



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il burnout negli infermieri delle cure palliative
prima e durante il Covid-19: uno studio
osservazionale in un Hospice della provincia
di Pesaro-Urbino.**

Relatore
Dott.ssa Alba Minnozzi

Tesi di Laurea di:
Elisa Maffei

Correlatore:
Inf. Antonella Silvestrini

A.A. 2020/2021

INDICE

1 Introduzione	1
1.1 Sindrome di Burnout	1
1.1.1 Cause e effetti del Burnout	2
1.1.2 Scala di valutazione del Burnout: il Maslach Burnout Inventory (MBI)	3
1.2 Burnout e Cure Palliative (PC)	4
1.2.1 Due concetti alla base dell'assistenza in cure palliative: la resilienza e la compassion fatigue	5
1.2.2 Uno studio pilota: "Efficacia di un gruppo psicoterapeutico a breve termine per medici e infermieri in un Hospice del Sud Europa"	7
1.3 Come la pandemia ha incrementato il rischio di Burnout tra gli operatori sanitari	9
1.3.1 Survey International Association for Hospice and Palliative Care: Come la pandemia ha influenzato gli operatori sanitari nelle Palliative Care (PC)	11
1.3.2 Tre strategie per combattere il burnout prima e dopo l'insorgenza del COVID-19: il ruolo del leader	15
2 Obiettivi	17
3 Materiali e metodi	18
4 Risultati	19
4.1 Scheda progetto Hospice Fossombrone: "Percorso di Supervisione dei casi in Hospice anno 2021"	19
4.2 Testimonianza tramite intervista diretta di S.S., infermiera della struttura "Il Giardino del Duca" di Fossombrone	20
4.2.1 L'importanza dei percorsi di prevenzione della sindrome di Burnout	21
4.2.2 Seconda parte intervista: L'impatto dei cambiamenti organizzativi adottati dalla struttura durante la pandemia	23
5 Discussione e conclusioni	27
6 Implicazioni per la pratica	31
7 Bibliografia e Allegati	32
8 Ringraziamenti	43

1 INTRODUZIONE

1.1 Sindrome di Burnout

Si definisce Sindrome di Burnout l'esito patologico di un processo stressogeno che interessa principalmente operatori e professionisti che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano relazioni interpersonali. Il fenomeno del burnout colpisce in misura prevalente coloro che svolgono le cosiddette professioni d'aiuto o "helping professions" ma anche coloro che, pur avendo obiettivi lavorativi diversi dall'assistenza, entrano continuamente in contatto con persone che vivono stati di disagio o sofferenza. Il problema è stato riscontrato in modo predominante in coloro che operano in ambiti socio-sanitari come medici, psicologi, assistenti sociali, pedagogisti, esperti di orientamento al lavoro, fisioterapisti, infermieri, educatori sanitari e socio-pedagogici, operatori del volontariato. Infatti, se non opportunamente trattati, questi soggetti cominciano a sviluppare un lento processo di decadenza psicofisica dovuta alla mancanza di energie e di capacità per sostenere e scaricare lo stress accumulato (il termine *burnout* in inglese significa proprio "bruciarsi"). In tali condizioni può anche succedere che queste persone si facciano un carico eccessivo dei problemi delle persone di cui si prendono cura, non riuscendo così più a discernere tra la propria vita e la loro.

Il *burnout* comporta esaurimento emotivo, depersonalizzazione, un atteggiamento spesso improntato al cinismo e un sentimento di ridotta realizzazione personale. Il soggetto tende a sfuggire l'ambiente lavorativo assentandosi sempre più spesso e lavorando con entusiasmo ed interesse sempre minori, a provare frustrazione e insoddisfazione; spesso tutto questo si accompagna ad un deterioramento del benessere fisico, a sintomi psicosomatici come l'insonnia e psicologici come la depressione. I disagi si avvertono dapprima nel campo professionale, ma poi vengono con facilità trasportati sul piano personale e si riversano sulla quotidianità degli operatori.

Negli operatori sanitari, la sindrome si manifesta generalmente seguendo quattro fasi:

- la prima, preparatoria, è quella dell'"entusiasmo idealistico" che spinge il professionista a scegliere un lavoro di tipo assistenziale;
- nella seconda ("stagnazione") il soggetto, sottoposto a carichi di lavoro e di stress eccessivi, inizia a rendersi conto di come le sue aspettative non coincidano

con la realtà lavorativa. L'entusiasmo, l'interesse ed il senso di gratificazione legati alla professione iniziano a diminuire;

- nella terza fase ("frustrazione") il soggetto affetto da burnout avverte sentimenti di inutilità, di inadeguatezza, di insoddisfazione, uniti alla percezione di essere sfruttato, oberato di lavoro e poco apprezzato; spesso tende a mettere in atto comportamenti di fuga dall'ambiente lavorativo, ed eventualmente atteggiamenti aggressivi verso gli altri o verso se stesso;
- nel corso della quarta fase ("apatia") l'interesse e la passione per il proprio lavoro si spengono completamente e all'empatia subentra l'indifferenza, fino ad una vera e propria "morte professionale".

1.1.1 Cause e effetti del Burnout

Le cause più frequenti di burnout sono:

- *sovraccarico di lavoro*: il disadattamento è presente quando la persona percepisce un carico di lavoro eccessivo (le richieste lavorative sono così elevate da esaurire le energie individuali al punto da non rendere possibile il recupero), quando, anche in presenza di un carico ragionevole, il tipo di lavoro non è adatto alla persona (si percepisce di non avere le abilità per svolgere una certa attività) e quando il carico emotivo del lavoro è troppo elevato (il lavoro scatena una serie di emozioni che sono in contraddizione con i sentimenti della persona);
- *senso di impotenza*: il soggetto non ritiene che ciò che fa o vuole fare riesca ad influire sull'esito di un determinato evento;
- *manca di controllo*: il disadattamento si verifica quando l'individuo percepisce di avere insufficiente controllo sulle risorse necessarie per svolgere il proprio lavoro, oppure quando non ha sufficiente autorità per attuare l'attività nella maniera che ritiene più efficace;
- *scarso riconoscimento*: si ha disadattamento quando si percepisce di ricevere un riconoscimento inadeguato per il lavoro svolto;
- *manca di senso di comunità*: è presente disadattamento quando crolla il senso di appartenenza comunitario all'ambiente di lavoro, ovvero quando si percepisce che manca il sostegno, la fiducia reciproca ed il rispetto e le relazioni vengono vissute in modo distaccato ed impersonale;

- *assenza di equità*: si ha disadattamento quando non viene percepita l'equità nell'ambiente di lavoro in ambiti quali, ad esempio, l'assegnazione dei carichi di lavoro e della retribuzione o l'attribuzione di promozioni e avanzamenti di carriera;
- *valori contrastanti*: il disadattamento nasce quando si vive un conflitto di valori all'interno del contesto di lavoro e cioè quando la persona non condivide i valori che l'organizzazione trasmette oppure quando i valori non trovano corrispondenza, a livello organizzativo, nelle scelte operate e nella condotta.
- *facile identificazione*: del personale con il malato.

La sindrome da burnout è una situazione di forte disagio per il soggetto e può comportare diverse conseguenze nella vita quotidiana dell'azienda.

Gli effetti negativi del burnout si ripercuotono, infatti, nell'ambiente di lavoro e finiscono con il coinvolgere anche l'utenza, a cui viene offerto un servizio inadeguato.

Il lavoratore dimostra di non tollerare colleghi: si relaziona con clienti e superiori con insofferenza, atteggiamenti critici, aumento della conflittualità e altri comportamenti negativi. Se trascurato il burnout può condurre, inoltre, il soggetto ad un abuso di alcol, cibo, farmaci o sostanze psicoattive. Se non s'interviene, si possono verificare isolamento, autolesionismo e impoverimento della vita di relazione, disturbi d'ansia, crisi di panico e depressione ⁽¹⁾

1.1.2 Scala di valutazione del Burnout: il Maslach Burnout Inventory (MBI)

Esistono diversi strumenti per poter valutare se una persona è affetta da Burnout: il Maslach Burnout Inventory (MBI), l'Organizational Checkup System (OCS), l'Areas of Worklife Survey (AWS), il Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ).

Lo strumento più utilizzato perché più attendibile e di facile compilazione è il Maslach Burn out Inventory, riportato in allegato 1. Questo questionario risulta essere un metodo preciso per valutare la prospettiva dell'energia, del coinvolgimento e dell'efficienza dei lavoratori di una struttura. Il MBI è costituito da 22 items attraverso i quali si misurano le tre dimensioni individuate dalla Maslach per il Burnout:

- 1) esaurimento emotivo;
- 2) depersonalizzazione;
- 3) realizzazione personale ⁽¹⁾

1.2 Burnout e Cure Palliative (PC)

La Legge n.38/2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” all’articolo 2 definisce: *“cure palliative” l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale degli assistiti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.* ⁽²⁾

Negli infermieri che si occupano di malati terminali la Sindrome di Burnout insorge con maggiore frequenza: si tratta di una reazione all’istaurarsi di una tensione emozionale cronica provocata dal continuo contatto con chi sperimenta situazioni problematiche e/o motivi di sofferenza. La persona colpita si sente sfinita, svuotata, priva di energia; il burnout non s’instaura improvvisamente ma è un processo graduale che colpisce il professionista inconsapevole. In ambito di cure palliative in particolar modo si è molto attenti alla prevenzione del burnout; in linea teorica per avviare un efficace percorso di prevenzione vanno pianificati interventi orientati su tre livelli:

- livello di sostegno sociale
- livello di prevenzione nel contesto lavorativo
- livello formativo

Di norma si impongono come via obbligata, per tutelare il livello di tenuta psicofisica con conseguente ricaduta sul livello di efficacia/efficienza, l’attuazione di diversi interventi di prevenzione:

- sostegno psicologico
- miglioramento del contesto lavorativo
- rafforzamento della formazione e delle competenze professionali
- miglioramento dell’organizzazione della struttura
- riconoscimento sociale ed economico

Una formazione mirata va ad agire su due livelli: individuale e sociale.

A livello *individuale* l’operatore è tenuto ad adottare tecniche per la gestione dello stress, per modulare la distanza emotiva nei confronti del malato e dei familiari.

A livello *sociale* i possibili interventi formativi sono rivolti ad insegnare all’operatore a vedere il gruppo di lavoro come una risorsa, adottando tecniche per il miglioramento

delle relazioni interpersonali all'interno dell'equipe, cercando di aumentare il senso di resilienza, confronto, gratificazione. ⁽³⁾

Il processo di assistenza infermieristica palliativa richiede un'ampia base di competenze. Gli infermieri sono coinvolti nella valutazione, pianificazione e attuazione di interventi assistenziali, supporto psicologico e spirituale ai malati e ai loro congiunti. Le principali aree di competenza includono la gestione del dolore e dei sintomi specifici dei processi patologici allo stadio terminale, la familiarità con la consapevolezza spirituale e culturale della perdita e del dolore negli assistiti e l'educazione sanitaria/terapeutica inerente alle strategie che possano conferire un qualche grado di sollievo. La diversità del ruolo significa che la compassione, la sensibilità e buone capacità comunicative sono fondamentali. La relazione terapeutica con questa tipologia di assistiti implica necessariamente parlare di morte e del morire, la capacità di valutazione per identificare le priorità di trattamento, come così come l'attuazione di piani di assistenza coordinati all'interno di una équipe multidisciplinare.

