

Maria Ciaramella<sup>1</sup>, Nadia Monacelli<sup>2</sup>

## La qualità della vita professionale di chi lavora con i richiedenti asilo: Compassion Satisfaction, Burnout e Secondary Traumatic Stress negli operatori dell'accoglienza

<sup>1</sup> Dipartimento di Discipline Umanistiche, Sociali e delle Imprese Culturali, Università di Parma

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università di Parma

**RIASSUNTO.** In Italia negli ultimi anni sono stati strutturati Centri di Accoglienza Straordinaria per rispondere ai bisogni primari e secondari dei richiedenti asilo approdati sulle coste mediterranee. A seguito dell'apertura dei CAS, sul territorio nazionale si è formato un nuovo corpo professionale, i professionisti dell'accoglienza. Poiché inizialmente non è stata richiesta una formazione specifica in base al contesto e agli obiettivi posti, il loro profilo professionale derivava tendenzialmente dai diversi percorsi formativi e lavorativi precedenti. Considerando il mandato istituzionale del loro lavoro, quale favorire l'accoglienza e una completa presa in carico dei richiedenti asilo, i professionisti dell'accoglienza sono quotidianamente coinvolti nella relazione con gli accolti ed esposti ai racconti traumatici o ai sintomi che manifestano. Infatti, i richiedenti asilo sono persone spesso profondamente traumatizzate dalle esperienze passate, dal viaggio, ma anche disorientate e impreparate per la complessa esperienza dell'accoglienza e dell'integrazione. Questo aspetto del lavoro con i richiedenti asilo può influenzare il clima e la qualità della vita professionale dei professionisti dell'accoglienza. Infatti, come nelle altre professioni d'aiuto continuamente esposte a eventi stressanti o traumatici, anche nel lavoro di cura e accoglienza dei richiedenti asilo è alto il rischio di sviluppare i sintomi negativi associati al burnout e al trauma vicario. Sebbene, negli ultimi venti anni, la qualità della vita professionale sia stata ampiamente approfondita in diversi settori, non risultano studi che esplorino questo tema tra i professionisti del settore dell'accoglienza.

In questo studio è stato sottoposto il questionario ProQOL 5 ai professionisti dell'accoglienza dei Centri di Accoglienza Straordinaria di Parma e provincia, attivamente coinvolti nella relazione d'aiuto con i richiedenti asilo, con lo scopo di definire lo stato di benessere psicosociale rispetto alla loro qualità di vita professionale. Anche se si è dimostrato che mediamente i professionisti dell'accoglienza riportano una buona soddisfazione nello svolgere il proprio lavoro, sono emersi tre profili. Il primo gruppo sembra esprimere soprattutto Burnout, il secondo gruppo una maggiore Compassion Satisfaction e il terzo gruppo un malessere evidente sia per il Burnout che per il Secondary Traumatic Stress. I dati ottenuti permettono di colmare parzialmente un vuoto nella letteratura di settore. Inoltre, la rilevanza dei dati spinge alla riflessione sulla possibilità di incoraggiare interventi efficaci di prevenzione e management delle organizzazioni, al fine di favorire il benessere psicosociale di questo corpo professionale emergente.

**Parole chiave:** Qualità vita lavorativa; richiedenti asilo; professioni di aiuto; Compassion Satisfaction, Burnout e Secondary Traumatic Stress; ProQOL.

L'Italia è stato storicamente un paese investito e attraversato da flussi migratori. In particolare, a partire dal 2013 si è assistito ad un significativo aumento degli sbarchi che ha portato alla definizione di un vero e proprio stato d'emergenza. Per rispondere a questa esplosione di arrivi, nel corso degli ultimi anni lo Stato italiano ha favorito la costruzione di un sistema di accoglienza straordinaria che mirava a rispondere ai bisogni primari e secondari dei richiedenti asilo accolti.

Gli uffici territoriali dello Stato, le prefetture, hanno indetto bandi per autorizzare l'apertura dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) per l'accoglienza dei richiedenti asilo approdati. Tali bandi specificano i diversi servizi di assistenza medica, legale, all'istruzione e alla formazione oltre che di sostegno psicologico, utili a favorire un adeguato processo di integrazione e autonomia degli accolti. L'intero sistema d'accoglienza ha quindi finito per coinvolgere, su tutto il territorio nazionale, professionisti afferenti da diverse aree disciplinari e professionali (scienze sociali e educative, mediazione linguistica e culturale, medicina, psicologia, insegnamento L2, assistenza legale) e, più in generale, operatori dell'accoglienza. Tali figure professionali, qui, si racchiuderanno tutte sotto la definizione di professionisti dell'accoglienza. Questo gruppo di professionisti quindi è di formazione relativamente recente. Pertanto, non sono reperibili informazioni certe sui numeri e la loro distribuzione sull'intero territorio nazionale, o altri approfondimenti rispetto alla qualità della loro vita professionale.

Tenendo conto del mandato istituzionale – favorire un adeguato processo di integrazione e dell'autonomia dei richiedenti asilo – essi lavorano tutti i giorni con i vissuti traumatici e con la potenziale presenza di sintomi da DSPT degli accolti. È ampiamente riconosciuto che lavorare con il trauma possa impattare il professionista ingaggiato e la sua qualità di vita lavorativa (1). Molti studi hanno dimostrato che le professioni che si basano su una relazione di cura con persone traumatizzate, e che pertanto lavorano a partire dalle loro narrazioni, intervenendo sui sintomi acuti manifestati, sono essi stessi soggetti a rischio di sviluppare sintomi legati ad uno stress traumatico secondario (2, 3, 4). Inoltre, essi affermano che con una lunga esposizione è alto il rischio di sviluppare burnout.

