo di Reparto sul territorio nazionale, offrendo una prima fotografia strutturata del fenomeno.
Attraverso questa indagine si intende analizzare come tali servizi siano integrati nella routine dei reparti, quali risposte forniscano ai **bisogni degli infermieri** e in che modo la loro formalizzazione possa rappresentare un punto di partenza imprescindibile per valorizzare, diffondere e rendere sistemico questo modello di supporto all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.
Per trasformare questa idea in un'indagine concreta e raccogliere dati utili sul campo, lo studio è stato orientato su alcuni aspetti chiave. L'obbiettivo non è solo capire dove questa figura operi in Italia, ma soprattutto analizzare il rapporto quotidiano tra lo psicologo di

reparto e il personale infermieristico, compresi i bisogni reali degli operatori, gli strumenti utilizzati e le eventualità criticità emerse.
Nello specifico, l'analisi si concentra sulle tre macro-aree descritte in seguito:

Analisi dei bisogni infermieristici e risposte operative dell'équipe

- **Rilevazione dei bisogni emergenti del personale infermieristico:** Riuscire a far emergere ciò di cui gli infermieri necessitano, sia a livello fisico, emotivo e anche organizzativo.
- **Identificazione delle criticità nell'erogare l'intervento:** Riconoscere le principali barriere che ostacolano questo servizio, durante le interazioni tra psicologo di reparto e infermiere.
- **Tipologia di interventi erogati a supporto degli infermieri:** Mappare le attività e i format concretamente svolti, per avere un riscontro delle attività più funzionali.
- **Metodologie e strumenti di supporto utilizzati:** Catalogare i dispositivi operativi adoperati durante gli interventi rivolti agli infermieri.
- **Origine della richiesta e modalità di attivazione dell'intervento:** Rilevare tramite quali canali questo servizio viene attivato.

Mappatura della distribuzione e della presenza nei contesti clinici

- **Contesti e reparti di operatività:** Individuare i reparti dove il servizio è maggiormente presente.
- **Distribuzione geografica e capillarità:** Fondamentale per riuscire a capire se è un servizo distribuito in maniera omogenea in tutto il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Caratteristiche del modello organizzativi e della formazione del professionista

- **Formazione e competenze specifiche:** Rilevare il background formativo dei vari professionisti.
- **Tipologia di collaborazione:** Indagine sulla natura del rapporto di lavoro con l'azienda sanitaria o la struttura ospedaliera.

- **Storicità del servizio:** Valutare la continuità temporale, per comprendere se si tratti solo di un progetto oppure dei servizi consolidati nel tempo.

Capitolo 2

Materiali e Metodi

2.1 Disegno dello studio

Per il seguente lavoro di tesi è stato adottato un disegno di studio **osservazionale, descrittivo e trasversale** (cross-sectional survey). Tale metodologia consente di analizzare i dati raccolti su un determinato campione di popolazione in un unico e preciso momento temporale, fornendo una vera e propria "fotografia istantanea" del fenomeno indagato. L'obiettivo principale è infatti quello di rilevare l'attuale stato dell'arte e le modalità operative dello Psicologo di Reparto nel contesto sanitario italiano.
La finestra temporale in qui è stato svolto lo studio va da maggio 2026 fino a settembre 2026. Per la conduzione dello studio e la strutturazione del presente percorso metodologico si è fatto riferimento alla checklist della linea guida internazionale STROBE (Strenghtening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), specifica per la corretta redicontazione degli studi osservazionali e trasversali (von Elm et al., 2007).

2.2 Campione e criteri di Inclusione/Esclusione

La popolazione target del presente studio è costituita dai professionisti della salute mentale (psicologi e psicoterapeuti) operanti all'interno delle strutture ospedaliere del territorio nazionale. Per la selezione dei partecipanti sono stati definiti specifici criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Inquadramento professionale come Psicologo/Psicoterapeuta operante all'interno di un reparto/struttura ospedaliera o assegnato a servizi dedicati al supporto dell'équipe assistenziale ed infermieristica;

- Esercizio della professione presso strutture sanitarie pubbliche o private situate sul territorio italiano
- Adesione volontaria allo studio, tramite anonimato

Criteri di esclusione:

- Psicologi o Psicoterapeuti che non lavorano all'interno della sanità o che non si occupano di personale infermieristico

Per lo studio è stato adottato un metodo di campionamento di convenienza (non probabilistico). La selezione dei partecipanti è avvenuta su base volontaria, e in forma totalmente anonima, previa informativa iniziale sulle finalità della ricerca presentata all'apertura dell' strumento di rilevazione. Al fine di garantire la maggior rappresentatività geografica e organizzativa possibile, la somministrazione è stata distribuita in modo omogeneo tra i professionisti che operano tra Nord, Centro e Sud Italia.

2.3 Strumento di rilevazione

La raccolta dei dati è avvenuta tramite la somministrazione di un questionario *online* predisposto sulla piattaforma Google Moduli[1], per un totale di 15 item ad opzione di risposta chiusa e con scale di valutazione . All'apertura del modulo è stata inserita una nota informativa preliminare volta ad illustrare ai partecipanti il contesto accademico della ricerca, gli obiettivi dello studio e le garanzie fondamentali in merito al trattamento dei dati. Nello specifico è stato esplicitato che la compilazione avvenga **in forma completamente anonima**, e che le informazioni raccolte vengano analizzate in modo esclusivamente aggregato; a tale fine , nelle impostazioni della piattaforma è stata disabilitata la raccolta automatica degli indirizzi e-mail e qualsiasi altro dato identificativo. L'accesso e la volontaria compilazione del professionista hanno quindi costituito l'espressione del consenso informato telematico alla partecipazione.

[1] Il modulo di rilevazione è consultabile al seguente link: https://drive.google.com/file/d/1nGMPOsRkJ-n78g57auheUNreLPvzVt6z/view?usp=drive_link

Dal punto di vista strutturale , lo strumento è stato organizzato in tre macro-aree di indagine:

1. **Inquadramento sociodemografico e professionale:** volta a rilevare l'anzianità di servizio, l'area clinica di appartenenza e la tipologia di contratto;
2. **Modalità operative dell'intervento:** finalizzata a definire la tipologia di attività svolte dallo psicologo nei reparti e il target delle prestazioni (rivolte al supporto dell'èquipe infermieristica)
3. **Percezione di efficacia e utilità:** tesa a valutare la percezione dell'impatto clinico e organizzativo dell'attività svolta, integrando dei quesiti specifici dedicati alla funzionalità di integrazione tra psicologo e infermiere.

2.4 Modalità di somministrazione, raccolta e analisi statistica dei dati

La somministrazione del questionario è avvenuta interamente in modalità telematica tramite l'invio del link d'accesso al modulo Google Forms. I recapiti di posta elettronica degli Psicologi/Psicoterapeuti sono stati reperiti consultando i portali web istituzionali delle aziende sanitarie, università e Ordini Professionali.
Al fine di garantire un'equa copertura geografica sul territorio nazionale, l'invito è stato indirizzato a circa 150 professionisti operanti in modo bilanciato tra Nord, Centro e Sud Italia. La campagna di reclutamento è stata avviata nel mese di maggio 2026 e terminata alla fine di settembre 2026, nell'arco di questa tempistica sono stati effettuati vari solleciti a i suddetti indirizzi e-mail.

