

**Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana**

**SUPSI**

**SUPSI/DEASS**

**Corso di Laurea in Cure Infermieristiche**

**Esperienza Professionale di Infermieri in Oncologia:**

**Le emozioni degli Infermieri nella Relazione con il Paziente  
Oncologico: un'Indagine Qualitativa**

**Lavoro di Tesi (Bachelor Thesis)**

**di**

**Massimiliano Aleandro Mazza**

**Direttrice di tesi: Carla Pedrazzani**

**Anno accademico 2015-2018**

**Manno, 31 Luglio 2018**

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

SUPSI

SUPSI/DEASS

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

## Esperienza Professionale di Infermieri in Oncologia:

Le emozioni degli Infermieri nella Relazione con il Paziente Oncologico:  
un'Indagine Qualitativa

Lavoro di Tesi (Bachelor Thesis)

di

Massimiliano Aleandro Mazza

Direttrice di tesi: Carla Pedrazzani

Anno accademico 2015-2018

Manno, 31 Luglio 2018

# **Abstract**

## **Background**

La relazione è l'oggetto della cura; l'assistenza infermieristica si basa su tale assunto per l'erogazione delle cure ai propri assistiti.

Quando tale relazione viene inserita all'interno dell'ambito oncologico, essa permette ed implica un elevato coinvolgimento emotivo da parte dell'infermiere.

Le emozioni sono parte costituente e fondante di tale relazione, esse sono presenti ed in continua evoluzione nelle diverse fasi della malattia e della relazione; l'esperienza emotiva dell'infermiere vissuta con il paziente oncologico al quale si relaziona, è particolarmente soggettiva e variabile.

L'esperienza emotiva che chi eroga assistenza infermieristica vive, si compone di emozioni che possono provocare disagio e stress; essi vengono percepiti e vissuti in maniera soggettiva dal singolo infermiere.

## **Scopo e Obiettivi**

Lo scopo del lavoro è di individuare quali siano e di che tipo, le emozioni che l'infermiere vive durante la relazione con il paziente oncologico; ricercare se tali emozioni possono portare disagio o stress al personale infermieristico; ed evidenziare quali sono le principali risorse, strategie e comportamenti che gli infermieri utilizzano per la gestione dell'eventuale disagio o stress.

## **Metodologia**

L'elaborato si compone di un quadro teorico riguardante l'assistenza infermieristica in oncologia, le emozioni e lo stress; i tre temi vengono approfonditi anche in relazione tra loro; la seconda parte è costituita da un'indagine qualitativa sviluppata attraverso delle interviste. Si è deciso di intervistare sei infermieri che svolgessero la professione infermieristica in ambito oncologico da almeno sei mesi.

## **Risultati e Conclusioni**

All'interno della relazione con il paziente oncologico, l'infermiere vive una moltitudine di emozioni; esse risultano dipendenti dalla soggettività dei due componenti della relazione, dallo stato della malattia e dal suo decorso, ma anche dalla presa a carico compiuta dalla rete assistenziale; tali emozioni, possono portare l'infermiere di oncologia a vivere del disagio o dello stress emotivo.