**ABSTRACT. QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE OF WORKING WITH ASYLUM SEEKERS: COMPASSION SATISFACTION, BURNOUT AND SECONDARY TRAUMATIC STRESS IN RECEPTION PROFESSIONALS.**

*In the last years, in Italy, Extraordinary Reception Centres have been set up to meet the primary and secondary needs of asylum seekers landing on the Mediterranean coast. After the opening of the ERCs, a new professional body, the reception professionals, has been formed in the national territory. According to the context and the goals of the ERC, at the beginning no specific training was required, so their professional profile derived from the different background. Considering their institutional task, such as facilitating the reception and the full care of asylum seekers, the reception professionals are daily involved in the relationship with the respondents and exposed to their traumatic stories or symptoms. In fact, asylum seekers are people who are often deeply traumatized by past experiences, by the journey, but also disoriented and unprepared for the complex experience of reception and integration, which influence the climate and quality of professional life of reception professionals. As happen in helping professionals continuously exposed to stressful or traumatic events, also in the work of helping for and welcoming asylum seekers there is a high risk of developing the negative symptoms associated with Burnout and vicarious trauma. Although, in the last twenty years, the quality of professional life has been extensively studied in several areas, there are no studies that explore this issue among professionals in the field of reception.*

*In this study, the questionnaire ProQOL 5 was submitted to the reception professionals of the Extraordinary Reception Centres of Parma and its province, actively involved in helping relationship with asylum seekers, with the aim of defining the state of psychosocial well-being and their quality of professional life. Although it has been shown that on average reception professionals report good satisfaction in carrying out their work, three profiles have emerged. The first group reports a higher level of Burnout, the second group a greater Compassion Satisfaction and the third group, instead, a higher level of Burnout and Secondary Traumatic Stress. The data obtained allow to partially fill a gap in the literature. Moreover, the results suggest the need of interventions of prevention and management of organizations, in order to promote the psychosocial well-being of this emerging professional body.*

**Key words:** Professional quality of life; asylum seekers; helping professional; Compassion Satisfaction, Burnout e Secondary Traumatic Stress; ProQOL.

## La qualità della vita professionale

La qualità della vita lavorativa è la misura in cui i lavoratori avvertono che la situazione lavorativa, nelle sue diverse componenti, soddisfa una serie di bisogni personali connessi a motivazione, benessere psicofisico e soddisfazione (5). La valutazione della qualità della vita professionale deriverebbe quindi dalla dimensione soggettiva di ciascun professionista. Infatti, la qualità di vita professionale nelle relazioni d'aiuto è la qualità che si percepisce in relazione con il proprio lavoro (6). Sia gli aspetti positivi che quelli negativi, che caratterizzano tale attività lavorativa, influenzano la qualità della vita professionale (7). Di seguito si descrivono i due concetti teorici che rappresentano gli aspetti fondamentali della qualità di vita: la Compassion Satisfaction e la Compassion Fatigue.

La Compassion Satisfaction è la sensazione positiva derivante dal lavoro con gli altri, la valutazione positiva

dello svolgimento del proprio lavoro, della propria competenza e dell'autocontrollo dimostrato nella relazione d'aiuto. La CS esprime anche il livello di supporto positivo percepito nella propria organizzazione e nella struttura lavorativa. Questo aspetto della vita professionale è influenzato dalla percezione di una collaborazione positiva con i colleghi e di poter contribuire con il proprio lavoro ad un buon clima lavorativo. La soddisfazione del proprio lavoro deriva anche dalla più ampia consapevolezza di incidere positivamente sulla società.

La Compassion Fatigue indica l'effetto negativo associato al "lavorare con il trauma" (1). L'autore lo descrive come una condizione caratterizzata da una graduale diminuzione progressiva nel tempo di essere empatico e di desiderare di prendersi cura dell'Altro. Ciò può comportare errori di giudizio e valutazioni erranee sul luogo del lavoro e nella pratica professionale (8). Essa include due elementi: il Secondary Traumatic Stress e il Burnout. Il Secondary Traumatic Stress concerne sentimenti negativi dovuti all'esposizione, diretta o indiretta, ad eventi fortemente stressanti e traumatici. Esso può comportare sintomi associabili al Disturbo Post Traumatico da Stress, quali disturbi del sonno, immagini intrusive o evitamento dei ricordi dell'esperienza traumatica delle altre persone. Il Burnout non è una reazione specifica di chi lavora con il trauma; esso si riferisce ad una serie di sintomi negativi a lungo termine, quali la sensazione di esaurimento, la frustrazione, la rabbia, la depressione e i sentimenti di isolamento correlati all'ambiente e all'esperienza lavorativa. È una condizione psicofisiologica che può portare all'idea che ogni sforzo fatto non faccia alcuna differenza, che il contesto lavorativo non sia supportivo e che si sia soli nell'affrontare le difficoltà quotidiane.

La qualità della vita professionale è stata indagata in diverse categorie professionali che lavorano a contatto, diretto o indiretto, con il trauma. Molti autori si sono concentrati sullo studio della qualità della vita lavorativa nella relazione d'aiuto nelle professioni sanitarie che operano nell'ambito dell'emergenza, quale personale medico, infermieristico e ostetrico (9, 10, 11, 12, 13, 14). Altri studiosi si sono interessati alla qualità di vita professionale degli operatori sociali o assistenti legali di persone dai vissuti fortemente traumatici (3, 15, 16). In altri studi (1, 17, 18, 19), inoltre, è stato discusso e analizzato l'alto rischio di vivere un trauma vicario o lo stress secondario sulla qualità della vita professionale per gli psicoterapeuti, esperti nel lavoro col trauma e non.