Payne (2001) ha suggerito che, al fine di ridurre lo sviluppo di burnout, sono utili alcune strategie: formazione del personale affinché acquisisca abilità di counselling, monitoraggio e risoluzione dei conflitti del personale, implementazione dello stress training: una forma di terapia cognitivo-comportamentale usata per trattare il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) attraverso il riconoscimento e cambiamento delle convinzioni negative e per insegnare in modo appropriato l'uso delle abilità di coping. I risultati hanno anche raccomandato il monitoraggio di gruppi vulnerabili di personale degli hospice che hanno scarsa disponibilità e/o difficoltà di accesso al supporto organizzativo, psicologico e alla specifica formazione. ⁽⁵⁾

1.2.1 Due concetti alla base dell'assistenza in cure palliative: la *resilienza* e la *compassion fatigue*

L'affaticamento da compassione (noto anche come trauma vicario: condizione caratterizzata dal cambiamento in negativo degli schemi cognitivi e dei sistemi di credenze in colui che svolge una professione d'aiuto) viene descritto come una condizione di ridotta empatia a causa dell'esposizione alla sofferenza continua accompagnata da disperazione, una diminuzione dell'esperienza del piacere, stress e

ansia costanti e un atteggiamento negativo pervasivo (Peters, 2018). È anche inteso come una conseguenza naturale della cura di persone che soffrono e che, chiaramente, ritroviamo nelle cure palliative. Sabo (2006) Cross (2019) hanno identificato diversi elementi che contribuiscono in generale alla stanchezza da compassione:

- coinvolgimento empatico con le esperienze dolorose altrui e conseguente confusione sul proprio ruolo che assume confini sfocati
- calo della qualità della performance lavorativa
- negligenza nel curare la propria salute
- incapacità condividere la sofferenza

Nel contesto sanitario delle cure palliative la compassion fatigue è aggravata da un maggiore isolamento emotivo e dallo scarso beneficio derivante dalle attività quotidiane e dal supporto spirituale a causa della disconnessione emotiva. Uno studio di Abendroth e Flannery (2006) ha indagato le relazioni tra le caratteristiche degli infermieri e la compassion fatigue. I risultati hanno rivelato che il 78% dei partecipanti allo studio era a rischio da moderato a alto di affaticamento da compassione, con il 26% nella categoria ad alto rischio. Fra i determinanti sono stati inclusi traumi, ansia, vita dedicata al lavoro ed eccessiva empatia (che porta a confini professionali sfocati), dispiaceri dovuti al lavoro, disagio relativo a casi clinici, esaurimento, scarse strategie di cura di sé, incapacità dell'infermiere di dire 'no' (Abendroth e Flannery, 2006; Wenzel et al, 2011; Melvin, 2015; Kase et al, 2019). ⁽⁵⁾

Il concetto di resilienza invece è cambiato significativamente nel corso degli ultimi due decenni. ⁽⁷⁾ Ad oggi, non esiste un'universale definizione ma recentemente la resilienza viene considerata come il risultato di molteplici fattori per proteggere gli individui dagli effetti negativi dello stress e le avversità, come un costante processo dinamico di adattamento dell'individuo alle situazioni avverse. In sostanza, individui o gruppi resilienti possono essere in grado di riprendersi da eventi traumatici o difficili tornando ad una condizione di base di salute o benessere con più facilità rispetto a chi non possiede questa dote. In senso lato, la resilienza è quindi intesa come le risposte positive individuali o di gruppo alle avversità, ai traumi, tragedie, minacce o qualsiasi fonte significativa di stress. ⁽⁸⁾ Poiché l'assistenza sanitaria può rappresentare un'attività stressante e impegnativa, tanto più nell'ambito del fine vita, la resilienza è stata

recentemente riconosciuta come una potenziale risorsa per gli operatori sanitari, che porta a un adattamento positivo e un fattore protettivo contro il burnout.

Secondo diversi studi la resilienza dei fornitori di cure palliative si è rivelata correlata ad altri costrutti psicologici, tra cui stress traumatico secondario, crescita post-traumatica vicaria, ansia di morte, burnout, compassione, insoddisfazione ecc.

I professionisti delle cure palliative sono esposti alla morte con frequenza giornaliera. La continua esposizione alla morte e l'essere costantemente in contatto con le persone che hanno subito direttamente traumi o sofferenze, possono portare i professionisti sanitari a sviluppare stress traumatico secondario. In particolare la resilienza e la speranza hanno sostenuto lo sviluppo di strategie volte a ridurre la vulnerabilità alle emozioni, contribuendo alla realizzazione personale, fattore che tra i primi viene a mancare quando si parla di Sindrome di Burnout.

L'atteggiamento dei palliativisti verso la morte può influenzare il loro benessere e la qualità delle cure che offrono ai malati terminali e loro familiari, promuovere la resilienza tra i professionisti delle cure palliative può aiutarli a gestire l'esperienza di esposizione alla perdita e al lutto. ⁽⁶⁾

1.2.2 Uno studio pilota: “Efficacia di un gruppo psicoterapeutico a breve termine per medici e infermieri in un Hospice del Sud Europa”

Uno studio pilota ha valutato l'efficacia di un gruppo psicoterapeutico a breve termine implementato per medici e infermieri in un Hospice del Centro Italia, a Latina in provincia di Roma. L'intervento psicoterapeutico è stato proposto a tutto il personale, medico e infermieristico, dell'Hospice e, dei 23 dipendenti contattati, solo cinque hanno rifiutato di partecipare. Gli incontri di gruppo sono stati organizzati e programmati in modo compatibile con il loro programma di lavoro per garantire la loro presenza. I partecipanti erano presenti a riunioni di gruppo in modo omogeneo, ad eccezione di un medico e un'infermiera che hanno saltato una e due sessioni. In totale hanno partecipato 18 membri dello staff, 8 maschi e 10 femmine, con un'età dai 23 a 54 anni, di cui 6 medici e 12 infermieri che hanno svolto la propria attività lavorativa in Hospice per due o tre anni. Mentre undici partecipanti avevano sempre lavorato in cure palliative, sette avevano in precedenza lavorato in altri settori come l'oncologia e la geriatria. Il gruppo di supporto psicologico si è riunito ogni due settimane tra settembre 2014 e gennaio

2015, per un totale di 10 sessioni da 90 minuti ciascuna. Sono stati misurati i livelli di burnout e alessitimia (disturbo che compromette la consapevolezza e la capacità descrittiva degli stati emotivi vissuti, rendendo sterile e incolore lo stile comunicativo) prima dell'inizio della terapia di gruppo (T0) e dopo quattro mesi (T1), al termine dell'intervento. Ai partecipanti sono stati somministrati sia il Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) riportato in allegato 2, che il MBI (allegato 1). Il TAS-20 si compone di 20 items attraverso i quali si misurano le tre dimensioni che definiscono il costrutto di alessitimia: Difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1), Difficoltà nel comunicare sentimenti agli altri (F2), Pensiero operativo (F3), con l'obiettivo di aiutare medici e infermieri a riconoscere, esprimere e condividere il proprio stato interiore e le emozioni. All'interno del gruppo è stato sperimentato il metodo Photolangage. Le sessioni di Photolangage si svolgono in due fasi: il momento della scelta della fotografia da parte dell'individuo e il momento della condivisione in gruppo. Lo psicoterapeuta invita tutti partecipanti ad osservare in silenzio alcune fotografie che raffigurano persone, animali, paesaggi, figure astratte, scene di vita quotidiana (cioè, persone in fila al supermercato, una coppia che passeggia, due donne che litigano, un neonato). A questo punto, invita i partecipanti a scegliere l'immagine con cui istintivamente più ci si immedesima, senza poterla cambiare. Inizia poi il tempo della condivisione in gruppo dove il conduttore invita ogni partecipante a condividere con altri la foto scelta, le relative motivazioni ed emozioni a riguardo. L'intervento incoraggia la condivisione di emozioni ed esperienze alleggerite dal mezzo (una foto), così i partecipanti possono parlare più liberamente di sé stessi, attraverso la fotografia come se parlassero di terze persone. Grazie alla mediazione delle foto, è possibile avviare un processo di simbolizzazione che aiuta il personale a prendere coscienza delle proprie immagini interiori ed esplorare le proprie associazioni.

I risultati ottenuti permettono di ipotizzare che il gruppo psicoterapeutico a breve termine è stato efficace perché l'intervento aiuta medici e infermieri a condividere sentimenti di stress e scoraggiamento che derivano da un lavoro che li porta a stretto contatto con sofferenza permanente associata alla morte.

Le medie di TAS-20 sono diminuite nel tempo. Tra l'inizio (T0) e la fine (T1) del periodo di terapia i punteggi medi relativi alle dimensioni dell'alexithymia sono

diminuiti, indicando una maggiore capacità degli operatori sanitari di gestire le loro emozioni.

Tabella 1: Medie e deviazioni standard dei fattori di TAS- 20 a T0 e T1

Questionario TAS-20	T0 M (SD)	T1 M (SD)
Difficoltà nell'identificare le emozioni	11,94 (5,50)	4,59 (8,34)
Difficoltà nel descrivere le emozioni	9,76 (4,72)	3,88 (7,04)
Pensiero operativo	16,35 (6,04)	4,82 (8,04)
Fattore totale TAS	38,06 (13,02)	13,29 (22,68)

Anche per quanto riguarda l'MBI è stata dimostrato un cambiamento significativo tra l'inizio e la fine delle sessioni.

Tabella 2: Medie e deviazioni standard dei fattori di MBI a T0 e T1

Questionario MBI	T0 M (SD)	T1 M (SD)
Esaurimento emotivo	50,00 (15,72)	34,00 (26,78)
Realizzazione personale	39,01 (7,73)	3,88 (7,04)
Depersonalizzazione	2,88 (4,79)	23,24 (22,71)

I risultati dello studio suggeriscono l'importanza di progettare, implementare e valutare interventi terapeutici per gli operatori sanitari che lavorano in ambito palliativo. I trattamenti dovrebbero lavorare sul clima organizzativo e sullo sviluppo dell'esperienza emotiva in ambito professionale, facilitando lo scambio di esperienze degli operatori e dei loro stati d'animo. ⁽⁴⁾

1.3 Come la pandemia ha incrementato il rischio di Burnout tra i gli operatori sanitari

Dopo la pandemia, ulteriori fattori di stress si sono aggiunti ai rischi di ansia, depressione e burnout già presenti in una buona parte del personale sanitario, poiché la nostra è una categoria ad alto rischio già da prima del virus Sars-COVID-19. L'impatto del Covid ha avuto ripercussioni non solo per il personale già formato, ma anche per gli studenti infermieri che hanno subito una perdita di pratica clinica, un'educazione a distanza spesso difficoltosa e hanno iniziato ad avere dubbi sul fatto di potersi laureare

in tempo. Mentre gli enti pubblici in generale hanno affrontato la pandemia dentro le mura della propria casa, proteggendo sé stessi, dagli infermieri ci si aspettava che fornissero servizi nonostante il rischio personale di contagio e per le proprie famiglie. Inoltre, in aggiunta all'ansia di poter contrarre la malattia, le restrizioni hanno determinato la chiusura degli ospedali all'esterno, quindi l'infermiere è stato anche soggetto ad un ulteriore carico, cioè quello di fornire il tocco umano e la presenza fisica che è venuta a mancare dai famigliari per la persona malata.