I dati raccolti tramite la piattaforma Google Forms sono stati estratti in formato matriciale ed elaborati mediante l'ausilio di fogli di calcolo per l'analisi statistica descrittiva. Le variabili qualitative e ordinali sono state analizzate ed espresse in termini di frequenza assolute (n) e percentuali ($\%$). Per eventuali variabili quantitative continue è stato previsto il calcolo degli indici di tendenza centrale e di dispersione (media e deviazione standard),

i risultati sono stati successivamente sintetizzati in tabelle e rappresentazioni grafiche dedicate per facilitarne la lettura e l'interpretazione.

2.5 Aspetti etici

Lo studio è stato condotto nel pieno rispetto dei principi etici stabiliti secondo la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679-GDPR). La partecipazione allo studio è avvenuta su base strettamente volontaria e in forma completamente anonima. Per garantire la riservatezza dei partecipanti, nelle impostazioni dello strumento di rilevazione è stata espressamente disabilitata la raccolta automatica degli indirizzi e-mail e di qualsiasi altro identificativo o di tracciamento IP; l'informativa dei dati e sulle finalità della ricerca è stata presentata sulla pagina di apertura del modulo; l'accesso e la successiva compilazione del questionario da aprte dei professionisti hanno pertanto costituito l'espressione formale del consenso informato telematico alla partecipazione.

Capitolo 3

Risultati

Il presente capitolo espone i risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti tramite il questionario somministrato. L'indagine ha coinvolto un campione di *N=29* partecipanti. Il modulo di rilevazione, articolato in 15 quesiti, è stato suddiviso in tre macroo-aree d'indagine principali: caratteristiche del modello organizzativo e della formazione del professionista; mappatura della distribuzione e della presenza nei contesti clinici; analisi dei bisogni infermieristici e risposte operative dell'equipe.

Di seguito vengono analizzate le risposte ottenute, alternando la rappresentazione grafica delle variabili chiave a una descrizione analitica dei dati rilevati.

3.1 Caratteristiche del modello organizzativo e della formazione dei professionisti

La presente sezione è dedicata all'analisi del profilo generale dei professionisti che hanno preso parte all'indagine, con un focus specifico sulla loro preparazione specialistica e sulle caratteristiche strutturali dell'operatività quotidiana.
In particolare, attraverso l'esame dei quesiti del modulo di rilevazione, vengono approfonditi aspetti fondamentali quali titoli ad alta formazione posseduti, il contesto di degenza o il reparto di appartenenza e l'anzianità di servizio maturata sul campo. L'indagine di tali variabili consente di tracciare una prima mappatura dettagliata del singolo professionista, fornendo il quadro contestuale e formativo indispensabile per interpretare correttamente le risposte relative all'integrazione nell'équipé e alle dinamiche organizzative.
Di seguito vengono analizzate nel dettaglio i dati emersi dalle singole domande afferenti a questa prima aerea tematica.

3.1.1 Titolo di formazione post-laurea

Il primo quesito del modulo di rilevazione ha indagato il titolo di studio post-laurea prevalente posseduto dai rispondenti in ambito clinico. L'obbiettivo di questa rilevazione è identificare il livello di specializzazione e il background formativo di partenza dei professionisti coinvolti nello studio.
Dall'analisi delle risposte emerse su un campione di 29 partecipanti, si evidenzia una netta prevalenza di soggetti in possesso della Specializzazione in Psicoterapia, indicata da 24 professionisti (pari all' 82,8% del campione). Per quanto riguarda i percorsi di alta formazione specifica focalizzati sul contesto ospedaliero e dell'emergenza, si registrano numeri più contenuti: 4 partecipanti dichiarano di possedere un Master in Psicologia Ospedaliera (14,8%), e 2 un Master in Psicologia dell'Emergenza (6,9%) e singoli partecipanti riportano Master in ambiti specifici come la ginecologia/ostetrica o percorsi a indirizzo psicodinamico, cognitivo e psicoanalitico infantile (ciascuno rappresentato dal 3,4%). Trattandosi di un quesito a risposta multipla (in cui i partecipanti potevano indicare più di un titolo conseguito), le percentuali riportate sono calcolate sul totale del campione.
I dati raccolti delineano un quadro chiaro: la quasi totalità dei professionisti afferenti ai contesti clinici analizzati possiede una solida formazione specialistica di tipo psicoterapeutico quadriennale. Di contro, i percorsi formativi fortemente orientati alle specifiche dinamiche dell'ambiente ospedaliero e dell'emergenza sanitaria costituiscono ancora una quota minoritaria. Tale evidenza suggerisce come, a fronte di una strutturata preparazione psicoterapeutica di base, la formazione mirata alle peculiarità dei reparti ad alta intensità assistenziale rappresenti un ambito con ampi margini di sviluppo e integrazione.

3.1.2 Tipologia e contesti clinici di prevalenza

Un ulteriore elemento fondamentale per tracciare il profilo operativo dei professionisti riguarda la mappatura dei reparti e dei contesti di degenza in cui essi svolgono prevalentemente la propria attività clinica.
Dall'analisi delle risposte emersi su un totale di *N=29* partecipanti, si rileva una spiccata concentrazione nell'ambito dell'**Oncologie e Cure Palliative**, indicato da 6 professionisti, pari al **20,7%** del campione. Segue l'area d'emergenza e delle cure intensive, rappresentata dal **Pronto Soccorso** con 3 rispondenti (10,3%) e della **Rianimazione/Terapia Intensiva** con 2 rispondenti (6,9%).

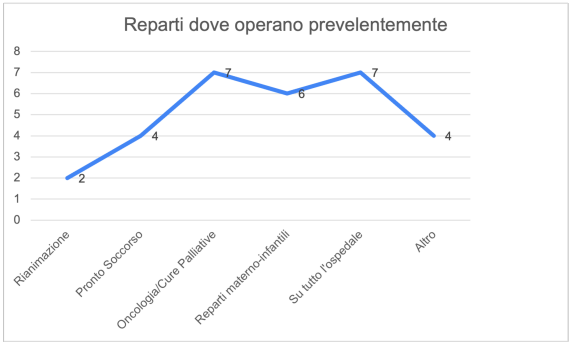

Figura 3.1: Contesti clinici di prevalenza

Nel loro insieme, le aree critiche e l'ambito oncologico-palliativo assorbono quasi il 40% delle presenze complessive, confermando l'ipotesi iniziale secondo cui i contesti di intensità assistenziale a elevato impatto emotivo manifestino un bisogno primario e consolidato di supporto psicologico in équipè. Tuttavia, il dato più significativo che emerge dalla rilevazione è la spiccata frammentazione e la capillarità della presenza nei diversi settori specialistici ospedalieri (ciascuno rappresentato dal 3,4%). Tra questi si segnalano centri ultraspecialistici come: Centro Fibrosi Cistica, Diabetologia, Riabilitazione cognitiva e tanti altri. Vi è in oltre una quota di professionisti che dichiara di lavorare in maniera trasversale su tutta la struttura ospedaliera (pari a circa al **10,3%** .
I dati dimostrano come la necessità di un'integrazione psicologica non sia limitata esclusivamente ai reparti tradizionalmente considerati "ad alto rischio" emotivo, ma si estenda progressivamente ad una pluralità di contesti clinici e assistenziali.