La maggior parte della letteratura ha indagato la qualità della vita professionale cercando di individuare quali siano i principali fattori di protezione e di rischio (20). Molti autori hanno messo in evidenza il ruolo della formazione, delle strategie di coping personali dei professionisti e di rilassamento per prevenire l'emergenza dello stress secondario (1, 17, 18, 19). In uno studio sulla qualità di vita professionale e la possibilità di sviluppare un trauma vicario con professionisti che lavorano con immigrati -traumatizzati- provenienti dall'America latina, sono stati riconosciuti come possibili fattori di protezione l'origine geografica comune e la doppia cultura degli operatori (4). Rispetto alla dimensione relazionale, gli autori hanno

sottolineato quanto essa abbia un'influenza significativa sulla qualità della vita professionale degli operatori sociali (21). Anche altri studiosi infatti hanno affermato che spesso i clinici che lavorano con il trauma riescono a trarre una soddisfazione personale dall'aiutare gli altri, continuando ad essere ingaggiati nel loro lavoro (2). Analizzando il potenziale potere positivo del lavoro con il trauma, diversi autori (22) suggeriscono che i professionisti della salute mentale talvolta possano essere trasformati dalla resilienza dei loro clienti anche in modo positivo. Invece, come fattori di rischio per una qualità della vita professionale negativa, gli studiosi (23) hanno indicato alcune caratteristiche, quali il genere femminile e una formazione altamente specializzata. Secondo altri autori (24) un eccessivo numero di casi affidati al professionista, soprattutto se casi di persone profondamente traumatizzate, può aumentare un rischio di CF. Anche livelli più bassi di formazione e una minore esperienza lavorativa sul campo possono incidere negativamente sulla soddisfazione lavorativa dei professionisti della cura (18). Avere avuto esperienze traumatiche nella storia di vita personale, aumenta il rischio di BO per gli operatori della salute mentale dei servizi territoriali (14). Sembra, infine, che quando la fatica empatica, CF, aumenta, questa può sopraffare la capacità del clinico di provare la soddisfazione della compassione, CS (6).

---

## Obiettivo

I professionisti dell'accoglienza in Italia, nella loro specifica funzione relazionale di facilitatori sociali, sono esposti alle storie e ai vissuti di vita traumatiche dei richiedenti asilo. Ciò può determinare come possibili conseguenze l'emergere di disagio psicosociale nei professionisti stessi. Per queste ragioni, essi potrebbero rispondere al profilo delle professioni della cura potenzialmente a rischio di un basso livello di qualità della vita professionale. Nonostante ciò, non esistono in letteratura studi dedicati a questo specifico corpo professionale. Pertanto, lo scopo di questo studio è di misurare la qualità della vita professionale dei professionisti dell'accoglienza impiegati nei Centri di Accoglienza Straordinaria del territorio di Parma e provincia (CAS) e di individuare quali fattori socio-demografici possano influenzare la qualità della vita lavorativa stessa.

---

## Metodo

### Procedura

Il presente studio è stato svolto nel periodo dal 20 Febbraio al 15 Marzo 2019. Fin dall'inizio, è stata chiesta la collaborazione ai gestori dei CAS della provincia di Parma, i quali erano già stati coinvolti in un progetto di ricerca più ampio finanziato con i fondi FAMI e sviluppato dall'Università di Parma in collaborazione con la Prefettura di Parma, di cui questo studio è parte integrante. Ad ogni gestore è stata inviata una mail in cui sono stati presentati, a grandi linee, gli obiettivi di questo specifico lavoro, riconducendoli a quanto già sapevano del progetto

generale. In questa mail era inserito il link, generato con la piattaforma Qualtrics, tramite il quale era possibile collegarsi al questionario. Si chiedeva pertanto ai gestori la disponibilità a inoltrare questa stessa mail ai loro operatori e collaboratori.

Il link generato dalla piattaforma garantiva un accesso anonimo al questionario al quale i partecipanti accedevano solo dopo essere stati ampiamente informati dell'obiettivo generale della ricerca, della metodologia e delle modalità di trattamento dei dati. Al termine delle spiegazioni, veniva chiesto al partecipante di dare il proprio consenso.

### Strumento

La qualità della vita professionale è stata indagata utilizzando la versione in traduzione italiana del Professional Quality of Life, ProQOL versione 5 (6).

Il ProQOL misura gli aspetti positivi e negativi esperiti da coloro che hanno scelto di lavorare in una relazione d'aiuto con persone potenzialmente traumatizzate. Il questionario è composto da tre sottoscale discrete di 10 item ciascuna. I partecipanti rispondono ai 30 item su una scala Likert a 5 punti che va da Mai (1) a Molto Spesso (5). Per il calcolo dei punteggi finali si è seguita la procedura descritta nel manuale (6).

I cut score indicati dall'autore dello strumento (6) sono definiti dal primo e ultimo quartile di ogni scala e corrispondono ai valori 43 e 57. Nella scala CS, a valenza positiva, i punteggi inferiori a 43 esprimono una bassa soddisfazione professionale, mentre i punteggi maggiori di 57 rivelano un livello alto di soddisfazione professionale.