Quando gli infermieri sono sottoposti ad alti livelli di stress, solitamente cadono in comportamenti scorretti (eccesso di cibo, cattive abitudini di sonno, mancanza di esercizio fisico). I timori che sono stati protagonisti dell'intera ondata, tuttavia non erano infondati, poiché molti infermieri hanno perso la vita, mentre tanti altri hanno ceduto alla loro ansia rinunciando al loro posto di lavoro e quindi alla loro professione.

È chiaro che gli infermieri devono essere consapevoli del loro rischio, il problema è che la natura altruista dell'assistenza infermieristica spesso impedisce loro di dedicare del tempo a soddisfare i propri bisogni. Esistono alcune tecniche di riduzione dello stress che si sono dimostrate efficaci e possono essere incorporati facilmente nella vita quotidiana dell'operatore. Per quanto riguarda la sfera fisica sono indicate passeggiate, corsa, allenamento, per la sfera psicologica è utile prendersi saltuariamente una "vacanza mentale" cercando di liberare la mente il più possibile, mentre a livello spirituale invece può risultare utile la meditazione, preghiera e la pratica della gratitudine. ⁽¹⁰⁾

Riguardo l'influenza del Covid sulla sindrome di Burnout, è stata condotta una rapida revisione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dal Joanna Briggs Institute (JBI) effettuando ricerche nei seguenti database elettronici: Midline, Embase, CINAHL, PsycINFO ed ERIC; le ricerche sono state limitate dal 2003 fino al 12 Giugno 2020, in lingua inglese. Questa revisione sintetizza la ricerca empirica sul burnout correlato al COVID-19 e al disagio morale negli infermieri durante la prima ondata. Generalmente, possiamo affermare che gli infermieri sembrano essere ad alto rischio di Burnout soprattutto nelle prime fasi di assistenza ai soggetti affetti da COVID-19. In particolare in prima linea gli infermieri più giovani e meno esperti possono essere particolarmente vulnerabili agli effetti avversi correlati alla pandemia, compreso l'esaurimento emotivo. Tuttavia, nel contesto della crisi COVID-19 gli

infermieri hanno mostrato livelli elevati di adattamento psicologico, rinnovamento energetico, crescita sotto pressione, senso di realizzazione personale e dedizione alla professione. In situazioni di alto rischio è fondamentale la figura del coordinatore infermieristico, infatti la revisione indica che i leader infermieristici possono adottare alcune misure per mitigare il burnout, il disagio morale ed altri effetti avversi del COVID-19 offrendo un adeguato supporto psicologico attraverso diversi interventi, come:

- Sviluppare protocolli di supporto del personale
- Promuovere un ambiente di lavoro di supporto
- Fornire un tempo adeguato di riposo tra i turni
- Adeguare la durata dei turni stessi
- Garantire l'accesso ai dispositivi di protezione individuale
- Garantire una comunicazione chiara con il personale

La pandemia COVID-19 sta esercitando una pressione senza pari su un lavoro infermieristico già sotto notevole sforzo mentale a causa del sovraccarico di lavoro spesso presente. Gli infermieri sembrano essere ad alto rischio principalmente a causa delle condizioni di lavoro durante l'attuale crisi (mancanza di DPI, terapia confusionaria, mancanza del supporto dei familiari per il sostegno psicologico del pz.), d'altro canto, i leader infermieristici svolgono un ruolo molto importante per favorire l'adattamento psicologico degli infermieri all'ambiente pandemico avendo la possibilità di attuare interventi di supporto psicologico. ⁽¹¹⁾

1.3.1 Survey International Association for Hospice and Palliative Care: Come la pandemia ha influenzato gli operatori sanitari nelle Palliative Care (PC).

Quando l'OMS ha dichiarato il COVID-19 una pandemia, l'Associazione Internazionale per gli Hospice e le Cure Palliative (IAHPC) ha lanciato un sondaggio per esplorare come la pandemia stava impattando sugli operatori delle PC sia a livello professionale che personale. L'obiettivo dello studio "L'impatto di COVID-19 sugli operatori di cure palliative nel mondo: un'analisi qualitativa delle risposte alle domande aperte" era condurre un'analisi qualitativa dell'impatto che la pandemia di COVID-19 ha avuto sui lavoratori delle Cure Palliative in tutto il mondo e descrivere le strategie di coping che hanno adottato per affrontare questa situazione. L'analisi qualitativa ha riguardato i

commenti scritti e non strutturati forniti dagli intervistati alla survey tra i membri IAHPD ed è stata svolta tra maggio e giugno 2020. Il testo libero è stato esportato in MAXQDA (programma software per dati qualitativi e misti computerizzati, analisi di testo e multimediali in istituti accademici, scientifici e aziendali) ed è stata eseguita un'analisi tematica leggendo i commenti e sviluppando un frame di codifica.

Alla survey hanno partecipato 79 operatori di 41 Paesi di tutto il mondo, tra cui l'Italia, di cui 77 (97%) hanno presentato almeno un commento scritto, risultando in un corpus di dati di 10.694 parole e un totale di 374 commenti codificati. L'estensione dei dati variava da poche frasi a testi lunghi. Attraverso l'analisi qualitativa sono state identificate otto categorie di temi principali. Per ogni categoria si riportano, a seguire, le conclusioni tratte dall'analisi e alcuni esempi delle risposte rilevate attraverso la survey, con l'indicazione del Paese da cui proviene il commento.

Categorie dei temi principali identificati con l'analisi qualitativa dei commenti

1) Sviluppo delle cure palliative: I partecipanti hanno riferito che la pandemia ha invertito o bloccato il precedente sviluppo delle politiche sui PC poiché le autorità sanitarie e i sistemi sanitari si concentrano su COVID-19, con l'effetto di *"trascurare"* le attività del PC. Alcuni servizi e programmi per PC sono stati completamente chiusi o parzialmente chiusi. *"Il COVID-19 ha richiesto il blocco delle attività per una durata molto lunga, quindi non siamo in grado di continuare con le visite domiciliari di routine e i servizi ambulatoriali e ospedalieri. Sebbene abbiamo seguito le persone per telefono, molti di coloro che hanno bisogno non sono stati raggiunti a causa di problemi di trasporto."* (India) È stato riportato anche un effetto opposto: *"... dal punto di vista del governo australiano c'è stato un aumento dell'interesse e degli investimenti nelle cure palliative, in particolare attraverso misure come la pianificazione anticipata delle cure. Politici e burocrati stanno diventando più consapevoli dell'efficacia e dei vantaggi economici di un ampio accesso alle cure palliative, che si riflette nel loro dialogo e nelle opportunità di finanziamento. Sono molto soddisfatto di questo sviluppo."* (Australia)

2) Impatto sulla forza lavoro: Le misure di contenimento, la malattia e la morte dei membri del personale, le problematiche relative al personale e gli obblighi di custodia dei bambini hanno ridotto la forza lavoro. *"È molto difficile sostituire il personale nelle case di cura e nelle strutture di assistenza domiciliare. Dobbiamo lavorare il doppio."*

(Italia) *L'impatto della pandemia sulla forza lavoro è duplice: colpisce la capacità dei lavoratori di svolgere i propri doveri professionali e il loro benessere personale. Il disagio e la fatica hanno colpito negativamente gli assistiti e il personale sanitario: si registra una diminuzione del numero di infermieri. Questo significa più lavoro con maggiore fatica che può portare a cattive pratiche o errori, malumore, meno autoprotezione dal Covid-19 a causa del troppo lavoro, ecc.*" (Guatemala)

3) Riorganizzazione del lavoro: Attività aggiuntive come lo screening dei malati in PC per COVID-19 sono onerose, richiedono tempo e creano più barriere all'accesso.

"Prima di effettuare la visita domiciliare, si segue il protocollo del questionario di screening COVID-19. Gli assistiti vengono visitati solo se lo screening è negativo. In caso di sospetto di infezione da COVID-19, l'infermiera indirizza il malato a una struttura COVID-19 per i test e la gestione conseguente. Se lo screening risulta negativo, il malato viene visitato dall'infermiera o altro professionista sanitario che indossa DPI completi (guanti, maschera, camice, testa e copriscarpe)." (Libano)

4) Riconcettualizzazione delle cure palliative: Il modello tradizionale di erogazione dell'assistenza è cambiato nel tentativo di trovare alternative che possano garantire la continuità dell'assistenza. Gli esempi includono il networking e l'assunzione di nuovi compiti. *"Abbiamo continuato le consultazioni di cure palliative e le visite cliniche con gli assistiti nuovi e consolidati tramite telemedicina con un grande successo e un volume significativo, sebbene inferiore al normale. I numeri sono aumentati rapidamente una volta iniziato il percorso di cura del malato"* (USA). *"Sono emerse inaspettatamente alcune nuove opportunità con la telemedicina e la formazione Zoom"* (Nepal). *La telemedicina ha reso le attività chiave del PC più impegnative, poiché richiede "una comunicazione più chiara e obiettiva"* (Perù) *"Nella nostra cultura, e molto probabilmente nel resto del mondo, la parte più importante del prendersi cura è la PRESENZA. Il tocco, la conversazione intima, il permettere alla persona di sedersi vicino, l'interazione faccia a faccia - elementi essenziali nelle cure palliative - non sono più accessibili a tutti a causa del distanziamento sociale."* (Filippine)

5) Impatto economico e finanziario: Le organizzazioni non profit stanno soffrendo la carenza di finanziamenti e gli eventi di raccolta fondi sono stati cancellati poiché: *"le donazioni sono diminuite, ma i costi sono aumentati"* (Sudafrica); *"Sarebbe possibile*

per noi sopravvivere se la pandemia non continuasse per diverse settimane/mesi con la stessa gravità" (Svezia), indicando che stavano raggiungendo i loro limiti.