3.1.3 Anzianità di servizio

Un ulteriore indicatore di primaria importanza per valutare il livello di radicamento del servizio riguarda l'anzianità di servizio maturata dai professionisti all'interno dello specifico reparto di appartenenza. Dall'analisi dei dati si rileva che la maggioranza dei rispondenti, pari al **79,3%** del campione *(n=23)*, opera nello stesso contesto clinico da oltre 5 anni. Una quota minoritaria dichiara un'anzianità compresa tra 1 e 3 anni (17,2%), mentre solo il 3,4% afferisce al reparto da un periodo compreso tra i 3 e i 5 anni. Risulta invece **del tutto assente** la fascia relativa a un'anzianità inferiore a 1 anno(0%). Tale evidenze descrivono un quadro caratterizzato da un'elevata stabilità professionale e da una spiccata continuità operativa. Il dato di oltre 5 anni suggerisce come, laddove il servizio viene attivato e integrato nelle dinamiche di reparto, esso tenda a non configurarsi come un intervento estemporaneo o emergenziale, bensì come una risorsa strutturata e continuativa

nel tempo. Tale stabilità rappresenta un presupposto fondamentale per la costruzione di relazioni di fiducia solide con l'équipe e ci dimostra come laddove il servizio è stato attivato è anche poi longevo nel tempo.

3.1.4 Natura della collaborazione della struttura

Il presente quesito analizza la natura formale del rapporto di lavoro che lega i professionisti alla struttura sanitaria di riferimento, fornendo elementi utili per comprendere il livello di stabilità e inquadramento organizzativo.
Trattandosi di un quesito che rileva la tipologia contrattuale prevalente, l'analisi dei dati relativi al campione (*N=29*) evidenzia come la maggior parte dei rispondenti presenti un **incarico a tempo indeterminato** all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, rappresentando il **48,3%** delle risposte (*n=14*). La seconda forma di collaborazione più frequente è costituita dalla consulenza in regime di libera professione, indicata dal 24,1% dei partecipanti. Seguono, con quote minori, gli incarichi a tempo determinato (6,9%) e altre forme strutturate a convenzione universitaria o con funzioni gestionali e apicali (13,8%).



Figura 3.2: Tipologia di rapporto contrattuale e natura della collaborazione.

La prevalenza di contratti a tempo indeterminato rappresenta un elemento di fondamentale importanza, che si ricollega direttamente a quanto emerso nel quesito precedente relativo all'anzianità del reparto. La stabilità contrattuale costituisce infatti un presupposto indispensabile per garantire la **continuità assistenziale** e la solidità dei percorsi di

supporto. Un professionista inserito in maniera stabile e duratura può affiancare l'équipe infermieristica per più anni, evitando la frammentazione degli interventi e il continuo avvicendamento delle figure di riferimento.

3.2 Mappatura della distribuzione e della presenza nei contesti clinici

Questo paragrafo si presterà ad analizzare dettagliatamente la dimensione strutturale dell'integrazione: come la distribuzione geografica, i promotori dell'attivazione e anche la definizione degli obbiettivi dell'intervento.
L'obbiettivo di questo paragrafo non è dunque quello di esaminare la dimensione personale dell'operatore, bensì ciò che l'operatore ha vissuto durante l'integrazione nel servizio all'interno delle differenti realtà sanitarie del territorio nazionale. Attraverso le percezioni e le valutazioni dei rispondenti, vengono indagati gli elementi chiave che definiscono l'assetto del servizio nei contesti di degenza. Tale disamina consente di comprendere in che modo i contesti ospedalieri abbiano recepito, formalizzato e strutturato la presenza di questa figura, evidenziando la variabilità dei modelli organizzativi adottati e il grado di pianificazione istituzionale alla base del servizio.

3.2.1 Distribuzione geografica

La mappatura territoriale rappresenta un indicatore cruciale per comprendere l'omogeneità di penetrazione del servizio psicologico nei contesti ospedalieri italiani.
I dati quantitativi raccolti (*N=29*) evidenziano una marcata sproporzione nella distribuzione geografica delle risposte: la stragrande maggioranza dei professionisti afferisce a strutture ubicate nel **Nord Italia** , rappresentano circa il **79,3%** del campione. Seguono con quote inferiori, le regioni del **Centro**, con il **13,8%** e la macro-area **Sud e Isole**, che si attesta ad appena il **6,9%**.

Tale evidenza quantitativa acquisisce un valore analitico ancora più rilevante se riletta alla luce delle note metodologiche relative alla fase di campionamento e reclutamento. In fase di somministrazione del questionario, infatti il contatto è stato indirizzato in maniera omogenea ed bilanciata verso professionisti e strutture del Nord, del Centro e del Sud Italia (su un bacino complessivo di circa 200 selezionati). Ciononostante, il processo di

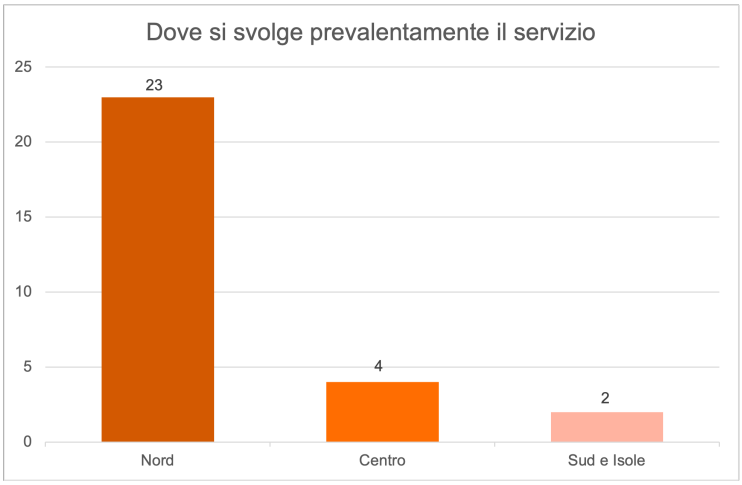

Figura 3.3: Distribuzione geografica delle strutture sanitarie coinvolte.

reperimento dei contatti e la successiva adesione hanno riscontrato rilevanti criticità di natura strutturale:

1. **Reperibilità:** Nelle Isole e nel Sud è stata riscontrata una maggiore difficoltà nell'individuazione dei recapiti dei vari professionisti.