Per le due scale a valenza negativa, BO e STS, i punteggi inferiori a 43 esprimono rispettivamente un basso livello di burnout associato a sentimenti positivi rispetto alla propria efficacia nel lavoro e un basso livello di stress secondario. Al contrario punteggi superiori a 57 indicano un alto livello di burnout e livelli alti di stress traumatico secondario. Il ProQOL non è uno strumento diagnostico, ma può essere una base affidabile per effettuare uno screening o progettare e implementare interventi in un contesto lavorativo. I cut score permettono di segnalare probabili fattori protettivi o di rischio.

Secondo lo sviluppatore dello strumento (6), la scala CS aveva l'alfa di Cronbach di 0.88, mentre le scale BO e STS avevano gli alfa di Cronbach rispettivamente di 0.75 e 0.81.

Infine, per ogni rispondente sono state raccolte le principali informazioni socio-demografiche - genere e età - e le caratteristiche riguardanti la sfera professionale - livello di istruzione, formazioni precedenti in ambito universitario o sul campo, esperienze professionali precedenti nell'ambito della relazione d'aiuto e, nello specifico, nei contesti dell'accoglienza, il ruolo svolto attualmente nell'organizzazione e la tipologia di contratto.

### Partecipanti

Al momento dello studio i professionisti dell'accoglienza impiegati nelle strutture dei CAS di Parma e provincia erano circa 160. In totale sono state registrate 91 risposte, di cui 74 sono state considerate valide ai fini statistici.

Il 47% (n= 35) dei rispondenti erano di sesso femminile, il 53% (n= 39) di sesso maschile.

In base alle fasce di età sono stati definiti tre gruppi di partecipanti: il gruppo *Junior* è composto dal 42% (n=31) partecipanti che hanno un'età compresa tra i 18 e i 34; nel Gruppo *Senior* i partecipanti rappresentano il 36% (n=27) e hanno un'età compresa tra i 35-44 anni; infine il gruppo *Advanced* è composto dal 22% (n=16), persone di età compresa tra i 45 e 74 anni.

Per quanto riguarda il livello d'istruzione, il 33% (n=24) dei professionisti dell'accoglienza aveva raggiunto il diploma di scuola superiore. Il 24% (n=18) aveva conseguito una laurea triennale e il restante 43% (n= 32) aveva ottenuto una laurea magistrale o oltre. Rispetto alla tipologia di contratto di lavoro, sono state considerate come categoria il contratto part-time a tempo determinato (8%; n=6), full-time a tempo determinato (12%; n=9), part-time a tempo indeterminato (15%; n=11), full-time a tempo indeterminato (46%; n= 34), collaboratore a ore (10%; n=7), stage (3%; n=2), volontario (5%; n=4) o altro (1%; n= 1).

Per quanto riguarda la formazione professionalizzante dei partecipanti prima di intraprendere l'attività lavorativa nei CAS, il 30% (n=22) ha dichiarato di avere avuto esperienze in ambito universitario, quali tirocini universitari o stage. Il 35% (n= 26) ha affermato di essersi formato sul campo, direttamente attraverso attività ed esperienze affini all'attuale ruolo, con esperienze di volontariato nazionale e internazionale. Il restante 35% (n=26) non ha avuto esperienze di formazione attinenti all'ambito dell'accoglienza.

Infine, rispetto all'esperienza di lavoro maturata prima dell'attuale impiego nei centri di accoglienza straordinaria, solo il 15% (n= 11) ha riportato esperienze dirette nell'ambito dell'accoglienza, mentre il 37% (n= 27) ha dichiarato esperienze precedenti maturate in contesti lavorativi in cui era predominante la relazione d'aiuto, in un rapporto 1 a 1 con l'utenza. Infine, circa la metà dei partecipanti (49%; n=36) ha affermato di avere avuto esperienze lavorative in contesti diversi e lontani dalle tematiche dell'accoglienza e della relazione d'aiuto (Tabella I).

Ai fini dello studio sono stati considerati solo i partecipanti (coordinatore della struttura, operatore, educatore, mediatore linguistico-culturale, psicologo, legale, dottore o volontario) che nello svolgimento delle loro attività avessero un rapporto diretto e costante con i richiedenti asilo. Non sono state prese in considerazione persone che svolgevano funzioni strettamente amministrative o logistiche (segretari, cuochi, autisti, ecc.).

## Risultati

Sono state eseguite analisi descrittive e analisi multivariate con il software SPSS (25.0-2017). Le analisi descrittive hanno incluso il calcolo delle frequenze osservate con le rispettive percentuali per ogni variabile raccolta. Frequenze osservate, percentuali, valori medi (con intervalli di confidenza del 95%) e percentuali al di sopra dei cut score prestabiliti per CS, BO e STS sono stati stimati per ogni variabile. In Tabella II sono riportati il punteggio medio di ciascuna scala (M= 50, SD= 10), i punteggi medi ottenuti nel primo e quarto percentile e le correlazioni tra le tre scale rapportati ai valori della scala originale (6). Per ciascuna scala è stata calcolata l' $\alpha$  di Cronbach, nello specifico .844 per CS, .716 per BO e .692 per STS. La scala STS è quella che risulta con i valori più distanti da quelli riportati dall'autore dello strumento. La scala CS correla negativamente con la scala BO (-.570) e la scala STS (-.075), mentre le scale BO e STS correlano positivamente fra loro (.485). Le proprietà psicometriche delle scale sono mantenute anche di fronte al campione relativamente ristretto di partecipanti. Sia i valori di cut score sia quelli di affidabilità sono simili a quelli riportati dall'autore (6).