Alcuni hanno riferito che l'effetto economico della pandemia ha avuto un impatto sulle loro vite emotive: *"(...) sono stato colpito finanziariamente poiché anche l'economia del paese è stata colpita e questo disturba il mio stato psicologico."* (Malawi)

6) Aumento del rischio: Diversi operatori hanno riferito di aver avuto paura quando i colleghi si sono ammalati e alcuni sono morti. *"Inizialmente, il personale era riluttante a venire a lavorare in ambiente clinico a causa della paura e dei messaggi contrastanti dei media."* (Australia) *"Temevo di essere contagiato dal COVID da soggetti sintomatici e asintomatici. 24 medici nelle Filippine sono morti di COVID."* (Filippine) *"Il personale ha paura di contrarre la malattia e poiché deve tornare a casa ogni giorno, è anche preoccupato di non poter proteggere le proprie famiglie."* (Uganda)

7) Impatto emotivo: I partecipanti hanno descritto come la paura, l'ansia, il dolore e lo stress influiscano sulle loro prestazioni. *"Quanto ha influito questa pandemia sulla salute fisica e sul benessere psicosociale degli stessi caregiver è una preoccupazione importante. Come ci prendiamo cura di noi stessi quando il pedaggio aumenta? Oltre ad essere ansiosi di affrontare i bisogni dei nostri assistiti e delle loro famiglie, ci sono problemi personali che gli stessi caregiver affrontano quotidianamente."* (Filippine)

8) Strategie di coping: Le strategie di coping includono la cura di sé, l'aiuto reciproco e il supporto del team. *"Mi sono adattato grazie al supporto dei colleghi e sapendo che avevamo tutti bisogno di cambiare e rispondere durante questa crisi."* (UK) *"Abbiamo lavorato come se fosse uno sprint piuttosto che una maratona e ora dobbiamo cambiare per proteggerci."* (Uganda)

La consulenza è stata indicata come utile. Anche il sostegno di amici e familiari è stato menzionato come un ulteriore modo per far fronte alla situazione prodotta dal COVID-19. Proprio come la mancanza di conoscenza è stata segnalata come fonte di insicurezza, l'apprendimento è diventato una strategia di coping: *"imparare il più possibile sulle pandemie"* (Norvegia e India). È stato utile anche prendersi delle ferie man mano che gli orari venivano riorganizzati: *"L'ospedale ha implementato orari per concedere al personale ferie a settimane alterne a turno"* (India).

Le conclusioni tratte dallo studio evidenziano che la pandemia ha avuto un enorme impatto sulla capacità dei lavoratori delle Cure Palliative di fornire assistenza, sulla loro

situazione finanziaria e sui loro carichi di lavoro. Li ha resi operatori particolarmente vulnerabili alle infezioni, causando ansia e burnout e compromettendo il loro benessere emotivo. La consulenza e le reti sono importanti ammortizzatori per la costruzione della resilienza. Strategie di coping come il supporto del team e della famiglia rafforzano la capacità dei lavoratori di adattarsi e rispondere. Poiché i modelli tradizionali di erogazione delle Cure palliative non si applicano durante la pandemia, le priorità devono cambiare e le attività devono essere riassegnate e riorganizzate affinché i sistemi continuino a funzionare. I professionisti sono costretti a riconsiderare e ridefinire i modelli di erogazione delle cure quando il contatto fisico e la comunicazione di persona con gli assistiti e familiari sono limitati o inesistenti. L'adattamento, la creatività, la flessibilità e l'uso di tecnologie poco costose come la telemedicina sono diventati sempre più importanti. Le esperienze condivise dai partecipanti possono essere trasferibili anche ad altri soggetti che affrontano sfide simili. ⁽⁹⁾

1.3.2 Tre strategie per combattere il burnout prima e dopo l'insorgenza del COVID-19: il ruolo del leader

Da un articolo pubblicato sul sito *healthleadersmedia.com*, dopo una ricerca effettuata tramite il Well-being index, l'American Journal a cura della specialista Renee Cecil, emergono tre principali strategie per affrontare la crescita problema del burnout dell'infermiere:

1) Creare programmi di coaching e mentoring per sviluppare leader: Per combattere in modo proattivo il burnout degli infermieri, dice Cecil, i sistemi sanitari dovrebbero identificare buoni leader infermieristici e supportarli. *“Ora più che mai, abbiamo bisogno di leader capace di offrire il supporto emotivo necessario per empatizzare, prendersi cura del benessere personale di ogni infermiere, e fare in modo che tutti si sentano apprezzati e ascoltati”*

Sviluppare leader infermieristici con sufficienti capacità di leadership aiuterà a ispirare le équipes, mettere i bisogni del personale prima di tutto può essere fondamentale per ridurre i sintomi di esaurimento. Ribadisce Cecil *“La pandemia di oggi ha il potere per creare o distruggere un dipartimento, e i buoni leader hanno potenziale per garantire che la loro squadra esca da questo più forte che mai”*.

Il coaching e il mentoring dovrebbero includere il rafforzamento delle capacità di comunicazione, sviluppo di capacità di delega e capacità di concentrarsi sui punti di forza del personale per guidare l'empowerment. Suggestisce anche che il leader dovrebbe avere piani da attuare in anticipo, identificando preventivamente potenziali infermieri in difficoltà per poter fornire loro coaching e tutoraggio coerenti. Per rendere possibile tutto questo verrebbero utilizzati corsi di leadership per educarli sulle competenze necessarie per la leadership.

2) Aumentare la comunicazione con il personale: I leader dovrebbero prendersi il tempo per avere conversazioni a tu per tu con ogni membro del personale, dice Cecil. “Un leader competente ha forti capacità comunicative e si connette con il personale in modo trasparente, in maniera empatica. In particolar modo quando il COVID-19 ha colpito per la prima volta gli operatori spesso confusi. È consigliabile impostare dieci o quindici minuti ricorrenti di incontri, “check” con il team a inizio o fine dei loro turni per discutere di come si sentono. Se la pianificazione non consente a un team di incontrarsi regolarmente, Cecil suggerisce di garantire conversazioni estemporanee a cui accedere singolarmente e regolarmente.

3) Coinvolgere gli infermieri in prima linea nei processi decisionali: Gli infermieri sono in prima linea e sanno quali sono le barriere per cui devono preoccuparsi. Vivendo le situazioni in prima persona possono fornire soluzioni innovative, quindi il loro contributo nel processo decisionale risulta fondamentale, dice Cecil. “Soprattutto durante la pandemia, coinvolgere gli infermieri in prima linea non solo migliorerà la comprensione della loro esperienza vissuta ma aiuterà anche nella decisione della possibile adozione di nuovi processi. I leader dovrebbero parlare con il personale e fare domande mirate su cosa sta andando bene e cosa si può migliorare. Queste discussioni possono essere guidate da domande dirette (“Come stai?”, “Cosa sta andando bene? Che cosa può essere migliorato?”, “Volete proporre suggerimenti per risolvere questo problema?”)⁽¹³⁾

“LA PANDEMIA DI OGGI HA IL POTERE DI CREARE O DISTRUGGERE INTERI REPARTI, I BUONI LEADER HANNO IL POTERE DI ASSICURARSI CHE LA LORO SQUADRA ESCA FUORI DA TUTTO QUESTO PIU’ FORTE CHE MAI.” ⁽¹³⁾ – C. Renee

2 OBIETTIVI

Gli obiettivi dell'elaborato di tesi sono l'esplorazione del fenomeno del burnout, evincendolo dalla specifica letteratura, contestualizzato nell'ambito assistenziale degli Hospice e considerando le specifiche modifiche apportate dalla pandemia da Covid-19, ed il confronto con la realtà dell'Hospice "Il Giardino del Duca" di Fossombrone, al fine di proporre eventuali azioni di miglioramento.

3 MATERIALI E METODI

La redazione della parte introduttiva della tesi si è avvalsa di una revisione narrativa della letteratura risultante da ricerca bibliografica effettuata sulle banche dati PubMed e Cinahl. Sono stati impostati i filtri full-text, lingua inglese o italiano e data di pubblicazione non anteriore al 2015. Le parole chiave utilizzate per comporre la stringa di ricerca sono: “professional burnout” (con subheading: “diagnosis”, “prevention and control”, “statistics and numerical data”), “hospice”, “palliative care”, “Covid-19 pandemic impact”, individuate attraverso il seguente PICO:

Probema/Popolazione	Intervento	Comparazione	Outcome
Professionisti sanitari degli hospice e rischio di burnout e impatto della pandemia	Attuazione di strategie di prevenzione e controllo del burnout	Assenza di interventi finalizzati alla prevenzione del burnout	Riduzione dell'insorgenza del burnout nei professionisti sanitari degli hospice

Sono stati inclusi, sulla base della pertinenza con l'obiettivo di tesi e della rilevanza, n. 12 articoli. È stato quindi effettuato uno studio qualitativo per contestualizzare e confrontare le evidenze raccolte nel contesto assistenziale dell'Hospice “Il Giardino del Duca” di Fossombrone, attraverso l'intervista ad un'infermiera esperta della struttura e la consultazione degli specifici protocolli locali.

4 RISULTATI

Durante il corso di laurea l'ambito delle PC ha sempre attirato particolarmente la mia attenzione, per questo motivo in terzo anno ho fatto richiesta di svolgere un mese di tirocinio nella struttura Hospice "Il Giardino del Duca" all'interno dell'ospedale di comunità di Fossombrone. Grazie a questa esperienza ho avuto la possibilità di approfondire l'argomento in prima persona, perciò ho deciso di riportare all'interno della tesi una parte del mio percorso inserendo un'intervista ad un'infermiera riguardo le tematiche precedentemente affrontate e un progetto attuato in Hospice riguardante la prevenzione della Sindrome di Burnout.

4.1 Scheda progetto Hospice Fossombrone: "Percorso di Supervisione dei casi in Hospice anno 2021" (allegato 3)

Lavorare in PC implica un costante confronto con l'esperienza della malattia inguaribile, con il processo del morire e con la morte. Tale confronto non può avvenire senza un significativo coinvolgimento umano, spirituale/esistenziale, personale e professionale dei diversi operatori coinvolti. Per questo, sin dalla loro origine, le PC hanno previsto specifici interventi di supporto psicologico all'équipe. In cure palliative la supervisione ha una duplice valenza: strumento di formazione, mediante l'approfondimento emotivo e cognitivo delle tematiche inerenti alle cure palliative, ma anche modalità di intervento preventivo del disagio da parte degli operatori. Dinamiche di gruppo, vissuto emotivo, rilettura cognitiva, connessione con il livello organizzativo e contestuale sono i diversi livelli e piani di intervento che caratterizzano la supervisione. Esse riguardano da un lato la dimensione del lavoro in equipe, e dall'altro il rapporto con il l'assistito e la sua famiglia, destinatari e fruitori dell'assistenza.