## Sommario

1	Introduzione .....	1
1.1	Motivazioni e Scelta del Tema .....	1
1.2	Domanda di Ricerca ed obiettivi del lavoro .....	2
1.3	Metodologia .....	2
2	Sviluppo teorico .....	4
2.1	L'infermiere in Oncologia.....	4
2.1.1	Lo sviluppo della figura infermieristica nel ventesimo secolo.....	4
2.1.2	L'assistenza infermieristica in Oncologia .....	6
2.2	Le Emozioni e l'infermiere in Oncologia .....	10
2.2.1	Le emozioni .....	10
2.2.2	Le emozioni che l'infermiere vive in oncologia .....	13
2.3	Lo Stress e l'infermiere in Oncologia.....	16
2.3.1	Lo Stress .....	16
2.3.2	Lo Stress lavoro correlato e il burnout.....	19
2.3.3	L'infermiere in oncologia e lo stress lavorativo correlato alle emozioni che vive .....	23
3	Metodologia e Raccolta dei dati .....	26
3.1	Scelta del Metodo e dello Strumento di Ricerca .....	26
3.2	Elaborazione dello Strumento di Ricerca .....	26
3.3	Selezione del Campione di Ricerca .....	26
3.4	Descrizione della raccolta dati e del campionamento .....	27
4	Risultati e Conclusioni .....	28
4.1	Risultati.....	28
4.1.1	Caratteristiche del Campione .....	28
4.1.2	Le Emozioni dei Curanti .....	28
4.1.3	Disagio/Stress dei Curanti.....	32
4.1.4	Strategie e Risorse .....	33
4.2	Discussione dei Dati.....	36
4.3	Conclusioni e riflessioni personali .....	40
5	Bibliografia .....	44
6	Ringraziamenti.....	48
7	Allegati.....	49
7.1	Domande intervista.....	49
7.2	Scheda di Presentazione del Progetto di Tesi .....	50
7.3	Consenso informato .....	54
7.4	Scala burnout .....	55
7.5	Profilo di Competenze Infermieristico.....	56

# 1 Introduzione

## 1.1 Motivazioni e Scelta del Tema

Curare per professione è una vocazione ed una scelta meravigliosamente difficile; una scelta che implica l'accettazione ed il rispetto di un complesso ed articolato insieme di diritti e doveri che costantemente si intrecciano, modificano e influenzano tra loro. Il dizionario Treccani definisce la parola cura, come un interessamento solerte e premuroso verso qualcuno o qualcosa. Questa breve, ma completa definizione della parola cura, ci permette di immaginare quale sia il compito e cosa implicino le scelte dei cosiddetti curanti; coloro che prestano cura. Scegliere di essere un curante, non è una scelta né semplice né scontata, anzi, è soprattutto una scelta che ogni professionista della cura è costretto a porsi ogni mattina che si sveglia per prepararsi alla giornata di lavoro in reparto, ogni notte insonne passata ad occuparsi degli ammalati del proprio reparto, ed ogni volta che vede un uomo morire.

Mi chiedo perché ho deciso di curare, mi chiedo perché l'infermiera del reparto dove ho lavorato, ha deciso di curare per 40 anni, e mi chiedo perché il geriatra di mia nonna ha deciso di curare. Affermazioni momentanee, impersonali e scontate, ecco tutte le risposte che ho trovato alle mie domande; risposte che metto in dubbio nel momento stesso in cui mi balenano per la mente, e risposte che dopo poche settimane non mi soddisfano più, risposte vuote, incomplete.

Per rispondere alle molte domande che mi pongo riguardo a me stesso, al curante che voglio diventare e al mondo della cura, ho deciso di ambientare il mio elaborato nel mondo dell'oncologia, in quanto mi permetterà di sviluppare accuratamente molte tematiche quali l'importanza della relazione e la presa a carico infermieristica nei diversi momenti della malattia; inoltre devo ammettere che dalla mia seppur minima, esperienza professionale, ho rilevato l'ambiente oncologico, come quello più propenso, disponibile e completo per affrontare uno studio che tratti di emozioni, stress ed esperienze personali.

Perché curo? Ancora non lo so, e forse piano piano inizio a rendermi conto che una risposta esaustiva e completa, mai la troverò; questa mancanza di risposte alla mia domanda, non mi provoca sofferenza, né frustrazione; è qualcosa che c'è, è sempre lì, fermo ed in attesa di una risposta che non ho; tuttavia non mi voglio dare per vinto, anzi, sono certo che l'unica soluzione sia quella di continuare a domandarmelo, sempre, e continuare a scoprire qualcosa di me, di chi sono, del professionista che sono, della persona che sono, ma anche di chi sono stato, di chi sarò e cosa vorrò diventare. Ecco la motivazione che mi ha spinto ad iniziare e portare avanti questo elaborato, la curiosità verso me stesso, la figura che rappresento e ciò che vivo; questa è una tesi che parlerà di infermieri, emozioni, malattia e stress, che parlerà di me, si illuderà di poter rispondere alle mie domande e mi mostrerà il prossimo passo di questa ricerca infinita, ma parlerà anche di chiunque ha il coraggio di curare, di chi si domanda ogni giorno perché e per chi lo faccia, di chi si domanda: "Perché curo?"