2. **Organizzazione e strutturazione del servizio:** Al Nord, la presenza di reti di psicologia ospedaliera e di servizi dedicati appare maggiormente istituzionalizzata e coordinata, fatto che ha facilitato il tracciamento dei professionisti e garantito un'elevata prontezza di risposta.

Il tasso di risposta complessivo (29 adesioni su circa 200 professionisti contattati) conferma prima di tutto una marcata scarsità e frammentazione della figura dello psicologo di reparto su scala nazionale. In questo scenario di generale carenza, la forte sproporzione a favore del Settentrione non rispecchia un mero bias di selezione, bensì un vero e proprio **divario territoriale**,nella continuità ed erogazione del servizio. Tale asimmetria risulta particolarmente critica sul piano dell'equità assistenziale: trattandosi di una funzione di supporto fondamentale per la presa in carico olistica del paziente e dell'équipe, la disparità nella sua presenza geografica pregiudica l'uniformità dei livelli di cura sul territorio nazionale.

3.2.2 Promotori dell'attivazione del servizio

Un altro tassello fondamentale per comprendere l'assetto organizzativo riguarda l'individuazione dei soggetti o delle istituzioni che hanno promosso e sostenuto l'integrazione della figura dello psicologo all'interno del reparto. Identificare la fonte della richiesta iniziale permette infatti di comprendere da chi nasca la percezione del bisogno assistenziale

e quale sia il livello di endorsement aziendale alla base dell'iniziativa.
Dal punto di vista quantitativo, prendendo in considerazione l'intero campione di rispondenti (*N=29*), la maggior parte dei partecipanti indica che l'attivazione del servizio è stata direttamente promossa o sponsorizzata dalla **Direzione Medica o Aziendale**, rappresentando così il **62,1%** delle indicazioni complessive (18 votanti). Seguono le Associazioni di volontariato o Onlus esterne con il 24,1%, la richiesta esplicita del personale di reparto (medici o infermieri) con il 17,2% , i fondi di ricerca universitari con il 6,9% e la Direzione delle Professioni Sanitarie con il 3,4% .
Il dato relativo alla netta prevalenza della Direzione Medica e Aziendale assume una rilevanza cruciale sul piano dell'analisi istituzionale. Sebbene la figura dello psicologo ospedaliero risulti complessivamente poco diffusa sul territorio nazionale, il fatto che, nei contesti in cui è presente, l'iniziativa sia stata promossa ai vertici della governance sanitaria testimoniano una consapevolezza strategica da parte delle istituzioni ospedaliere. L'interesse espresso direttamente dalle direzioni aziendali dimostra che il bisogno di un supporto psicologico integrato non viene percepito come un intervento accessorio o estemporaneo, bensì come un valore aggiunto strutturato per la qualità delle cure e la gestione della complessità assistenziale all'interno delle strutture di ricovero.

3.2.3 Origine della domanda iniziale

In stretta continuità con la disamina dei soggetti promotori, l'indagine ha approfondito l'origine della domanda iniziale che ha concretamente determinato l'attivazione dell'intervento psicologico nei contesti di ricovero. L'analisi incrociata di questi due aspetti evidenzia una sovrapposizione significativa tra le figure che hanno sposnsorizzato il servizio e quelle che ne hanno fromalizzato il bisogno primario.
Dal punto di vista quantitativo, calcolato l'intero campione (*N=29*), la risposta prevalente individua nella **Dirigenza Medica** la fonte primaria della richiesta, con il **58,6%**, a cui si affianca la Direzione Sanitaria con il 20,7%, mentre per quanto riguarda il Coordinatore Infermieristico abbiamo il 13,8% infine direttamente dal Personale infermieristico di linea al 10,3%.
La concordanza tra i soggetti sponsor e i promotori della domanda iniziale conferma l'esistenza di un percorso coerente: le direzioni sanitarie e le dirigenze mediche non si sono limitate ad approvare burocraticamente la presenza dello psicologo, ma ne hanno promosso, sponsorizzato e strutturato attivamente l'ingresso nei reparti, riconoscendone il valore clinico e gestionale.
Al contempo assume uno straordinario interesse assistenziale il dato relativo alla componente infermieristica. Sommando i contributi espressi dal personale di linea e dal coordinamento infermieristico, si evidenziano complessivamente **7 indicazioni ovvero il**

24,1 % del campione, originate direttamente dall'area infermieristica. Poiché il coordinatore infermieristico interpreta e formalizza i bisogni operativi manifestati dal proprio personale sul campo,tale dato riflette una richiesta di supporto genuina e bootom-up. Ciò dimostra come, anche di fronte a un'attivazione prevalentemente istituzionale, esista una quota significativa di infermieri che esprime autonomamente la necessità di integrazione psicologica, sia per la gestione della complessità assistenziale dei pazienti sia per la tutela del benessere dell'équipe.

3.2.4 Definizione degli obiettivi operativi dell'intervento

Un ulteriore elemento cardine nella valutazione dell'assetto organizzativo riguarda le modalità attraverso cui vengono definiti gli obiettivi operativi dell'intervento psicologico all'interno del reparto. Su un totale di *N=29* rispondenti (con 28 risposte segnate al quesito), la modalità prevalente vede gli obiettivi **concordati con il Coordinatore o Primario del reparto** nel **51,7%** dei casi, ovvero 15 rispondenti, affiancarsi all'opzione in cui gli stessi sono stati definiti dal professionista a seguito di un'attenta analisi dei bisogni nel 44,8% dei casi. Residuali risultano le definizioni a priori da parte dell'ente finanziatore (13,8%).

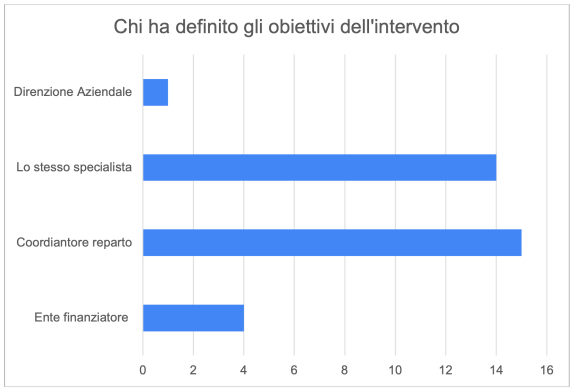

Figura 3.4: Modalità di definizione degli obiettivi

Questo quadro assume una valenza particolarmente positiva sul piano metodologico e organizzativo. Sebbene, come emerso in precedenza, l'attivazione iniziale tragga spesso impulso dai vertici delle direzione aziendale o medica, la declinazione pratica e la

formulazione degli obiettivi non avvengono mai in modo autoreferenziale o calato dall'alto da autorità esterne avulse dalla realtà clinica. Al contrario, la forte incidenza di obiettivi concordati con la leardership di reparto o strutturati direttamente dallo psicologo sul campo dimostra che l'intervento risponde a una reale aderenza contestuale. Chi vive quotidianamente le dinamiche assistenziali partecipa attivamente alla focalizzazione dei traguardi da raggiungere. A ciò si aggiunge il riscontro fondamentale relativo all'esecuzione dell'**analisi dei bisogni** (presente in quasi la metà del campione): la presenza di questa fase preliminare attesta che il servizio poggia su basi rigorose e strutturate, scongiurando interventi estemporanei e confermando la solidità metodologica dell'impianto assistenziale.