È stato analizzato l'effetto delle variabili socio-demografiche, genere, età, titolo di studio, tipo di formazione precedente, esperienze lavorative precedenti e tipologia di contratto sulle scale CS, BO, STS attraverso un'analisi multivariata, seguendo un Modello Generale Lineare (GLM) (Tabella III).

Nelle tre scale, non si riscontra nessun effetto statisticamente significativo delle variabili Formazione pregressa ed Esperienze lavorative precedenti.

**Tabella I. Caratteristiche socio-demografiche dei professionisti dell'accoglienza (N=74)**

Genere	35 (47%) Femmine	39 (53%) Maschi						
Età	31 (42%) gruppo Junior (18-34 anni)	27 (36%) gruppo Senior (35-44 anni)	16 (22%) gruppo Advanced (45-74 anni)					
Livello di istruzione	24 (33%) diploma scuola secondaria di II grado	18 (24%) laurea triennale	32 (43%) laurea magistrale o oltre					
Tipologia di contatto	6 (8%) Part-time determinato	9 (12%) Full-time determinato	11 (15%) Part-time indeterminato	34 (43%) Full-time indeterminato	7 (10%) Collaboratori a ore	2 (3%) Stage	4 (5%) Volontari	1 (1%) altro
Formazione precedente	22 (30%) ambito universitario	26 (35%) sul campo	26 (35%) (non pertinente)					
Esperienza lavorativa precedente	11 (15%) settore accoglienza	27 (37%) settore relazione d'aiuto	36 (49%) non pertinente					



**Tabella II. Cut score nel primo e quarto percentile e  $\alpha$  di Cronbach delle scale CS, BO, STS dello studio rapportati ai valori indicati dall'autore dello strumento**

	CS		BO		STS	
	Scala originale	Studio	Scala originale	Studio	Scala originale	Studio
Mean	50(10)	50(10)	50(10)	50(10)	50(10)	50(10)
25%	44	<b>43</b>	43	<b>43</b>	42	<b>41</b>
75%	57	<b>59</b>	56	<b>56</b>	56	<b>57</b>
Alpha di Cronbach	.88	.84	.75	.72	.81	.69

Per quanto riguarda gli effetti del genere, i punteggi riportati da uomini e donne cadono tutti nei valori centrali ed esprimono quindi relativo benessere. Tuttavia, sulla sola scala BO, le donne presentano un punteggio medio di 53.98 (SD= 10.27) significativamente superiore a quello degli uomini (M= 47.32, SD= 9.06), esprimendo così una maggiore tendenza verso il burnout ( $F(1,72) = 6.34, p = .014$ ).

Anche per quanto riguarda l'età, i valori medi espressi dai tre gruppi di partecipanti sulle tre scale sono compresi tra i valori 43 e 57. In questo caso tuttavia, sui valori della scala STS si riscontra un effetto statisticamente significativo dell'età ( $F(2,71) = 6.12, p = .004$ ) per il quale risulta che il gruppo degli Advanced presenta valori molto vicini

al polo inferiore della scala (M= 43.70, SD= 9.21). Questo gruppo esprime pertanto un rischio molto basso di Stress Traumatico Secondario, rispetto agli altri due gruppi e in particolare rispetto a quello dei Senior che presenta la media relativamente più alta, seppure entro il range di "benessere" (M= 54.02, SD= 9.21). Effettuando un confronto tra gruppi, sempre per la scala STS, risulta che gli uomini Senior sono maggiormente a rischio (M= 54.02), a differenza delle donne, per le quali il punteggio medio più alto (M= 43.70) si ha nella fascia di età tra i 45 e i 74 anni.

Anche il titolo di studio ha un effetto sulla scala STS ( $F(2,71) = 3.28, p = .043$ ). Infatti, i rispondenti con il titolo di studio più basso, cioè fino al diploma, riportano anche un basso STS (M= 45.88, SD= 8.65) in confronto a

**Tabella III. MANOVA delle variabili dipendenti per le tre scale CS, BO, STS**

		CS	Sig.	BO	Sig.	STS	Sig.
Genere	Femmine	48.65(10.02)	.275	<b>52.98</b> (10.27)	<b>.014</b>	52.11(11.12)	.084
	Maschi	51.21(9.94)		<b>47.32</b> (9.06)		48.09(8.57)	
Età	Junior	48.94(9.56)	.121	49.44(9.83)	.867	<b>49.74</b> (8.77)	<b>.004</b>
	Senior	52.99(9.36)		49.98(11.22)		<b>54.02</b> (10.08)	
	Advanced	46.99(11.12)		51.10(8.53)		<b>43.70</b> (9.21)	
Titolo di studio	Diploma	48.16(9.50)	.347	50.48(8.65)	.804	<b>45.88</b> (8.65)	<b>.043</b>
	Laurea triennale	49.03(10.43)		50.90(11.64)		<b>52.75</b> (11.74)	
	Laurea magistrale	51.91(10.09)		49.12(10.20)		<b>51.53</b> (9.18)	
Tipologia di contratto	PT indeterminato	48.64(11.45)	.706	54.82(9.60)	.204	<b>56.39</b> (10.28)	<b>.036</b>
	PT determinato	56.59(10.06)		52.22(14.53)		51.48(7.71)	
	FT indeterminato	50.30(10.23)		48.96(10.39)		49.56(10.90)	
	FT determinato	49.46(5.32)		45.51(4.79)		44.39(5.47)	
	Collaboratore a ore	47.70(11.60)		55.75(6.53)		53.22(6.42)	
	Stage	54.64(10.99)		41.33(11.19)		<b>56.80</b> (6.44)	
	Volontario	45.41(11.48)		48.75(8.60)		40.85(4.16)	
	Altro	44.92		41.33		36.29	
Formazione precedente	Ambito universitario	46.69(8.20)	.128	53.11(9.51)	.206	50.79(8.60)	.761
	Sul campo	52.55(7.55)		48.18(8.30)		48.82(8.38)	
	Non pertinente	50.23(12.72)		49.17(11.58)		50.49(12.53)	
Esperienza lavorativa precedente	Settore accoglienza	54.47(10.41)	.221	46.19(11.65)	.375	49.96(8.09)	.402
	Settore relazione d'aiuto	48.24(9.45)		51.15(10.66)		48.02(9.02)	
	Non pertinente	49.95(10.12)		50.29(8.92)		51.48(11.14)	