## **1.2 Domanda di Ricerca ed obiettivi del lavoro**

La domanda di ricerca di questo lavoro sarà: “Quali sono le emozioni che gli infermieri vivono durante l’assistenza di un paziente oncologico, ed in che modo possono far fronte allo stress emotivo che comporta la presa a carico di un paziente affetto da malattia oncologica?”

Gli obiettivi proposti di seguito sono stati individuati per rispondere in maniera esaustiva alla domanda di ricerca:

Individuare quali e che tipo di emozioni vivono gli infermieri nell’assistenza al paziente oncologico all’interno del nostro contesto territoriale;

Evidenziare se le emozioni vissute nella cura al paziente oncologico comportano situazioni di disagio emotivo e/o stress lavoro correlato;

Identificare quali strategie e comportamenti gli infermieri mettono in atto a livello individuale, d’equipe e istituzionale per gestire il carico emotivo e l’eventuale stress correlato.

## **1.3 Metodologia**

La domanda di ricerca di questo lavoro si propone di indagare nel profondo la figura infermieristica, le emozioni che il personale infermieristico vive e lo stress che deve affrontare quando si fa carico dell’assistenza al paziente oncologico; a tal proposito, si è deciso di affrontare l’elaborazione della tesi tramite l’utilizzo di un’indagine sul campo, ossia la documentazione di esperienze attraverso una metodologia di natura qualitativa.

È stato elaborato un quadro teorico che analizza la figura infermieristica all’interno dell’ambiente oncologico soffermandosi in modo particolare sulle emozioni e sullo stress emotivo, senza tralasciare l’importanza della figura dell’infermiere di oncologia dal punto di vista storico e dal punto di vista della presa a carico del paziente affetto da malattia oncologica.

Al fine di approfondire ed analizzare l’assistenza infermieristica oncologica nei diversi momenti della malattia, è stato ricercato e valutato che implicazioni essa avesse sul vissuto dell’infermiere ed in che modo essa possa influenzare la sua sfera emotiva.

Il lavoro si propone così di presentare le principali teorie sulle emozioni e sull’intelligenza emotiva, al fine di individuare quali emozioni l’infermiere vive ed affronta quando è confrontato con la malattia oncologica.

Verrà infine indagato se la modificazione dello stato emotivo dell’infermiere che si confronta con la malattia oncologica, abbia delle ripercussioni a livello stressogeno sulla professione infermieristica; per questo motivo il lavoro si propone di spiegare cosa sia lo stress e cosa comporta, soffermandosi in modo particolare sul concetto di stress lavoro correlato e sulle sue implicazioni nella professione di infermiere di oncologia.

Tutti gli apporti documentati all'interno del quadro teorico, uniti ad una lunga riflessione, hanno portato ad individuare le domande ed i quesiti dell'indagine qualitativa.

## 2 Sviluppo teorico

### 2.1 L'infermiere in Oncologia

#### 2.1.1 Lo sviluppo della figura infermieristica nel ventesimo secolo

Durante il ventesimo secolo, grazie alle grandi scoperte ed innovazioni in ambito scientifico, l'ambiente medico e la medicina in generale si sono sviluppati rapidamente ed hanno subito dei mutamenti drastici in tutte le loro aree di competenza (Veronesi, Bertolini, Curigliano, 2003).

Questo sviluppo così veloce ed innovativo ha modificato paradigmi, tecniche, strumenti e convinzioni secolari, fornendo nuovi concetti, teorie e correnti di pensiero. Esso è da attribuire alle numerose scoperte scientifiche ed alle svariate invenzioni in ambito tecnologico, le quali, sostenute dalle principali correnti di pensiero, filosofie e religioni, hanno permesso lo sviluppo di strumenti, tecniche, pratiche e discipline rivolte al continuo miglioramento della qualità di vita e dell'erogazione delle cure (Veronesi et al., 2003).