3.3 Analisi dei bisogni infermieristici e risposte operative dell'equipe

Se le sezioni precedenti hanno consentito di tracciare il profilo dei professionisti e di delineare l'architettura organizzativo-istituzionale del servizio, la presente macro-area costituisce il vero e proprio **nucleo conoscitivo del lavoro di ricerca**. In qualità di studio condotto in ambito infermieristico, questa sezione sposta l'attenzione sugli interventi concretamente erogati a supporto del personale di assistenza e sulle relative dinamiche di risposta espresse dall'équipe.
L'obiettivo di questo paragrafo è dunque quello di declinare le modalità operative attraverso cui la figura dello psicologo di reparto si integra nella quotidianità assistenziale. Verranno analizzate sia le tipologie di attività rivolte in modo specifico agli infermieri, sia il livello di partecipazione e di accoglienza riscontrato sul campo. L'esame di questi aspetti permette di comprendere non solo cosa sia stato realizzato per sostenere la professione infermieristica, ma anche in che modo tali risposte operative siano state recepite dagli operatori, offrendo una chiave di lettura fondamentale per la qualificazione dei contesti di cura e del benessere organizzativo.

3.3.1 Tipologia di interventi e strumenti operativi adottati

L'analisi dell'operatività dello psicologo all'interno dei reparti richiede un'indagine congiunta sia rispetto alla **natura prevalente degli interventi** erogati a supporto del personale infermieristico, sia in merito agli **strumenti metodologici** abitualmente utilizzati nella pratica clinica.
Per quanto concerne la tipologia di intervento (quesito a risposta multipla su *N=29*) l'evidenza di maggior rilievo è rappresentata dal **supporto psicologico di gruppo**, indicato

da ben 18 professionisti, ovvero il **62,1% del campione**. Segue la formazione tecnica come la comunicazione, gestione del lavoro d'équipe e dello stress, segnalata dal 51,7% dei rispondenti, il supporto psicologico individuale con il 34,5% e gli interventi orientati al clima organizzativo con il 37,9%. Ulteriori attività minoritarie comprendono la collaborazione su casi clinici complessi, corsi di formazione specifici e progetti di miglioramento della qualità assistenziale.
La spiccata prevalenza del supporto di gruppo rappresenta un riscontro di primaria importanza per la disciplina infermieristica. Come evidenziato dalla revisione della letteratura scientifica richiamata nel primo capitolo, il lavoro d'équipe e i gruppi di condivisione costituiscono uno dei presidi metodologici più efficaci per contrastare la *compassion fatigue* e prevenire la sindrome del burnout, risultando nettamente più incisivi rispetto a interventi esclusivamente individuali. Parallelamente l'elevata frequenza della formazione tecnica, conferma la necessità risentita dagli infermieri di sviluppare competenze trasversali e strategia di coping per affrontare la complessità relazionale con il paziente e i caregiver.
In stretta continuità con la tipologia di intervento, l'analisi delle risposte aperte relative agli **strumenti metodologici** adoperati evidenzia il **colloqui clinico (individuale o di gruppo)** rappresenti il cardine operativo essenziale e maggiormente citato dai professionisti. A questo si affianca un ampio ricorso a strumenti di valutazione quantitativa e strutturata, quali test psicometrici standardizzati, questionari specifici per la misurazione del burnout e glirglie di osservazione del clima di reparto. Risulta di straordinario interesse metodologico la presenza di strumenti esperienziali ed evoluti, quali il role-playing, le esercitazioni sulle dinamiche di gruppo, le simulazioni per l'insegnamento della comunicazione e l'uso di griglie di osservazione partecipata. L'impiego di queste tecniche attive dimostra come il supporto rivolto agli infermieri non si limiti a un'assistenza passiva o puramente contenitiva, ma promuova un vero e proprio apprendimento esperienziale in grado di consolidare la resilienza e le abilità relazionali dell'intero gruppo di lavoro.

3.3.2 Principali riferimenti operativi all'interno del reparto

L'efficacia dell'integrazione dello psicologo dipende in gran parte dall'individuazione di figure chiave dell'équipe di reparto che facciano da ponte con il personale assistenziale. I dati quantitativi *N=29*, quesito a risposta multipla, indicano che il principale referente operativo è rappresentato dal **Primario o Direttore di Unità Operativa** con il il **65,5%** delle indicazioni. Segue il **Coordinatore Infermieristico** con il 41,4%, mentre una quota pari al 17,2% dei rispondenti dichiara di non avere alcun referente e di operare in totale autonomia.
Dall'analisi di questi dati emergono due importanti criticità organizzative. In primo luogo, la spiccata prevalenza del Primario quale figura di riferimento primario (rispetto a un più

contenuto ricorso al Coordinatore Infermieristico) rischia di creare uno scollegamento operativo: poichè gli interventi sono destinati in larga parte al personale di assistenza, il Coordinatore rappresenterebbe il canale più idoneo per intercettare i bisogni reali della professione infermieristica e garantire un inserimento meno brusco dell'attività psicologica nelle dinamiche d'èquipe.
In secondo luogo, il fatto che quasi un quinto dei professionisti (17,2%), operi in completa autonomia segnala il rischio di un isolamento professionale, in cui l'intervento psicologico rischia di rimanere un'attività parallela ed estemporanea piuttosto che un servizio realmente integrato nella governance dell'assistenza.

3.3.3 Valutazione dell'efficacia dell'intervento e principali bisogni emersi

Un nodo cruciale per la validazione di qualsiasi modello di supporto psicologico in ambito sanitario riguarda la misurabilità dei suoi esiti e la rilevazione sistematica dei bisogni assistenziali. Per quanto concerne la **valutazione dell'efficacia dell'intervento** (*N=29*, quesito a risposta multipla) i dati offrono uno scenario marcatamente polarizzato e di profonda riflessione critica. Da un lato, il **41,4%** dei rispondenti dichiara di monitorare l'efficacia attraverso un percorso strutturato che prevede un'analisi dei bisogni iniziale e una valutazione finale, a cui si aggiunge un modesto 6,9% che effettua solo l'analisi iniziale.
Dall'altro lato emerge un dato di notevole criticità: ben il **51,7% del campione dichiara che non è prevista alcuna forma di valutazione formale** del servizio. Questa forte prevalenza di contesti privi di monitoraggio strutturato rappresenta un punto debole di primaria importanza nell'attuale panorama organizzativo. Trattandosi di un servizio relativamente recente e non ancora universalmente diffuso, l'assenza di una verifica formale degli esiti impedisce di certificarne l'effettiva adeguatezza e qualità. Nello specifico, si rischia di dare per scontato che il servizio risponda positivamente alle necessità del personale, senza tuttavia interpellare direttamente la voce e il feedback degli utenti finali, ovvero gli infermieri stessi. Senza un riscontro costante sulla percezione di chi vive quotidianamente il carico assistenziale, l'intervento psicologico rischia di perdere aderenza rispetto ai reali bisogni del reparto, evidenziando la necessità urgente di introdurre standard di valutazione d'esito strutturati e bidirezionali.