Gli obiettivi che si pone questo progetto sono conferire agli operatori la capacità di:

- Creare uno spazio e un tempo per la condivisione, il contenimento e l'elaborazione dei vissuti emotivi dell'operatore dal contatto con la sofferenza del malato e della sua famiglia;
- Migliorare gli aspetti comunicativi e relazionali tra gli operatori dell'équipe

- Promuovere consapevolezza rispetto al proprio modo di essere con l'altro e con sé stessi, per indirizzare in modo appropriato la propria esperienza professionale e rendere produttivo il lavoro in équipe;
- Consultazione e discussione di casi clinici e aspetti organizzativi sul superamento di problemi assistenziali e cure primarie;

Il progetto è diretto dalla Dott.ssa Maria Grazia Luzzini, la responsabile U.O.S. Formazione AV 1 ASUR Marche, il responsabile scientifico è invece il Dott. Brunori Carlo Alberto, dirigente Medico dell'Hospice, mentre il docente che ha tenuto le varie lezioni è il Professor Rabih Chattat, dottore di Ricerca in Psicologia Clinica presso l'università di Bologna. Il progetto è rivolto a medici, infermieri e psicologi e la sua durata va dal 24.09.2021 al 17.12.2021, per un totale di 20 ore suddivise in cinque giornate di incontri. Al termine dei cinque incontri è prevista una valutazione di apprendimento tramite prova orale discutendo un caso clinico e l'assegnazione degli ECM.⁽¹²⁾

4.2 Testimonianza tramite intervista diretta di S.S., infermiera della struttura “Il Giardino del Duca” di Fossombrone

La testimonianza riportata è stata rilasciata da un'infermiera di cui si riportano le iniziali S. S.; la scelta non è stata casuale, ma conseguente alla sua esperienza professionale in Hospice, iniziata con l'apertura di quest'ultimo, e all'aver quindi vissuto a pieno ogni cambiamento in questo ambiente; inoltre durante il mio percorso nella struttura, ho potuto apprezzare le sue ottime competenze professionali e relazionali.

L'intervista è stata suddivisa in due tematiche:

1) L'importanza dei percorsi svolti per la prevenzione della sindrome di Burnout, per cui sono state poste le seguenti domande:

- Quanto ritieni importanti i percorsi di prevenzione per la Sindrome di Burnout svolto dagli psicologi in questo ambiente lavorativo?

- Durante i percorsi di formazione e prevenzione per il Burnout e lo stress lavoro correlato, vi è stato insegnato come riconoscere (oltre a prevenire) i primi segni di Burnout e come comportarvi di conseguenza?

2) L'impatto dei cambiamenti organizzativi adottati dalla struttura durante la pandemia, per cui sono state poste le seguenti domande:

- *Quali strategie avete adottato per alleviare l'impatto psicologico della pandemia Covid19 su di voi, sugli assistiti e sui famigliari dei soggetti che risiedono nella struttura?*

- *Con l'arrivo della pandemia e la conseguente chiusura della struttura ai famigliari sentite aumentato il vostro carico di lavoro emotivo e professionale.*

4.2.1 L'importanza dei percorsi di prevenzione della sindrome di Burnout

a) Quanto ritieni importanti i percorsi di prevenzione per la Sindrome di Burnout svolto dagli psicologi in questo ambiente lavorativo?

È da qualche anno che il dottor Carlo Alberto Brunori, Direttore dell'Hospice di Fossombrone, ha attivato un percorso di supervisione per il personale e negli anni si sono alternati vari referenti. Per il 2021 ricominceremo appena possibile con la supervisione col professor Rabin Chattat, dottore di Ricerca in Psicologia Clinica dell'Università di Bologna.

Negli anni scorsi il progetto prevedeva 6/7 incontri annuali nei quali di solito discutiamo di casi clinici che hanno messo in difficoltà il nostro percorso. In pratica nella sala riunioni ci sediamo in cerchio per eliminare le distanze professionali, poi il professore ci invita a esternare le nostre difficoltà nel periodo precedente e di solito affrontiamo il discorso dei vari casi clinici confrontandoci con i colleghi. Quando arrivano soggetti e/o famiglie complessi in reparto alle volte ci destabilizzano e mettono in crisi i rapporti interpersonali e le scelte terapeutiche.

Ogni professionista ha la possibilità di poter dire la sua in base a come si è sentito rispetto al caso clinico affrontato. Alcuni non riescono ad esprimere concetti e rimangono in ascolto, invece altri, come me, parlano un po' per tutti. In questi incontri rivediamo quello che avremmo potuto fare diversamente per superare le criticità, oppure in altre occasioni abbiamo parlato delle difficoltà personali di un operatore in un determinato periodo. A mio avviso sono molto utili per evidenziare i problemi e risolverli prima che diventino motivo di grosso disagio e creino disarmonia all'interno del reparto. Problematiche frequenti emergono quando ci sono famiglie che mettono in gioco l'aspetto emotivo di un operatore, quando la storia clinica del malato può assomigliare ad un vissuto personale, in questi casi diventa difficile rimanere neutri nel coinvolgimento con l'assistito e questo fattore può mettere in allerta temporaneamente

il discorso Burnout. Fino ad ora nessun operatore ha avuto la necessità di cambiare reparto a causa del Burnout, tuttavia sostengo che i percorsi con gli psicologi e il mantenimento di ottimi rapporti con i colleghi siano stati molto d'aiuto per evitarne la comparsa.”

b) Durante i percorsi di formazione e prevenzione per il Burnout e lo stress lavoro correlato, vi è stato insegnato come riconoscere (oltre a prevenire) i primi segni di Burnout e come comportarvi di conseguenza?

“Durante i corsi ci sono stati dati diversi consigli per non arrivare ad un punto di non ritorno, in sostanza, per poter prevenire la sindrome da burnout è necessario:

- dormire a sufficienza, per recuperare e avere energie a sufficienza durante la giornata;*
- avere uno stile di vita equilibrato rispetto a ritmi, nutrizione, allenamento, tempo per te stesso;*
- fare regolarmente esercizio fisico;*
- definire le priorità e i confini, così da focalizzare le risorse ed energie verso le attività che ci portano maggior riscontro;*
- auto-regolarsi con mail e smartphone, dandosi una regola chiara e precisa da rispettare, in determinati momenti del giorno;*
- stabilire limiti chiari rispetto agli orari di lavoro, che costituiscono i confini del tuo benessere e della tua vita privata;*
- avere una vita sociale di qualità, per staccare la spina e condividere, per evitare di sentirti sopraffatto;*
- leggi e informati (I migliori libri per gestire, combattere e vincere lo stress)*
- organizzare bene il proprio lavoro, per evitare perdite e sprechi di tempo, imprevisti, disorganizzazione, stress nocivo;*
- delegare;*
- imparare a dire di no;*
- lavorare per obiettivi ben definiti e con piani d'azione dettagliati, per aumentare la probabilità di ottenere risultati;*
- avere tempo libero, coltivare hobbies al di fuori dal lavoro per dissociarsi dall'attività lavorativa e scaricare lo stress accumulato, conciliare lavoro e famiglia;*

- smart working, per ridurre spostamenti, guadagnare tempo, svolgere la propria attività in uno spazio tranquillo, più accomodante;

Nessuno di noi si è mai trovato nella situazione di dover sperimentare su se stesso i primi segni perché ancora nessun operatore è arrivato a questo punto, tuttavia ricordo che questa sindrome non si manifesta mai in modo improvviso ma graduale, i primi campanelli d'allarme sono insonnia, mal di stomaco, insofferenza per i turni e poca motivazione per lo svolgimento dell'attività lavorativa con assenza sempre più frequenti...un segno molto comune è l'incapacità di recuperare nonostante le ferie e i riposi. La diagnosi è poi effettuata da un medico psicologo/psichiatra”

4.2.2 Seconda parte intervista: L'impatto dei cambiamenti organizzativi adottati dalla struttura durante la pandemia.

a) Quali strategie avete adottato per alleviare l'impatto psicologico della pandemia Covid19 su di voi, sugli assistiti e sui loro famigliari?

“Con l'arrivo della pandemia e la conseguente chiusura della struttura ai familiari è notevolmente aumentato il carico emotivo per noi operatori che vediamo il malato terminale ancora semi autosufficiente vivere la solitudine delle ore che passano.

La mascherina poi ha tolto tutta la parte consolatoria di un sorriso che è passato ad uno scambio profondo di sguardi oppure ad un'affettuosa stretta di mani. Per alleviare l'impatto psicologico della pandemia riguardo la paura di contagiarsi abbiamo aumentato la sorveglianza e l'utilizzo dei DPI, stessa cosa per i familiari ai quali è consentito l'accesso solo dopo aver effettuato igiene delle mani, con autocertificazione, misurazione della temperatura corporea e mascherina.

I malati che accedono in Hospice sono quelli che purtroppo hanno abbandonato ogni cura a scopo terapeutico e devono essere solo accompagnati ad una morte serena e dignitosa e, per il tipo di lavoro o per scarsa conoscenza di sé stessi, spesso non si riesce a gestire l'empatia e a porre il giusto distacco, quindi avviene un'identificazione con i problemi dell'altro che causa un carico eccessivo di stress...questo può sfociare in burnout. ✂ Personalmente spero di non superare mai il limite.

Conoscere i propri limiti, adeguare le proprie aspettative alla realtà, saper mettere in pratica strategie relazionali per migliorare la comunicazione e gestire lo stress, sono

tutte abilità che aiutano l'individuo in questo percorso. Devo dire che in questo periodo di pandemia abbiamo fatto un corso a distanza tramite zoom con psicologi e tra le tante cose abbiamo fatto training autogeno con visualizzazioni. Nel mio caso ad esempio è emerso che io vedendo ad occhi chiusi il colore verde mi sento al sicuro ma non riesco a visualizzare figure persone o cose. Sarà che quando ho le batterie scariche scelgo di andare a camminare nel bosco perché il verde è una cosa che mi rigenera. Non andando spesso al bosco mi sono ricreata a casa un angolo verde di piante da curare per avere comunque la mia valvola di sfogo al di fuori delle mura del reparto che per noi ormai è una seconda casa.”

b) Con l'arrivo della pandemia e la conseguente chiusura della struttura ai familiari sentite aumentato il vostro carico di lavoro emotivo e non?

“Per quanto riguarda i cambiamenti con l'arrivo della pandemia Covid-19 abbiamo tolto completamente l'uso degli ambienti comuni alle famiglie e ai malati. I colloqui pre-ingresso servono soprattutto per individuare i soggetti autorizzati per l'accesso in Hospice, il familiare che entra deve rilevare la temperatura all'ingresso e portare il foglio di autocertificazione firmato. Abbiamo avuto in alcune occasioni elasticità riguardo queste restrizioni, ad esempio per figli minori o figli che vengono dall'estero, ma solo se precedentemente erano stati sottoposti al tampone. Il familiare che entra in reparto deve suonare il campanello e accedere direttamente alla camera senza sostare nei luoghi comuni e una volta entrato all'interno della camera deve sempre mantenere la mascherina quando si avvicina al degente.

Per quanto riguarda l'aspetto emotivo degli operatori la pandemia ha inciso molto, perché il fine vita è un momento in cui il familiare dovrebbe essere sempre presente e per un operatore non è semplice riempire il vuoto della solitudine del malato rimasto solo. Al momento abbiamo tolto completamente il permesso di rimanere nelle ore notturne, i parenti entrano dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19, anche se alle volte ammetto che facciamo delle eccezioni. Quello che personalmente mi pesa di più è che i malati in questo lungo periodo di pandemia sono stati confinati solo in stanza e quindi abbiamo ridotto notevolmente tutto l'approccio interpersonale della Limonaia, cioè una zona di divani e vetrata per osservare il panorama esterno e della cucina.

L'unico momento in cui gli assistiti escono dalla stanza è quando viene fatto il bagno assistito, in quel caso salendo sulla barella riescono per un breve momento ad avere una visione del mondo esterno dalla loro stanza.