Insieme a questo crescente sviluppo dell'aspetto tecnico della medicina, anche i professionisti della medicina e della salute, hanno dovuto incrementare il bagaglio tecnico e pratico per poter garantire l'erogazione di cure sempre più efficaci ed altamente specializzate (Veronesi et al., 2003).

Nella seconda metà del ventesimo secolo però, questa grande crescita tecnologico-pratica è iniziata a risultare incompleta e troppo distaccata da ciò che le cure sempre più richiedevano, ovvero l'integrazione di una costante antropica nell'offerta di cura (Veronesi et al., 2003).

Con il cambiamento del paradigma della cura e con la continua trasformazione della società moderna, che si è profondamente modificata anche nelle sue caratteristiche morali ed umane, la medicina si è ritrovata a dover integrare nelle cure un elemento sconosciuto e raramente esercitato, se non grazie al libero arbitrio dei singoli professionisti. Si tratta della cosiddetta componente umana, quel lato empatico, emotivo e profondamente vivo che ha caratterizzato lo sviluppo del cervello dei mammiferi sin dall'antichità (Veronesi et al., 2003).

Proprio grazie alla teoria del cervello trino di Paul Maclean ed ai suoi assunti, possiamo ben comprendere come questo sviluppo emotivo e relazionale sia divenuto necessario all'interno dell'ambito della cura, e più in generale della medicina; accostare al costante progresso tecnologico ed alle nuove conoscenze, un aspetto relazionale sempre crescente e ad oggi fondamentale in tutte le professioni che riguardano la cura, è diventato il nuovo obiettivo di molti professionisti della salute, ma anche delle istituzioni, che si sono ritrovate a dover sopperire a questa enorme mancanza per garantire un adeguato soddisfacimento dei bisogni della popolazione (Maclean, 1990).



Inserire questo aspetto all'interno dell'ambiente medico-sanitario, non è stato né facile né tantomeno immediato, anzi, ha richiesto un lavoro che tutt'ora perdura e si sviluppa sul posto di lavoro, nell'ambito formativo, come accade nelle università e negli atenei a livello mondiale, ed anche nello sviluppo di figure professionali specializzate e competenti nella promozione e nell'affermazione del nuovo paradigma che pone al centro della cura la relazione. L'oggetto della cura è la relazione; con questa frase così breve, ma così densa di significati ed interpretazioni, Luigina Mortari ha voluto brevemente sintetizzare a cosa ha portato il cambiamento del paradigma della cura, e cosa comporti oggi avere il coraggio di curare (Mortari, 2006).

Come già detto, anche le figure che si occupano dell'erogazione delle cure hanno dovuto modificare obiettivi, percorsi formativi e ruolo adattandosi alla crescente richiesta di una particolare attenzione rivolta alla relazione; tra questi anche la figura dell'infermiere, figura che si è notevolmente sviluppata e specializzata soprattutto grazie a questo crescente aspetto di relazione che caratterizza la cura (Veronesi et al., 2003).

Il maggior sviluppo della figura infermieristica si è svolto nella seconda metà del 1900 attraverso le numerose teorie del nursing che hanno via via integrato ed ampliato i primi approcci teorici; ad esempio, prima vennero identificati i bisogni di base dei pazienti, per poi ampliare il percorso del nursing grazie all'introduzione delle tappe dell'assistenza infermieristica, il nursing vero e proprio; per giungere infine alla definitiva definizione di nursing (1980) "la diagnosi e il trattamento delle risposte umane a problemi di salute attuali o potenziali" (Bellani et al., 2002).

Contemporaneamente il pensiero infermieristico cominciò ad indugiare su ciò che ora definiamo diagnosi infermieristiche, vale a dire "un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali; essa costituisce la base sulla quale scegliere interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile" (Bellani et al., 2002).