A completamento di questa analisi, l'indagine ha esplorato mediante una domanda aperta **le principali questioni e bisogni emergenti** (*N=27*), durante il supporto al personale infermieristico, lasciando ai professionisti la piena libertà di esprimere le proprie osservazioni

cliniche sul campo. Sebbene la maggior parte delle segnalazioni riconduca inevitabilmente al burnout e al sovraccarico psicofisico, alcuni rispondenti si sono spinti a una riflessione più profonda e sistematica. Da tali contribuenti emerge come sia riduttivo etichettare il disagio infermieristico con la sola categoria del burnout: gli infermieri affrontano quotidianamente una molteplicità di problemi spesso sottovalutati, che tendono a stratificarsi fino a deflagrare in un malessere collettivo. Secondo i clinici, la criticità risiede nel fatto che tali bisogni rimangono frequentemente inascoltati, finché non compromettono il benessere dell'operatore, nonostante si tratti di questioni gestibili se intercettate tempestivamente attraverso un ascolto attivo dell'esperienza concreta. Accanto a questa visione d'insieme, le risposte puntuali confermano la presenza di macro-tematiche ricorrenti:

1. **La fatica morale (moral distress) e la gestione del fine vita**;
2. **Le dinamiche conflittuali d'équipe**;
3. **Le difficoltà di conciliazione e la gestione della relazione con i caregiver**.

L'insieme di queste evidenze sottolinea come l'intervento psicologico non debba configurarsi come una risposta estemporanea alle emergenze, bensì come uno spazio di ascolto e rielaborazione strutturato, capace di cogliere la complessità e la stratificazione del vissuto infermieristico all'interno dell'organizzazione ospedaliera.

3.3.4 Analisi delle barriere all'integrazione dello psicologo in reparto

Un passaggio fondamentale per comprendere la fattibilità e la sostenibilità dei modelli di supporto psicologico nei contesti di ricovero consiste, nell'individuazione dei fattori ostacolanti. Rilevare quali barriere limitino il raggiungimento degli obiettivi clinici rappresenta infatti il presupposto indispensabile per pianificare future strategie correttive e per ottimizzare l'integrazione dello psicologo all'interno dell'équipe assistenziale.
L'indagine ha valutato quattro potenziali ostacoli su una **scala Likert** da 1 (per nulla) a 5 (Moltissimo) (N=29), i cui esiti consentono un'analisi puntuale e differenziata delle singole criticità.

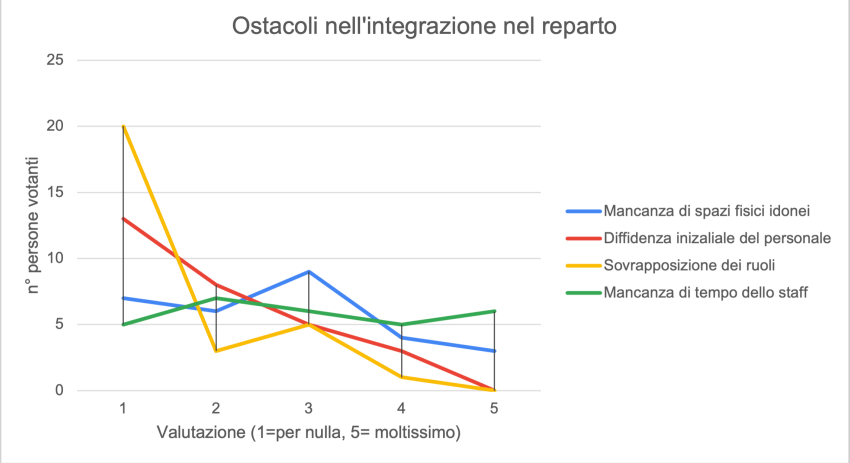

Figura 3.5: Valutazione delle barriere all'integrazione dello psicologo in reparto (Scala 1-5).

1. **Mancanza di spazi fisici idonei:** i dati mostrano una distribuzione disomogenea, con una concentrazione prevalente sui valori intermedi (valore 3) e un punteggio massimo di ostacolo (valore 5) indicato da 3 professionisti. Pur non configurandosi come barriera assoluta o unanime per l'intero campione, la carenza strutturale di ambienti dedicati alla riservatezza e al colloquio clinico emerge come un ostacolo concreto. Tale problema risulta particolarmente complesso da sradicare, in quanto legato ai limiti logistici e alla rigidità dell'architettura ospedaliera preesistente.

2. **Diffidenza iniziale del personale:** le risposte evidenziano una netta prevalenza dei valori minimi di ostacolo (valore 1, 13 rispondenti), a fronte dell'assenza totale del punteggio massimo. Solo una ridotta minoranza ha segnalato un ostacolo di livello 4. Questo riscontro assume una valenza estremamente positiva, dimostrando che l'atteggiamento dell'équipe infermiristica nei confronti dello psicologo è tendenzialmente privo di pregiudizi o resistenze preconcette, limitando le eventuali barriere relazionali solo a specifici contesti di reparto.

3. **Sovrapposizione di ruoli:** questo fattore raccoglie la quasi totalità dei consensi sul valore minimo (valore 1, 20 rispondenti) attestando in maniera inequivocabile come la presenza dello psicologo non venga percepita dall'équipe come un'invasione di campo o una sovrapposizione funzionale rispetto alle competenze infermieristiche e mediche.

4. **Mancanza di tempo dello staff:** quest'ultimo elemento si configura come riscontro in assoluto più preoccupante e rilevante dell'intera indagine. Ben **6 professionisti hanno assegnato il punteggio massimo di ostacolo (valore=5)**, a cui si aggiungono

le valutazioni di livello 4 e 3, rendendo la carenza temporale la barriera maggiormente percepita sul campo.

L'analisi di quest'ultimo dato mette in luce una profonda contraddizione strutturale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. La drammatica carenza cronica di organico e l'elevato carico assistenziale a cui sono sottoposti gli infermieri finiscono per impedire proprio l'accesso a quegli interventi di supporto pensati per tutelarne la salute mentale e prevenire il burnout. Si genera così un vero e proprio **paradosso assistenziale**: i professionisti dell'assistenza, quotidianamente impegnanti nel garantire la cura e la salute dell'intera cittadinanza, si trovano nell'impossibilità materiale di ritagliarsi il tempo necessario per pendersi cura di se stessi. Tale evidenza dimostra come l'efficacia di qualsiasi servizio di psicologia ospedaliera rimanga subordinato a politiche organizzative capaci di garantire risorse umane e tempi di lavoro sostenibili.