chi è in possesso di una laurea triennale ( $M= 52.75$ ,  $SD=11.74$ ).

Infine, anche il tipo di contratto ha un effetto sulla scala STS ( $F(7,66) = 2.31$ ,  $p= .036$ ). Nello specifico, è risultato che tra i professionisti dell'accoglienza, quelli con contratto part-time a tempo indeterminato e in stage abbiano ottenuto punteggi medi più alti nella scala STS, rispettivamente  $M= 56.39$  ( $SD= 10.28$ ) e  $M= 56.80$  ( $SD= 6.44$ ). Inoltre, seppure non statisticamente significativi ( $F(7,66) = 1.44$ ,  $p= .204$ ) guardando alle medie, anche nella scala BO, chi ha un contratto part-time a tempo indeterminato ha il punteggio medio alto ( $M= 54.82$ ,  $SD= 9.60$ ) insieme ai collaboratori a ore ( $M= 55.75$ ,  $SD= 6.53$ ). Anche nella scala CS i dati ottenuti non risultano statisticamente significativi ( $F(7,66) = .65$ ,  $p= .706$ ), tuttavia, basandosi sulle medie, si può affermare che hanno ottenuto medie alte coloro i quali hanno un contratto part-time a tempo determinato ( $M= 56.59$ ,  $SD= 10.06$ ) e chi è in stage ( $M= 54.64$ ,  $SD= 10.99$ ).

Infine, attraverso una cluster analysis sono stati individuati tre gruppi di punteggi medi per ciascuna scala indipendente. Sono così risultati tre profili di risposte. Il primo gruppo rappresenta il 32% ( $n= 24$ ) dei partecipanti, il secondo gruppo il 45% ( $n= 33$ ) e, infine, il terzo gruppo il 23% ( $n= 17$ ). I valori di riferimento utilizzati come indicatori per ciascun gruppo sono i cut scores indicati nel manuale del test ProQOL (6). (Tab. IV)

Il primo gruppo, definiti gli Stabili, riporta un punteggio medio alla scala CS ( $M= 42.74$ ) decisamente più basso rispetto al punteggio di BO ( $M= 52.96$ ) e a quello di STS ( $M= 45.12$ ), che risulta comunque più basso di BO. Il secondo gruppo è quello dei Soddisfatti. Si caratterizza per avere una media alta nella scala CS ( $M= 57.65$ ) e punteggi medi più bassi nelle altre due scale, BO ( $M= 41.99$ ) e STS ( $M= 46.93$ ). I punteggi del terzo gruppo esprime una maggiore sofferenza. I Sofferenti hanno una media relativamente bassa alla scala di CS ( $M= 45.38$ ), e punteggi medi nettamente più alti nelle altre due scale, BO ( $M= 61.36$ ) e STS ( $M= 62.84$ ).

Si è inoltre indagato l'effetto delle variabili di genere ed età rispetto ai tre gruppi sopradescritti.

Rispetto al genere ( $\chi(2) = .042$ ) il primo gruppo ha una distribuzione omogenea; il secondo gruppo è costituito da più della metà da maschi (67%;  $n= 22$ ). Infine, il

terzo gruppo è costituito prevalentemente da femmine (72%;  $n= 12$ ).

Rispetto alla variabile dell'età ( $\chi(4) = .012$ ), il gruppo degli Stabili è rappresentato dal 46% ( $n= 11$ ) dei rispondenti Advanced, dal 21% ( $n= 5$ ) dei rispondenti Senior e, infine per il 33% ( $n= 8$ ) dai Junior. Nel gruppo dei Soddisfatti si ha il 45% ( $n= 45$ ) dei rispondenti più giovani (18-34 anni), il 43% ( $n= 14$ ) sono i Senior, infine, il 12% ( $n= 4$ ) gli Advanced. Il terzo e ultimo gruppo invece è costituito per il 47% ( $n= 8$ ) dai Junior, per il 47% ( $n= 8$ ) dai Senior e solo per il 6% ( $n= 1$ ) dagli Advanced.

In base ai risultati ottenuti, la variabile del titolo di studio non è statisticamente significativa ( $\chi(4) = .200$ ).