Le definizioni di Nursing e Diagnosi infermieristica ci permettono di comprendere la direzione verso cui si è spinto il pensiero degli infermieri e della società riguardo al ruolo infermieristico, ovvero intraprendere un percorso caratterizzato da una continua ricerca in ambito scientifico ed esperienziale, che possa rispondere nel migliore dei modi ai bisogni di ogni tipo di utente, integrarsi nel mutevole ambiente sanitario, e ricercare ed ampliare continuamente l'identità professionale degli infermieri (Bellani et al., 2002).

Il Nursing, ovvero il prendersi cura, si è così ampliato e specializzato nel corso degli anni, in modo da poter sopperire efficacemente alle richieste specifiche di un'utenza sempre più numerosa e differenziata, e creando di conseguenza una professionalizzazione sempre più specifica e completa degli infermieri. Sotto questa spinta, la categoria ha sviluppato nuove figure professionali, altamente specifiche e competenti, sempre più rivolte ad un singolo gruppo di pazienti e formate riguardo specifiche problematiche; l'infermiere si è così evoluto da semplice volenteroso aiutante del medico, in una figura professionale affermata, presente e fondamentale all'interno dell'ambiente di cura, della medicina e della società (Bellani et al., 2002).

### **2.1.2 L'assistenza infermieristica in Oncologia**

L'infermieristica in ambito oncologico, assieme a molti altri ambiti, è uno dei ruoli infermieristici che più si sono ampliati e specializzati nel periodo del dopoguerra; questo sviluppo è da attribuire a molti fattori, alcuni provenienti dalla società stessa (ad esempio l'aumento delle malattie oncologiche, l'invecchiamento della popolazione, la richiesta della società di integrazione di aspetti relazionali e non più solo tecnico-scientifici), ma anche da fattori provenienti dall'ambiente medico, in quanto con le scoperte e le invenzioni del ventesimo secolo, la medicina ha introdotto tecniche, terapie e strumenti che hanno richiesto una sempre maggior competenza specifica, come può essere, ad esempio, la somministrazione di una terapia chemioterapica (Bellani et al., 2002).

Un infermiere in oncologia, ricopre un ruolo fondamentale all'interno della rete multidisciplinare che si costruisce con il paziente affetto da malattia oncologica; egli deve assicurare al malato il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile all'interno di un quadro di malattia che potrebbe avere una molteplicità di percorsi e risoluzioni anche molto diversi tra loro. L'infermiere deve saper garantire il suo contributo alla rete assistenziale in qualsiasi momento e situazione durante il percorso che affronta il malato neoplastico, dalla comunicazione della diagnosi, alla terapia, considerando e valutando costantemente come la malattia, le terapie, l'ambiente e la società influiscano sulla condizione fisica, psicologica, sociale e spirituale dall'assistito (Bellani et al., 2002).

L'assistenza infermieristica al paziente neoplastico viene effettuata in diversi ambiti: in una struttura ospedaliera, all'hospice e al domicilio, è altamente specifica poiché viene progettata e valutata a seconda delle necessità assistenziali del singolo paziente, ma soprattutto si diversifica ulteriormente a seconda della tappa del percorso di cura che si sta percorrendo; essa si può quindi dividere in tre fasce, ognuna delle quali corrisponde ad un momento diverso del percorso di cura (Cavalli et al., 2006).

La prima fase dell'assistenza infermieristica si attua durante l'iter diagnostico, una fase molto delicata e spesso destabilizzante, dove a volte la malattia ancora non è stata definitivamente confermata o esclusa, il che trasporta il paziente in un mondo di incertezza e paura: egli si ritrova in una situazione del tutto nuova e nemmeno certa, in cerca di risposte e certezze che vede crollare dinanzi a sé; la malattia rievoca esperienze di dolore, morte o perdita che il paziente ed i familiari devono elaborare, ed in questo periodo emergono spesso problematiche direttamente correlate alla malattia, come ad esempio l'emergenza di nuova sintomatologia e la necessità di eseguire delle indagini anche invasive, le quali gravano ulteriormente sullo stato di salute e sulla qualità di vita del paziente, portando un ulteriore aggravamento della stato psico-fisico (Cavalli et al., 2006).