3.3.5 Autovalutazione dell'efficacia dell'intervento

Dall'analisi della valutazione attribuita dagli psicologi alla qualità del lavoro svolto a supporto del personale infermieristico (misurata su scala Likert da 1 a 5) emerge una percezione complessivamente positiva, seppur improntata alla cautela.
Quasi la totalità del campione si attesta su punteggio intermedi o medio-alti, il 48,3% attesta buono/efficace invece il 44,8% attesta un valore intermedio/sufficiente. L'assenza quasi totale di punteggi estremi denota una chiara consapevolezza professionale da parte dei rispondenti: pur ritenendo il proprio operato utile e strutturato, gli stessi specialisti riconoscono l'esistenza di un ampio **margine di miglioramento** nell'efficacia e nell'impatto dei servizi offerti.
Tuttavia l'interpretazione di questo dato richiede una **rilevante riflessione di natura metodologica**. L'autovalutazione espressa dagli psicologi si configura principalmente come una deduzione soggettiva e autoreferenziale dell'operatore, poichè (come evidenziato nelle sezioni precedenti) nella maggioranza dei contesti d'intervento **manca una strutturata valutazione post-intervento somministrata agli Infermieri**. Il giudizio sulla qualità delle prestazioni erogate risulta pertanto parziale: pur offrendo una stima importante della percezione che gli psicologi hanno del proprio operato, l'assenza di uno strumento di rilevazione del feedback diretto da parte degli infermieri (i reali benefici del servizio) costituisce un critico **gap valutativo**. La raccolta sistematica delle opinioni e del grado di soddisfazione dell'équipe infermieristica rappresenterebbe infatti l'unico indicatore oggettivo per validare l'impatto reale del supporto psicologico e per pianificare future strategie d'integrazione basate sulle reali esigenze percepite.

Capitolo 4

Conclusioni

Il presente capitolo si propone di tracciare una sintesi ragionata dei principali traguardi raggiunti attraverso l'indagine conoscitiva condotta, riannodando i fili della trattazione e mettendo in luce il valore conoscitivo emerso dal lavoro di tesi.
In particolare, dopo aver riassunto i risultati chiave relativi al ruolo e all'impatto dello psicologo di reparto nel contesto assistenziale infermieristico, la trattazione si focalizzerà sulle implicazioni pratiche e organizzative per la professione. Contestualmente, verranno analizzati con rigore metodologico i limiti che hanno caratterizzato lo studio, al fine di delineare raccomandazioni concrete e prospettive di sviluppo futuro per l'integrazione stabile di questa figura nei contesti sanitari.

4.1 Sintesi dei principali risultati e raggiungimento degli obiettivi

Il primario obiettivo del presente lavoro di tesi risiedeva nella volontà di delineare una mappatura conoscitiva del fenomeno dello psicologo di reparto nel contesto sanitario territoriale, analizzandone l'effettiva presenza, la tipologia di integrazione e la risposta ai bisogni del personale infermieristico.
Alla luce dei dati raccolti ed elaborati, è possibile affermare che gli obiettivi conoscitivi prefissati sono stati pienamente perseguiti e soddisfatti. L'indagine ha infatti consentito di:

- **Mappare la presenza e la tipologia di servizio:** definendo un quadro chiaro della diffusione dello psicologo di reparto sul territorio e delle differenti modalità contrattuali e organizzative con cui tali professionisti operano.
- **Rilevare bisogni del personale infermieristico:** evidenziando come il supporto psicologico rappresenti uno strumento imprescindibile per la prevenzione e la gestione dello stress lavoro-correlato e del burnout.

- **Identificare la tipologia di interventi erogati:** distinguendo tra azioni individuali, di gruppo e attività di debriefing rivolte all'équipe assistenziali.
- **Analizzare le principali criticità organizzative:** portando alla luce i principali ostacoli che limitano la piena efficacia del servizio, quali la mancanza di spazi fisici dedicati, la carenza di tempo legato ai carichi di lavoro e la diffidenza iniziale.

In sintesi, pur nei limiti di una rilevazione campionaria, lo studio è riuscito nell'intento di fornire un'inedita e puntuale panoramica sul territorio, confermando come la figura dello psicologo di reparto non rappresenti un mero elemento accessorio, bensì una risorsa strategica orientata alla tutela del benessere organizzativo e della qualità dell'assistenza erogata.

4.2 Implicazioni per la pratica infermieristica

I risultati emersi dal presente lavoro di ricerca mettono in luce implicazioni di primaria rilevanza per l'esercizio della professione infermieristica e per la gestione delle strutture sanitarie. L'elemento di maggior valore applicativo risiede nella constatata **sostenibilità ed eseguibilità degli interventi:** l'implementazione di un servizio di supporto psicologico di reparto non richiede infatti infrastrutture complesse o investimenti tecnologici imponenti, bensì la riorganizzazione delle risorse umane e la valorizzazione della risorsa "tempo".
Dall'analisi si evince chiaramente come la tutela della salute mentale dell'infermiere produca un **doppio effetto benefico:**

1. **A livello individuale e professionale:** garantire al personale infermieristico spazi temporali protetti da dedicare al proprio benessere psicologico permette di prevenire il sovraccarico emotivo, ridurre il rischio di burnout e migliorare la qualità della vita lavorativa.
2. **A livello clinico-assistenziale:** un'équipe assistenziale sostenuta ed emotivamente bilanciata esprime un rendimento prestazionale superiore, traducendosi direttamente in una maggiore sicurezza delle cure, in una riduzione degli errori assistenziali e in una relazione d'aiuto più empatica ed efficace nei confronti del paziente e dei suoi familiari.

In conclusione, la tesi dimostra come la protezione della salute mentale degli operatori non debba essere considerata un costo accessorio, ma un **investimento organizzativo ad alto rendimento e a bassa complessità attuativa**, capace di generare un impatto positivo diretto sulla qualità dell'assistenza erogata.

4.3 Limiti dello studio

Un'analisi metodologica rigorosa impone l'identificazione trasparente dei limiti che hanno caratterizzato il presente lavoro di ricerca. Riconoscere apertamente tali criticità rappresenta un passaggio fondamentale, in quanto fornisce il punto di partenza ideale e le coordinate metodologiche per la conduzione di futuri studi di approfondimento.
I principali limiti riscontrati possono essere così sintetizzati:

- **Numerosità campionaria e validità esterna:** il limite primario è rappresentato dalla limitata dimensione del campione ottenuto (*N=29*). Sebbene l'indagine sia stata estesa a un numero ben più ampio di contatti, la bassa percentuale di adesione riduce la potenziale **generalizzabilità** (validità esterna) dei dati. In termini di Evidence-Based Practice, un campione ridotto non consente di applicare con certezza statistica le evidenze emerse all'intera popolazione nazionale degli psicologi e dei contesti ospedalieri.