Prima del Covid-19 era una realtà quasi completamente diverso, le attività che facevamo erano svolte quasi tutte negli spazi comuni e a mio avviso alleggerivano molto le giornate. Si partiva dalla mattina con il caffè in cucina con i familiari che avevano assistito le persone durante la notte, mentre adesso di notte i familiari non possono rimanere. Durante il giorno si poteva uscire dalla camera, passeggiare nel corridoio oppure stare in carrozzina in Limonaia, qui socializzavano e passavano il tempo con giornali musica o TV.

Potevamo spostare gli assistiti anche con i letti in Limonaia in modo tale da garantire a tutti la possibilità di avere rapporti con il mondo esterno almeno visivamente. Inoltre avevamo attivato il supporto dei volontari che nelle ore pomeridiane potevano tenere compagnia ai malati con letture o con una semplice chiacchierata, per dare qualità al tempo che passa. Avevamo anche un incontro settimanale con il musicoterapista che entrava nelle stanze di quelli che accettavano il supporto della musicoterapia, erano bei momenti. Nelle ore del pomeriggio alcuni familiari potevano cucinare qualcosa per i propri parenti nella cucina del reparto, alcune volte abbiamo anche festeggiato tutti insieme i compleanni in cucina.

Una volta l'anno venivano anche i terapisti clown dalla struttura di Urbino insieme ai ragazzi delle scuole del territorio, mentre a Natale facevamo la messa insieme al vescovo nella cappellina, con le seggiole lungo i corridoi, per ricordare i malati deceduti durante l'anno. Poi ci ritrovavamo insieme alle famiglie nei locali degli ambulatori dove tutti gli anni facciamo un albero di Natale nel quale appendiamo dei cartoncini con i mesi dell'anno e per ogni mese tutti coloro che hanno fatto il percorso di fine vita nel nostro reparto.

Anche nelle singole camere il personale OSS e infermieri stava molto più tempo, sia con i famigliari che con la persona assistita, mentre adesso alcune conversazioni si sono ridotte di tempo e numero per l'autorizzazione limitata dell'ingresso dei familiari.

Un'altra attività che poteva essere molto importante soprattutto per i soggetti più credenti era che tutti i giorni veniva il ministro dell'eucaristia a portare la comunione alla mattina, adesso siamo molto limitati, abbiamo solo ricominciato a far entrare i

frati cappuccini la domenica mattina per l'eucarestia oppure in occasione di richiesta del Sacramento dell'estrema unzione agli infermi.

Nonostante il dispiacere per aver raffreddato così tanto i rapporti all'interno della struttura, l'ansia di contagiarsi o contagiare sono stati i sentimenti dominanti in questo lungo periodo di pandemia, che ha cambiato gli individui sia come operatori che come persone al di fuori della professione.

La coordinatrice ha sempre fatto controlli di routine attraverso i tamponi prima rapidi e poi molecolari per noi operatori. Quasi tutti gli operatori sono stati vaccinati e adesso siamo entrati nel protocollo sulla titolazione anticorpale a un mese a 3 mesi a 6 mesi dal vaccino. Dopo l'arrivo del Covid-19 sono venuti a mancare i momenti che secondo me rappresentavano la parte più bella e umana del nostro lavoro pre-pandemia, l'Hospice era pura condivisione, se prima strappare un sorriso ad un malato terminale era difficile adesso lo è molto di più, quindi a livello emotivo sicuramente la situazione è molto più pesante.”

5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nella prima parte dell'elaborato sono state selezionate e riportate le più autorevoli evidenze scientifiche riguardo all'argomento Burnout in Cure Palliative prima e dopo la pandemia, relativamente alle dimensioni del fenomeno e alle strategie per ridurlo; la seconda sezione è centrata sulla mia esperienza di tirocinio all'Hospice "Il Giardino del Duca" di Fossombrone nel quale, attraverso un'intervista strutturata e la disamina del progetto formativo aziendale " *Supervisione dei casi in Hospice – anno 2021*", ho verificato se gli interventi descritti nelle evidenze sono effettivamente applicati nella struttura e se hanno avuto un reale beneficio sul personale.

Come si evince dallo studio pilota eseguito all'Hospice "La Rosa" di Latina, la presenza di un progetto terapeutico per l'équipe apporta un effettivo beneficio agli operatori in termini di minor rischio di sviluppare burnout e alessitimia " *Le medie di TAS-20 sono diminuite nel tempo. Tra l'inizio (T0) e la fine (T1) del periodo di terapia i punteggi medi relativi alle dimensioni dell'alexithymia sono diminuiti, indicando una maggiore capacità degli operatori sanitari di gestire le loro emozioni. {...} Anche per quanto riguarda l'MBI è stata dimostrato un cambiamento significativo tra l'inizio e la fine delle sessioni.*" Allo stesso modo, nella struttura residenziale "Il Giardino del Duca" di Fossombrone, da anni gli operatori partecipano ad incontri strutturati con psicologi per discutere di casi clinici, sensazioni negative, difficoltà personali o situazioni critiche: questo percorso ha un effetto positivo sul personale, come testimoniato anche dall'infermiera intervistata che racconta di partecipare volentieri a questo tipo di incontri, in quanto rappresentano anche un'occasione per migliorare la comunicazione e la comprensione tra gli operatori. " *È da qualche anno che il Direttore dell'Hospice di Fossombrone Carlo Alberto Brunori, ha attivato un percorso di supervisione per il personale {...} in questi incontri rivediamo quello che avremmo potuto fare diversamente (lasciamo il diversamente che avevo tolto nella tesi) per superare le criticità oppure in altre occasioni abbiamo parlato delle difficoltà personali di un operatore in un determinato periodo. A mio avviso sono molto utili per evidenziare i problemi e risolverli prima che diventino motivo di grosso disagio e creino disarmonia all'interno del reparto.*"

Un'ulteriore importante strategia per arginare il burnout, ribadita all'interno degli articoli selezionati, è l'adozione di tecniche di gestione dello stress attraverso l'attività fisica, tecniche di respirazione o momenti di svago per liberare la mente dall'affaticamento psicologico che talvolta può accumularsi all'interno del contesto lavorativo, dal testo "Oncologia e Cure Palliative" infatti emerge quanto segue: *"Una formazione mirata va ad agire su due livelli: individuale e sociale. A livello individuale l'operatore è tenuto ad adottare tecniche per la gestione dello stress, per modulare la distanza emotiva nei confronti del malato e dei familiari"*. Questo aspetto nel corso dell'intervista è stato sottolineato anche dall'infermiera S.S. che ha riferito di dedicarsi a passeggiate nel bosco o giardinaggio nelle giornate più pesanti, proprio perché questo la aiuta a liberare la mente fuori dalle mura del reparto; nell'intervista riporta: *"quando ho le batterie scariche scelgo di andare a camminare nel bosco perché il verde è una cosa che mi rigenera. Non andando spesso al bosco mi sono ricreata a casa un angolo verde di piante da curare per avere comunque la mia valvola di sfogo al di fuori delle mura del reparto che per noi ormai è una seconda casa."*

Per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere coordinatore analizzato nell'articolo *"3 strategies for combating nurse burnout during and after the pandemic"* invece, nonostante l'infermiera intervistata non si sia soffermata su questo aspetto, nella mia esperienza all'interno della struttura ho potuto osservare la gestione del reparto da parte della coordinatrice. A mio avviso quest'ultima, dotata di notevole empatia e possedendo ottime capacità comunicative e di leadership, era di fondamentale importanza per il personale che si confrontava spontaneamente e frequentemente con lei, facilitando così l'organizzazione delle attività e la gestione dei casi che potevano creare maggiore disagio agli operatori. Una buona strategia organizzativa adottata dall'Hospice a Fossombrone, sottolineata sempre nell'articolo riguardante il ruolo del leader, è la pianificazione di incontri regolari internamente all'Hospice ai quali non partecipano solo OSS e infermieri ma anche i medici insieme alla coordinatrice, dalle evidenze infatti emerge quanto segue: *"E' consigliabile impostare dieci o quindici minuti ricorrenti di incontri, "check" con il team a inizio o fine dei loro turni per discutere di come si sentono. Se la pianificazione non consente a un team di incontrarsi regolarmente, Cecil suggerisce di garantire conversazioni estemporanee a cui accedere singolarmente e regolarmente."*

Nell'ultima parte dell'elaborato il tema Burnout è stato contestualizzato nella realtà in cui vive oggi la sanità: la crisi pandemica.

Diverse pubblicazioni hanno evidenziato come, dopo la pandemia, ulteriori fattori di stress si sono aggiunti ai rischi di ansia, depressione e burnout già presenti in una buona parte del personale sanitario, poiché la nostra è una categoria ad alto rischio già prima della pandemia COVID-19.

Attraverso l'intervista, S.S. ha confermato come anche nella piccola realtà di Fossombrone, l'Hospice abbia subito innumerevoli cambiamenti che hanno condizionato la serenità con cui gli operatori vivevano le ore lavorative. *“Con l'arrivo della pandemia e la conseguente chiusura della struttura ai familiari è notevolmente aumentato il carico emotivo per noi operatori che vediamo il malato terminale ancora semi autosufficiente vivere la solitudine delle ore che passano. La mascherina poi ha tolto tutta la parte consolatoria di un sorriso che è passato ad uno scambio profondo di sguardi oppure ad un'affettuosa stretta di mani. {...} per il tipo di lavoro o per scarsa conoscenza di sé stessi, spesso non si riesce a gestire l'empatia e a porre il giusto distacco, quindi avviene un'identificazione con i problemi dell'altro che causa un carico eccessivo di stress...questo può sfociare in burnout. Io personalmente spero di non superare mai il limite.”*

Alla fatica di prendersi cura del malato terminale si è aggiunta la necessità di indossare in maniera continuativa numerosi DPI, la paura di contagiarsi, l'impossibilità dell'accesso alla struttura da parte dei familiari degli assistiti, fondamentali per il supporto psicologico del fine vita e infine le restrizioni legate agli spazi comuni. Tutti questi fattori hanno aumentato notevolmente il carico di lavoro soprattutto a livello emotivo per gli operatori sanitari che, come emerso dalle evidenze scientifiche, hanno sviluppato livelli di stress e quindi di burnout molto più elevati.

Le strategie e i cambiamenti che emergono dalle evidenze corrispondono quasi totalmente a quello che è stato ed è tutt'ora il vissuto della piccola realtà di Fossombrone. Possiamo quindi affermare che attenendosi alle linee guida e utilizzando strategie mirate a contenere lo stress psico-fisico degli operatori è effettivamente possibile riscontrare un reale beneficio sulla possibilità di burnout.

Lavorando all'analisi delle evidenze, rispetto i dati raccolti personalmente e attraverso la mia esperienza di tirocinio, ho riscontrato alcune difficoltà a causa della grande

quantità di articoli trovati rispetto le informazioni raccolte nella sola realtà di Fossombrone, anche perché essendo stata la mia unica esperienza in questo tipo di ambiente, non ho avuto la possibilità di fare paragoni con altre strutture residenziali per malati terminali. Nonostante questo tuttavia sono riuscita a riscontrare diversi aspetti analizzati negli articoli all'interno della struttura Hospice di Fossombrone, che mi hanno permesso di vedere come effettivamente alcuni interventi possano riuscire a mantenere organizzato il reparto e positiva l'équipe.