## Discussione

A conoscenza degli autori, questo è il primo studio che approfondisce la qualità della vita lavorativa dei professionisti dell'accoglienza coinvolti nel sistema di accoglienza straordinaria in Italia. Così, si è voluto colmare un vuoto nella letteratura del settore su una popolazione di professionisti che da anni opera sul territorio nazionale. Infatti, allo stato attuale si è potuto approntare un primo profilo sociodemografico dei professionisti dell'accoglienza e il loro stato di salute psicosociale, in termini di qualità di vita professionale. Essi sono perlopiù giovani, con una formazione universitaria e extrauniversitaria attinente al tema della migrazione e a quello dell'utilizzo della relazione come strumento di lavoro. Rispetto alla qualità di vita professionale, è emerso che la maggior parte dei professionisti dell'accoglienza, tendenzialmente, riportano un livello di benessere legato alla propria attività lavorativa moderatamente buono. Essi mostrano tuttavia una maggiore tendenza verso i livelli che indicano possibili sintomi negativi. A tal proposito sembra che alcune caratteristiche socio-demografiche dei professionisti dell'accoglienza influenzino diversamente i vari aspetti della qualità della vita lavorativa. Infatti, dalla cluster analysis sono emersi tre profili dei professionisti dell'accoglienza. Quindi, sembrerebbe che esista un gruppo di professionisti che tenda maggiormente a sviluppare Burnout. Particolarmente sofferenti da un punto di vista psicologico, manifestano difficoltà ad affrontare il lavoro giornalmente. La-

**Tabella IV. I tre profili dei professionisti dell'accoglienza sulle scale CS, BO, STS e caratteristiche demografiche**

	Stabili (n=24)	Soddisfatti (n=33)	Sofferenti (n=17)
CS	42.74	<b>57.65</b>	45.38
BO	52.96	41.99	<b>61.36</b>
STS	45.12	46.93	<b>62.84</b>
Genere*	50 (50%) maschi	22 (67%) maschi	12 (72%) femmine
Età*	8 (33%) gruppo Junior 5 (21%) gruppo Senior 11 (46%) gruppo Advanced	45 (45%) gruppo Junior 14 (43%) gruppo Senior 4 (12%) gruppo Advanced	8 (47%) gruppo Junior 8 (47%) gruppo Senior 1 (6%) gruppo Advanced
Titolo di studio	ns	ns	ns

\* $p < .05$

ns= non significativo

mentano vissuti e sentimenti negativi, che li limitano, o in casi estremi, li ostacolano a svolgere la propria pratica professionale efficacemente. Si convincono così che il loro contributo sia inutile. Essi sono sia maschi che femmine, con un'età che si distribuisce in due grandi gruppi, uno nella fascia dei giovani dai 18 ai 44 anni e l'altro in quella tra i 45 anni e oltre. Questo trend di età è nettamente diverso nel secondo gruppo individuato, dove sono perlopiù giovani. Questi, infatti, sembra che vivano la pratica professionale come fonte da cui trarre soddisfazione e piacere nell'aiutare gli altri, nel sentirsi utili e competenti nel proprio lavoro. Sono consapevoli degli effetti positivi che il loro operato ha sulla propria organizzazione di appartenenza e fin anche sulla società intera. Essi sono soprattutto maschi. Il terzo e ultimo gruppo rappresenta i professionisti dell'accoglienza più colpiti dagli effetti "indesiderati" del lavorare con la relazione d'aiuto. Questo gruppo di professionisti infatti esprime un profondo malessere sia rispetto al disagio lavorativo più cronico del burnout, sia rispetto alla possibilità di vivere ed esprimere i sintomi del trauma vicario o secondario. Questi giovani professionisti, soprattutto donne, sembrano esprimere bassa soddisfazione lavorativa e trarre poco sostegno psicologico e motivazionale dal lavorare in continua relazione con i traumi dei richiedenti asilo accolti. Essi infatti sono continuamente stressati dai pensieri di coloro che aiutano, sentendosi sopraffatti ed esausti dai traumi degli altri. Le loro vite private risultano influenzate dagli eventi traumatici di cui vengono a conoscenza durante la loro pratica professionale, fino a sentirsi incapaci di separare i due aspetti delle loro vite.

In generale le donne, i più giovani e i più formati, in termini di anni di studio, risultano i più esposti al rischio di vivere la propria pratica professionale negativamente, fino a sviluppare una condizione di trauma vicario. Sembrerebbe che anche la tipologia di contratto in cui sono inquadrati possa costituire una condizione che aiuta a chiarire la situazione di disagio. In particolare, forme contrattuali saltuarie, o che richiedono coinvolgimenti in turni brevi e delimitati, sembrano essere associate al rischio di sviluppare maggiore burnout e trauma secondario.

Non è possibile fare ulteriori inferenze, ma l'analisi di questi dati favorisce nuove ipotesi di ricerca da esplorare. In particolare, potrebbe essere utile approfondire la conoscenza delle condizioni che possono favorire una migliore qualità della vita professionale, non solo tenendo conto delle caratteristiche demografiche e contrattuali ma anche strutturali delle organizzazioni stesse. Bisognerebbe inoltre verificare se, e in che modo, la relazione d'aiuto viene costruita e gestita in questo tipo di pratiche professionali, per monitorarne l'impatto sulla qualità della vita professionale. Ciò sostiene l'importanza di offrire supervisioni e altri strumenti per il management aziendale e delle équipe professionali, per favorire uno stato di benessere per coloro che lavorano costantemente in relazione con il Trauma, in particolare nei centri di accoglienza straordinaria. Essere consapevoli di queste dinamiche permette ai professionisti di proteggersi e prevenire complicazioni psicosociali dell'esperienza lavorativa.