- **Eterogeneità del campione e delle modalità operative:** Pur trattandosi di un campione contenuto, la tipologia di professionisti rispondenti si è mostrata estremamente variegata. Gli psicologi coinvolti presentano infatti livelli di integrazione molto difformi: alcuni operano con presenza settimanale e continuativa all'interno dell'équipe di reparto, gli altri svolgono consulenze sporadiche o mensili, mentre altri ancora erogano supporto prevalentemente individuale. Se da un lato questa variabilità offre un quadro sfaccettato, dall'altro introduce un elemento di dispersione che limita la **precisione della mappatura strutturale** dei servizi.

- **Disparità geografica-tecnologica nel reperimento del campione:** L'adesione volontaria e la modalità di somministrazione online hanno risentito di rilevanti barriere nell'accesso ai contatti istituzionali; è stata infatti riscontrata una netta discrepanza geografica: mentre strutture e i portali accademico-ospedalieri del Nord Italia garantivano una facile reperibilità dei riferimenti dei professionisti, molti siti delle realtà del Centro-Sud presentavano ostacoli di accesso, mancanza di contatti diretti o problemi di sicurezza informatica. Tale criticità ha generato un involontario selection bias su base geografica.

4.4 Prospettive future e raccomandazioni

Alla luce delle evidenze e delle criticità emerse, la presente trattazione non intende configurarsi come punto d'arrivo, bensì come uno stimolo conoscitivo per promuovere un profondo cambio di paradigma culturale e organizzativo nella gestione delle risorse umane

in ambito sanitario.
In primo luogo, si rende indifferibile il superamento della retorica che dipinge l'infermiere come una figura dall'inesauribile resilienza emotiva; è necessario avviare un processo di de-stigmatizzazione che riconosca l'operatore assistenziale come una persona fisiologicamente esposta all'impatto del lutto, del dolore e dello stress occupazionale, trasformando la tutela della salute mentale in un pilastro costitutivo della governance e del management infermieristico.
Inoltre, lo studio ha ampiamente dimostrato come la risposta al burnout non richieda modelli organizzativi irraggiungibili o risorse finanziarie ingenti, bensì l'implementazione sistematica di strumenti operativi partecipativi e già sperimentati con successo, quali i gruppi di debriefing emotivo post- evento critico, incontri di condivisione d'équipe e le indagini periodiche di rilevazione dei bisogni.
Infine,per garantire la reale efficacia dei servizi erogati, appare indispensabile istituzionalizzare percorsi di valutazione e feedback post-intervento somministrati direttamente al personale infermieristico. Soltanto attraverso la misurazione sistematica della soddisfazione percepita dai reali beneficiari del servizio sarà infatti possibile calibrare l'operato dello psicologo sulle effettive dinamiche e criticità del reparto.

4.5 Considerazioni conclusive

Giunti al termine di questo percorso di ricerca, emerge una riflessione di profonda rilevanza etica ed esperienziale. L'esperienza maturata sul campo durante il percorso di tirocinio clinico ha evidenziato una realtà inequivocabile: la quasi totalità degli operatori sanitari affronta quotidianamente un carico emotivo e assistenziale che richiederebbe un supporto psicologico strutturato.
A fonte di una vastissima letteratura scientifica (composta da oltre decine di migliaia di contribuenti internazionali che documentano in modo unanime l'impatto devastante del burnout e dello stress lavoro-correlato) si rileva un drammatico gap tra l'evidenza teorica e l'applicazione pratica nei contesti ospedalieri. L'assenza o la frammentarietà dei servizi di supporto psicologico rappresenta una criticità di estrema gravità, specialmente alla luce dell'attuale crisi sistematica del Servizio Sanitario Nazionale.
Tutelare la salute mentale dell'infermiere non costituisce un beneficio accessorio o un "lusso" organizzativo, bensì la precondizione fondamentale per garantire la dignità del lavoro assistenziale, la sostenibilità delle professioni sanitarie e la sicurezza delle cure erogate ai cittadini.

Bibliografia

Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, *78*(2), 184–190.

Bogue, T. L., & Bogue, R. L. (2020). Extinguish Burnout in Critical Care Nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *32*(3), 443–454.

Butler, S. (2024). Understanding burnout in nurses: identification and coping strategies. *British Journal of Nursing*, *33*(4), 180–186.

Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, *12*(6), 842–851.

Hetzel-Riggin, M. D., Swords, B. A., Tuang, H. L., Deck, J. M., & Spurgeon, N. S. (2020). Work Engagement and Resiliency Impact the Relationship Between Nursing Stress and Burnout. *Psychological Reports*, *123*(5), 1835–1853.

Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *119*, 103933.

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, *7*(11), e2443059.

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, *30*(2), 202–210.

Nursing Up. (2025, febbraio). *Report Nursing Up: Nei primi 9 mesi del 2024, sono oltre 20mila gli infermieri che si sono dimessi volontariamente*. Recuperato ottobre 13, 2026, da https://www.nursingup.it/comunicati/749-report-nursing-up-nei-primi-9-mesi-del-2024-sono-oltre-20mila-gli-infermieri-che-si-sono-dimessi-volontariamente.html

Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, *63*(5), 506–516.

Sbrana, D. (2024). *Infermieri e intention to leave: cosa spinge a pensare di lasciare la professione?* Recuperato settembre 14, 2026, da https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermieri-intention-to-leave-cosa-spinge-pensare-lasciare-professione.html

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Medicine*, *4*(10), e296.

Wudarczyk, B., Krupa-Nurcek, S., Czapla, M., & Uchmanowicz, I. (2025). Factors influencing burnout, stress levels, and coping strategies among nursing staff in intensive care units. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1001–1012.

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine alla mia relatrice, la Professoressa Cannizzaro Giorgia, per aver creduto fin dal primo momento in questo progetto di ricerca. Il suo costante supporto nella gestione di tutte le complesse dinamiche metodologiche è stato fondamentale, ma ciò che custodirò con maggiore valore è l'entusiasmo con cui ha accolto e sostenuto questo lavoro: vedere una guida accademica così partecipe ha rappresentato per me una spinta insostituibile per continuare con motivazione e sicurezza.

Un ringraziamento speciale va a tutti gli psicologi che hanno dedicato del tempo a rispondere al mio sondaggio. Quello che per loro è stato un piccolo gesto, per me ha rappresentato un contributo di immenso valore; sapere di poter contare sulla loro disponibilità e sul loro riscontro ha reso possibile la realizzazione pratica di questo studio.

Infine, un grazie profondo e sentito è rivolto a tutti gli Infermieri che ho incontrato nel corso di questi tre anni di università. Le loro storie, e le loro esperienze vissute sul campo sono state la vera scintilla che ha inspirato l'idea sulla base di questa tesi, accompagnandomi lungo tutto questo cammino di crescita professionale e umana.