6 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Alla luce delle evidenze, la struttura di Fossombrone potrebbe sviluppare ulteriori strategie finalizzate al miglioramento della gestione dello stress lavoro-correlato da parte dei professionisti sanitari e alla rilevazione precoce del rischio di burnout.

Un aspetto da implementare potrebbe essere quello di sviluppare una condivisione di buone pratiche tra le varie strutture regionali con relativo monitoraggio del burnout, realizzato con una tempistica individuata specificatamente per questo tipo di servizi, che hanno un rischio maggiore di insorgenza dovuto alle particolari caratteristiche della loro pratica assistenziale.

Inoltre potrebbe essere utile attivare una formazione specifica per i Coordinatori, al fine di sviluppare doti di leadership attraverso la partecipazione a corsi di coaching e mentoring, utili per garantire supporto all'équipe, in quanto nel caso dell'Hospice "Il giardino del Duca", l'autorevolezza e le doti della coordinatrice sono proprie della persona e non implementate da specifica formazione.

7 BIBLIOGRAFIA E ALLEGATI

Bibliografia

1-<https://www.ausl.fe.it/azienda/hospice/modulo-6-la-sindrome-del-burnout>

2-LEGGE 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

3-Testo "Oncologia e cure palliative", AIIO-Associazione Italiana Infermieri di Oncologia (Ivana Caroanelli, Maurizio Canepa, Paola Bettini, Maurizio Viale)

4 -F. Caccamo, L. Cardilioni, S. Ghedin, A. Effectiveness of short-term psychoterapeutic group for doctors and nurses in a Hospice in Southern Europe, Progress in Palliative Care (2019)

5-Hussain FA. Psychological challenges for nurses working in palliative care and recommendations for self-care. Br J Nurs. 2021 Apr 22;30(8):484-489. doi: 10.12968/bjon.2021.30.8.484. PMID: 33876679.

6-Zanatta, F., Maffoni, M. & Giardini, A. Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. Support Care Cancer **28**, 971–978 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05194-1>

7- Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, Tuscher O, Kalisch R, Kubiak T et al (2018) Intervention studies to foster resilience – a systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. Clin Psychol Rev 59:78–100

8- American Psychological Association (2014) The road to resilience: American Psychological Association. Washington, DC

9- Cambridge University Press Public Health Emergency Collection, Palliat Support Care, 2021 Mar 2:1-6, published online 2021 Mar. 2. doi: 10.1017/S1478951521000298, Tania Pastrana, M.D., M.S., Liliana De Lima, M.H.A., Katherine pettus, PH. D., Alison Ramsey, B.A., Genevieve Napier, B.S., Roberto Wenk, M.D., and Lukas Radbruch, M.D.

10- Cathy E. Ammerman, DNP, APRN, FNP-BC and Elizabeth “Charley” Elliott, Ph.D., APRN, NNP-BC, February, March, April 2021, Tennessee Nurse, “Effective stress reduction techniques for anxiety, depression, and burnout”

11-Abi Sriharan, MSc, DPhil Assistant Professor and Program Director Systems Leadership and Innovation Institute of Health Policy, Management and Evaluation Dalla Lana School of Public Health University of Toronto Toronto, ON Keri J. West, MSW PhD Candidate Factor-Inwentash Faculty of Social Work University of Toronto Toronto, ON Joan Almost, RN, PhD Associate Professor School of Nursing Queen’s University Kingston, ON Aden Hamza, RN, MScN Policy Advisor Policy and Government Relations Canadian Nurses Association Ottawa, ON LESSONS IN CRISIS LEADERSHIP, “COVID-19-Related Occupational Burnout and Moral Distress among Nurses: A Rapid Scoping Review”

12- Scheda progetto “Supervisione dei casi in Hospice-anno 2021” (ALLEGATO 3)

13- healthleadersmedia.com January/February 2021, pagg. 38-39 Renee Cecil, DNP, RN, CEN, TCRN, SANE, NREMT, senior consultant for Philips Healthcare Transformation Services. “3 STRATEGIES FOR COMBATING NURSE BURNOUT DURING AND AFTER THE PANDEMIC”

Allegato 1: Maslach Burnout Inventory (MBI)

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

Età: Sesso: F/M MMG dal

Legenda:

Mai = 0 Qualche volta l'anno = 1 Una volta al mese = 2 Qualche volta al mese = 3
 Una volta la settimana = 4 Diverse volte la settimana = 5 Tutti i giorni = 6

Allegato 2: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

TAS – 20

Toronto Alexithymia Scale
G.J. TAYLOR, R.M. BAGBY, J.D.A. PARKER, 1992

Seguendo le istruzioni sotto elencate indichi quanto è d'accordo o no con ciascuna delle seguenti affermazioni segnando una x sopra il numero corrispondente.


Segnare una sola risposta per ciascuna frase.

- 1 = NON SONO PER NIENTE D'ACCORDO**
2 = NON SONO MOLTO D'ACCORDO
3 = NON SONO NÉ D'ACCORDO NÉ IN DISACCORDO
4 = SONO D'ACCORDO IN PARTE
5 = SONO COMPLETAMENTE D'ACCORDO


1.	Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo	1	2	3	4	5
2.	Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3.	Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono	1	2	3	4	5
4.	Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
5.	Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente	1	2	3	4	5
6.	Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	1	2	3	4	5
7.	Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo	1	2	3	4	5
8.	Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo	1	2	3	4	5
9.	Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare	1	2	3	4	5
10.	E' essenziale conoscere le proprie emozioni	1	2	3	4	5
11.	Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	1	2	3	4	5
12.	Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti	1	2	3	4	5
13.	Non capisco cosa stia accadendo dentro di me	1	2	3	4	5
14.	Spesso non so perché mi arrabbio	1	2	3	4	5
15.	Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni	1	2	3	4	5
16.	Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico	1	2	3	4	5
17.	Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi	1	2	3	4	5
18.	Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio	1	2	3	4	5
19.	Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali	1	2	3	4	5
20.	Cercare significati nascosti in films o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo	1	2	3	4	5

Allegato 3: Scheda progetto-Supervisione dei casi in Hospice-ANNO 2021


Mod.SP

	SCHEDA PROGETTO	
		PFA Det. ASUR/DG 752/2018 Corso/Evento N. _____

TITOLO CORSO/EVENTO	Supervisione dei casi in Hospice – anno 2021	
PRESENTAZIONE <i>(premessa, descrizione e finalità)</i>	<p>Lavorare in Cure Palliative implica un costante confronto con l'esperienza della malattia inguaribile, con il processo del morire e con la morte.</p> <p>Tale confronto non può avvenire senza un significativo coinvolgimento umano, spirituale/esistenziale, personale e professionale dei diversi operatori coinvolti.</p> <p>Per questo, sin dalla loro origine, le Cure Palliative hanno previsto specifici interventi di supporto psicologico all'équipe.</p>	
TIPOLOGIA DEL PROGETTO <i>(presenza almeno 90% della durata)</i>	<p>1. Evento Formativo Residenziale - EFR <i>(aperto ai NON dipendenti ASUR)</i> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Progetto Formativo Aziendale - PFA <i>(riservato ai dipendenti ASUR)</i> <input checked="" type="checkbox"/></p>	
	<p>A) FORMAZIONE BLENDED (MISTA) <u>SPECIFICARE LA METODOLOGIA NELLE SEZIONI DI CUI AI PUNTI B) E D)</u></p>	<input type="checkbox"/>
	<p>B) FORMAZIONE RESIDENZIALE CLASSICA (MIN 3 ORE)</p> <p style="text-align: right;">PARTECIPANTI (PER EDIZIONE):</p> <p style="text-align: right;">1. FINO A 25 (+0,3 CREDITI/ORA) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">2. FINO A 50 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">3. FINO A 100 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">4. FINO A 200 <input type="checkbox"/></p> <p>Tematiche individuate come di interesse regionale/nazionale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> + 0.3 crediti/ ora</p>	
	<p>C) CONVEGNI, CONGRESSI, SIMPOSI E CONFERENZE (MIN 3 ORE)</p> <p style="text-align: right;">PARTECIPANTI (PER EDIZIONE):</p> <p style="text-align: right;">1. FINO A 100 (SOLO PER WORKSHOP INTERNI A CONVEGNI/CONGRESSI) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">2. OLTRE 200 <input type="checkbox"/></p> <p>Tematiche individuate come di interesse regionale/nazionale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> + 0.3 crediti/ ora</p>	


	SCHEMA PROGETTO		
		PFA Det. ASUR/DG 752/2018 Corso/Evento N. _____	
	D) FORMAZIONE SUL CAMPO (SPECIFICARE LA TIPOLOGIA) 1) TRAINING INDIVIDUALIZZATO (min 3 ore con 1 tutor ogni max 5 partecipanti) <input type="checkbox"/> 2) GRUPPI DI MIGLIORAMENTO (min 3 incontri/2 ore ciascuno - max 25 partecipanti) a) Con redazione di documento conclusivo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (es. linee di indirizzo, procedura, protocollo, indicazioni operative) <input type="checkbox"/> b) Con presenza di Tutor esterno (non ASUR) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> c) Tematiche individuate come di interesse regionale/nazionale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> + 0.3 crediti/ ora <input type="checkbox"/> 3) ATTIVITÀ DI RICERCA (max 24 mesi) <input type="checkbox"/>		
AREA RIFERIMENTO OBIETTIVI FORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI	Indicare N. <u>12</u> Da individuare fra le 38 aree di riferimento (a cura di UOS Formazione)		
OBIETTIVI	<p>Generale: In cure palliative la supervisione ha una duplice valenza: strumento di formazione, mediante l'approfondimento emotivo e cognitivo delle tematiche inerenti alle cure palliative, ma anche modalità di intervento preventivo del disagio da parte degli operatori. Dinamiche di gruppo, vissuto emotivo, rilettura cognitiva, connessione con il livello organizzativo e contestuale sono i diversi livelli e piani di intervento che caratterizzano la supervisione. Esse riguardano da un lato la dimensione del lavoro in équipe, e dall'altro il rapporto con il paziente e la sua famiglia, destinatari e fruitori dell'assistenza</p> <p>Specifici (i partecipanti al termine del corso saranno in grado di):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Creare uno spazio e un tempo per la condivisione, il contenimento e l'elaborazione dei vissuti emotivi dell'operatore dal contatto con la sofferenza del paziente e della sua famiglia; 2) Migliorare gli aspetti comunicativi e relazionali tra gli operatori dell'équipe; 3) Promuovere consapevolezza rispetto al proprio modo di 'essere con' l'altro e con se stessi, per indirizzare in modo appropriato la propria esperienza professionale e rendere produttivo il lavoro in équipe; 4) Consultazione e discussione di casi clinici e aspetti organizzativi sul superamento di problemi assistenziali e di cure primarie. <p>Scopo prevalente (max 2 scelte):</p> <input checked="" type="checkbox"/> Accrescere le conoscenze teoriche <input type="checkbox"/> Fornire abilità pratiche <input type="checkbox"/> Elaborare prodotti/progetti <input checked="" type="checkbox"/> Stimolare comportamenti/aspetti relazionali		
STRUMENTO DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO (da fornire in formato file)	1) Questionario <input type="checkbox"/> 2) Prova scritta/elaborato <input type="checkbox"/>		