Lo studio presenta diversi limiti. Innanzitutto, il numero di partecipanti è piccolo e i risultati sono poco generalizzabili. In ragione di tale limite, sarebbe utile provare ad estendere lo studio anche ad altre regioni italiane. L'uso di metodologie qualitative, inoltre, darebbe la possibilità di esplorare ulteriormente i significati e il senso dell'esperienza lavorativa partendo dal punto di vista dei professionisti coinvolti. In tal modo sarebbe possibile evidenziare i fattori di protezione e di rischio per un livello di qualità di vita professionale adeguatamente positivo. Inoltre, si deve aggiungere che anche la rappresentanza delle diverse professionalità è minima e non consente di poter fare inferenze rispetto alla tipologia di ruolo, e quindi di mansione svolta. Per di più, non è stato possibile ottenere delle correlazioni statisticamente valide per la tipologia di formazione e di esperienza professionale precedente. Queste informazioni, a parere di chi scrive, sono importanti se si considera che il corpo professionale dei professionisti dell'accoglienza per questo specifico mandato istituzionale è di una diversa formazione relativamente recente. Infine, si evidenzia come i cambiamenti socio-politici in Italia abbiano comportato, insieme all'introduzione di riforme e nuovi decreti, una consistente riduzione della richiesta di tale personale nei centri di accoglienza straordinaria. I dati di questo studio sono stati raccolti in un periodo precedente all'applicazione delle nuove direttive nazionali e rispecchiano, quindi, uno spaccato del vissuto professionale di questi operatori probabilmente diverso da quello attuale.

*Ricerca svolta nell'ambito del progetto "Dai centri di accoglienza straordinaria al sistema integrato di accoglienza in provincia di Parma. Linee guida e strumenti operativi per la transizione" (PROG 1721). Promosso in partenariato tra Prefettura e Università di Parma e finanziato dal FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020.*

## Bibliografia

- 1) Figley, C. Compassion fatigue. Psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology* 2002; 58(11): 1433-1441. DOI: 10.1002/jclp.10090
- 2) Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal* 2007; 35: 155-163. DOI: 10.1007/s10615-007-0091-7
- 3) Levin AP, Albert L, Besser A, et al. Secondary traumatic stress in attorney and their administrative support staff working with trauma-exposed clients. *Journal of nervous and mental disease* 2011; 199(12) DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182392c26
- 4) Lusk, M, Terrazzas S. Secondary trauma among caregivers who work with mexican and central american refugees. *Hispanic Journal of Behavioral Science* 2015; 37(2): 257-273. DOI: 10.1177/0739986315578842
- 5) Hackman JR, Oldham GR. Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology* 1975; 60(2): 159-170.
- 6) Stamm BH. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Pocatello, ID: ProQOL.
- 7) Figley CR. (1995). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- 8) Rudolph JM, Stamm BH, Stamm HE. (November, 1997). *Compassion Fatigue: A Concern for Mental Health Policy, Providers*

- and Administration. Poster presented at the 13th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, ON, CA.
- 9) Altinisk HB, Alan H. Compassion fatigue, professional quality of life, and psychological endurance among organ transplant coordinators. *Transplantation Proceedings* 2019; 51: 1038-1043. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.01.087>
  - 10) Ashley AS, Alquwez N, Almazan J, et al. Workplace incivility and its influence on professional quality of life among nurses from multicultural background. A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nurses* 2019; 1-12. DOI: 10.1111/jocn.14840
  - 11) Dasan S, Gohil P, Cornelius V, et al. Prevalence, causes, consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care. A mixed-methods study of UK NHS consultants. *Emerg Med J* 2015; 32: 588-594. <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2015-204752>
  - 12) Hunsaker S, Chen H-C, Maugan D, et al. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2014; 47(2): 186-194. doi: 10.1111/jnu.12122
  - 13) Roney NL, Acri MC. The cost of caring. An exploration of compassion fatigue, compassion satisfaction and job satisfaction in pediatric nurses. *Journal of pediatric nurses* 2018; 40: 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.016>
  - 14) Rossi A, Cetrano G, Pertile R, et al. Burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.029>
  - 15) Adams ER, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry* 2006; 76(1): 103-108.
  - 16) Thoieleman K, Cacciatore J. Witness to suffering. Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social work* 2014; 59 (1): 34-41.
  - 17) Deighton RMcK, Gurrin N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors. Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress* 2007; 20(1): 63-75. DOI: 10.1002/jts.20180
  - 18) Perkins EB, Sprang G. Results from the Pro-QOL-IV for substance abusers counselors working with offenders. *International Journal of mental health addiction* 2013; 11: 199-213.
  - 19) Sodeke-Gregson EA, Holtum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology* 2013; 4(1): 21-69. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.21869
  - 20) Turgoose D, Maddox L. Predictors of compassion fatigue in mental health professionals. A narrative review. *Traumatology* 2017; 23(2): 172-185. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000116>
  - 21) Lasalvia A, Tansella M. Occupational stress and job burnout in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011; 20: 279-285. DOI: 10.1017/S2045796011000576
  - 22) Hernandez-Wolfe P, Killian K, Engstrom D, et al. Vicarious resilience, vicarious trauma and awareness of equality in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology* 2014; 1-20. DOI: 10.1177/0022167814534322
  - 23) Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout. Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma* 2007; 12: 259-280. DOI: 10.1080/15325020701238093
  - 24) Sprang G, Craig C, Clark J. Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers. A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child welfare* 2011; 90(6): 149-168.

**Corrispondenza:** *Maria Ciaramella, Via John Fitzgerald Kennedy, Palazzina Feroldi 6, 43125 Parma, Italy, maria.ciaramella.mc@gmail.com*