	SCHEDA PROGETTO		
			PFA Det. ASUR/DG 752/2018 Corso/Evento N. _____
	3) Prova pratica		<input type="checkbox"/>
	4) Prova orale		<input checked="" type="checkbox"/>
	5) Project Work		<input type="checkbox"/>
Valutazione della ricaduta (facoltativa)	Valutazione di esito (outcome)		<input type="checkbox"/>
DESTINATARI	Partecipanti per edizione N. <u>19</u>		
	Qualifiche ECM (<i>spuntare la casella</i>)		
	MEDICO	<input checked="" type="checkbox"/>	ORTOTTISTA/ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA
	FARMACISTA		OSTETRICA/O
	BIOLOGO		PODOLOGO
	CHIMICO		TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
	FISICO		TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA
	VETERINARIO		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
	ODONTOIATRA		TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA
	PSICOLOGO	<input checked="" type="checkbox"/>	TECNICO AUDIOMETRISTA
	ASSISTENTE SANITARIO		TECNICO AUDIOPROTESISTA
	DIETISTA		TECNICO DELLA PREV. AMB. E NEI LUOGHI DI LAVORO
	FISIOTERAPISTA		TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA
	EDUCATORE PROFESSIONALE		TECNICO ORTOPEDICO
	IGIENISTA DENTALE		TERAPISTA DELLA NEURO-PSICOM. ETA' EVOLUTIVA
	INFERMIERE	<input checked="" type="checkbox"/>	TERAPISTA OCCUPAZIONALE
	INFERMIERE PEDIATRICO		TUTTE LE PROFESSIONI
LOGOPEDISTA			
	Qualifiche non ECM (<i>specificare</i>): OSS		
	Unità Operative coinvolte: Hospice Fossombrone AV 1		
ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO	1) Edizioni N. <u>1</u>		
	2) Giornate per edizione N. <u>5</u>		
	3) Ore per edizione N. <u>20</u>		
	4) Ore totali evento <u>20</u>		
	In caso di FSC - Gruppi di Miglioramento: n. _____ incontri di n. _____ ore ciascuno		
DATA INIZIO - DATA FINE	Dal 24/09/2021 al 17/12/2021		
ORARI	14.30-18.30		
SEDE	Ospedale di Comunità di Fossombrone Asur Marche AV 1		

	SCHEDA PROGETTO	
		PFA Det. ASUR/DG 752/2018 Corso/Evento N. _____


DIRETTORE DEL CORSO		Dott.ssa Maria Grazia Luzzini Responsabile U.O.S. Formazione AV 1 ASUR Marche
RESPONSABILE SCIENTIFICO <i>(non acquisisce crediti)</i>		Nome e cognome: Dott. Brunori Carlo Alberto Qualifica: Dirigente Medico UO Hospice Cure Palliative e-mail: carloalberto.brunori@sanita.marche.it n. telefono 0721-721507
DOCENTI <i>(Indicare Titolari e Sostituti)</i>		Nome e cognome: Prof. Rabih Chattat Qualifica: Dottore di Ricerca in Psicologia Clinica - Università di Bologna Ente di appartenenza: professore Associato, Università "Alma Mater" Bologna
		Nome e cognome: Qualifica: Ente di appartenenza:
		Nome e cognome: Qualifica: Ente di appartenenza:
		Nome e cognome: Qualifica: Ente di appartenenza:
TUTOR	FSC – Training <i>(Obbligatorio)</i>	Nome e cognome: Inf. Coord Paola Biagiotti Qualifica: Inf. Coord. Referente della Formazione Ente di appartenenza: AV1 Mail: paola.biagiotti@sanita.marche.it
	FSC - G.d.M. <i>(Se previsto - non dipendente ASUR)</i>	
	FORM. RES. <i>(Se previsto - coadiuva il docente nei lavori di gruppo)</i>	
COORDINATORE FORMAZIONE SUL CAMPO		Nome e cognome: Qualifica: e-mail: n. telefono
REFERENTE ORGANIZZATIVO		Nome e cognome: Inf. Coord. Paola Biagiotti Qualifica: Inf. Coord. Referente della Formazione e-mail: paola.biagiotti@sanita.marche.it n. telefono: 0721-721504
SPONSOR <i>(se previsto)</i>		Ragione sociale: Domicilio fiscale: P.IVA:
Crediti ECM		Crediti Formativi assegnati n° 32 <u>Presenza 90% nella formazione residenziale</u> <u>Presenza 90% nella formazione sul campo</u>

PROGRAMMA

	SCHEDA PROGETTO	
		PFA Det. ASUR/DG 752/2018 Corso/Evento N. _____

Registrazione partecipanti dalle ore __14.15__ alle ore __14.30__ (NON va conteggiato come orario ECM)

DATA	ORA DI INIZIO	ORA DI FINE	DOCENTE	TITOLO RELAZIONE	METODOLOGIA DIDATTICA
1° giornata 24/09/2021	14.30	18.30	Prof. Rabih Chattat	Facilitare lo sviluppo individuale e collettivo della consapevolezza dei fenomeni specifici di gruppo che investono un'equipe impegnata nell'assistenza ai pazienti con malattia cronico-evolutiva in fase avanzata e terminale ed ai loro famigliari.	Confronto/dibattito
2° giornata 15/10/2021	14.30	18.30	Prof. Rabih Chattat	Utilizzare casi clinici al fine di rendere maggiormente consapevoli le dinamiche relative al ruolo, alla gerarchia, al conflitto professionale nei processi decisionali e alle difese psicologiche di gruppo (conscie e inconscie) impiegate per far fronte allo stress.	Confronto/dibattito
3° giornata 05/11/2021	14.30	18.30	Prof. Rabih Chattat	Utilizzare casi clinici al fine di favorire lo sviluppo di un funzionale senso di appartenenza, attraverso la comprensione dei risvolti emotivi e relazionali che caratterizzano le modalità di rapportarsi, frequentemente riscontrabili, nelle persone affette da malattie cronico-degenerative in fase avanzata e dei loro familiari;	Confronto/dibattito
4° giornata 26/11/2021	14.30	18.30	Prof. Rabih Chattat	Utilizzare casi clinici al fine di promuovere più adeguate strategie comunicative e relazionali nella gestione delle persone malate e dei loro familiari.	Confronto/dibattito
5° giornata 17/12/2021	14.30	17.30	Prof. Rabih Chattat	Cure Palliative, inevitabilmente richiama il tema della propria vulnerabilità e della propria mortalità. Talvolta il contatto con esperienze di dolore e perdita hanno risonanze interne e possono promuovere processi di identificazione con la persona malata o i suoi famigliari, con ricadute importanti sulla qualità della vita e sulla qualità delle cure.	Confronto/dibattito
	17.30	18.30	Prof. Rabih Chattat Inf. Paola Biagiotti	Valutazione apprendimento prova orale con discussione caso clinico Conclusione del corso e valutazione finale di gradimento ECM	

	SCHEMA PROGETTO	
		PFA Det. ASUR/DG 752/201 Corso/Evento N. _____

>

Metodologie didattiche previste per residenziale:

- a) Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti
 b) Lezioni e relazioni su tema preordinato;
 c) Tavola rotonda

>

Metodologie didattiche previste per residenziale interattiva: * +0,3 crediti/l'ora max 50 part.

- d) Confronto/dibattito fra discenti e esperto/docente/relatore
 e) Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche
 f) Discussione di filmati
 g) Presentazione casi clinici;
 h) Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di report finale da discutere con esperto;
 i) Lavori di gruppo
 j) Incontri di verifica a distanza di apprendimento (outcome)
 k) Presentazione e discussione di problemi e casi clinici in seduta plenaria
 l) Istruzione e presentazione e discussione di un elaborato (project work)
 m) Role playing


SPESE PREVENTIVATE:

Riferimento tariffe docenze: CC.NN.LL.; Determina DG/ASUR n. 327/2017

SPESE PREVENTIVATE:

DOCENTE ESTERNO	TRASPORTI/ Costi trasferta omnicomprensivi €	N. ORE DOCENZA	COSTO DOCENZA e oneri previdenziali /fiscali se dovuti /FORNITURA DI SERVIZIO corso €	PERNOTTO €	VITTO €
1.					
2.					
Sub Tot. 1					
DOCENTE INTERNO	TRASPORTI/ VITTO €	N. ORE DOCENZA	COSTO DOCENZA +IRAP e Oneri Sociali €		
1.					
2.					
Sub Tot. 2					
TOT. (Sub.1+Sub.2)					

TOTALE COMPLESSIVO (compresi oneri previdenziali e IRAP)	comprensive di progettazione, docenza, rimborso trasferte, predisposizione prova di apprendimento e relativa valutazione.
--	---

	SCHEDA PROGETTO	
		PFA Det. ASUR/DG 752/201 Corso/Evento N. _____

Per Autorizzazione

Il Responsabile Scientifico _____

Il Referente della Formazione _____

Il Direttore di U.O. _____

Il Direttore di Dipartimento _____

_____, il _____

8 Ringraziamenti

Oggi, concludendo questo percorso, realizzo uno dei più grandi sogni della mia vita, uno di quelli che ti porti dentro sin da bambina.

Consapevole che senza il supporto che ho avuto non c'è l'avrei mai fatta, voglio ringraziare come prima persona mio babbo, il quale mi ha dato questa possibilità supportandomi economicamente in tutto e insieme a lui mio fratello Mattia e Maria Elena, siete la mia famiglia.

Vorrei ringraziare Stefania, che non è solo una compagna di viaggio per me bensì una compagna di vita e Marica che invece mi ha accompagnato in questo percorso sin dal primo giorno.

Insieme a loro Ilaria, Greta e tutti gli amici che oltre ad avermi supportata mi hanno soprattutto sopportata durante questo percorso.

Infine vorrei ringraziare la mia relatrice e correlatrice, per avermi aiutato nella stesura di questa tesi con umanità e professionalità; a concludere ogni infermiera che durante le tante ore di tirocinio mi ha dedicato il suo tempo insegnandomi qualcosa, insieme ad ogni paziente che ho avuto la possibilità di conoscere, grazie per i sorrisi con occhi dolci e riconoscenti, sono stati la mia gratificazione più grande ogni giorno.

Dedico questo percorso a mia mamma e mia nonna, che purtroppo oggi non posso avere qui con me, ma sono certa che da qualche parte lassù mi stanno guardando con occhi fieri e orgogliosi; insieme a loro voglio dedicarla a Morena, il mio angelo sulla terra e pilastro della mia vita, non troverò mai le parole per ringraziarti abbastanza, perciò ho deciso di dedicarti uno dei traguardi più importanti della mia vita.

Con affetto

Elisa