In risposta a questa inaspettata situazione che evolve costantemente, il paziente si ritrova alla ricerca di certezze ed alla ricerca della soddisfazione di bisogni che sono mutati; l'assistenza infermieristica deve da subito saper accettare i dubbi, le paure e le

contraddizioni che possono caratterizzare questo momento e permettere nella relazione uno spazio di accoglienza che riguardi il passato che la malattia rievoca nel paziente, le sue paure, ed i suoi sentimenti (Cavalli et al., 2006).

L'infermiere deve fornire le informazioni ed educare il paziente ed i familiari a saper gestire la nuova realtà, ma allo stesso tempo, incoraggiare il paziente e chi lo circonda a domandare, chiedere ed aprirsi, per risultare un sostegno efficace ed una risorsa in prima linea nel percorso di cura (Bellani et al., 2002).

La soggettività del paziente fa chiaramente da padrona allo sviluppo ed all'accettazione della nuova condizione di malattia, l'infermiere si ritrova quindi di fronte ad una situazione del tutto nuova e sconosciuta, derivata principalmente dalla soggettività del paziente, con un paziente che è appena stato catapultato in una realtà del tutto nuova per lui, dove il dovere dell'infermiere è quello di creare e coltivare una relazione che favorisca e stimoli il percorso di cura (Bellani et al., 2002).

Di fondamentale importanza per il paziente e per la progettazione di un percorso di cura completo e condiviso, è la multidisciplinarietà; i diversi professionisti cooperano per individuare il cammino che bisognerà intraprendere e l'infermiere ricopre il ruolo di garante dei diritti e dei desideri del paziente, in quanto è solitamente il professionista che più spesso ha l'onore di assisterlo da vicino; l'infermiere rileva le problematiche di nuova insorgenza, monitora costantemente la mutazione della sintomatologia e pone particolare attenzione al benessere emotivo del paziente, comunicando con gli altri professionisti e concordando interventi con la rete assistenziale, ma soprattutto attuando interventi infermieristici rivolti all'accettazione della malattia, al conforto psichico, fisico, sociale e spirituale del paziente, e garantendo il soddisfacimento dei bisogni esistenziali dell'ammalato (Cavalli et al., 2006).

La seconda fase dell'assistenza infermieristica, si sviluppa quando il paziente inizia il percorso di cura concordato con l'equipe ed intraprende un trattamento per la malattia neoplastica. I trattamenti più utilizzati sono la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia, ma sempre più utilizzate sono le terapie ormonali, o quelle tramite farmaci biologici e l'immunoterapia (AIRC, 2011).

Il trattamento viene scelto e concordato all'interno della rete assistenziale, di modo che esso sia condiviso da tutti i professionisti, dai familiari e dal paziente stesso, così che gli intenti di cura siano i medesimi sia per chi li presta che per chi li riceve; essi variano in base alla malattia, alla sua gravità, al vissuto del paziente ed alla sua storia clinica; ogni trattamento può mirare ad uno o più scopi, e spesso può accadere che più trattamenti vengano somministrati nello stesso periodo di tempo (Bellani et al., 2002).

Il compito dell'assistenza infermieristica, in questo frangente della malattia, è quello di integrare la presa a carico compiuta durante l'iter diagnostico con lo sviluppo della malattia, il suo evolversi, e le conseguenti rappresentazioni di paziente e familiari; l'infermiere deve inoltre saper individuare e trattare gli effetti secondari dei trattamenti ai quali il paziente viene sottoposto, e più in generale, qualsiasi sia l'obiettivo del percorso

di cura, e quali siano le aspettative del paziente e dei familiari, occuparsi di garantire il massimo grado di qualità di vita possibile al paziente in questo momento e durante tutti i cambiamenti che avvengono in questa fase (Bellani et al., 2002).

La relazione, può essere messa a dura prova dalle difficoltà e dai cambiamenti che avvengono e nei quali può incorrere il paziente: i sintomi della malattia, gli effetti secondari dei trattamenti e la fatigue, influiscono enormemente sull'area fisica del paziente, comportando in esso molte difficoltà relazionali, sociali, spirituali e psicologiche, con tutti i rischi che ne derivano (Cavalli et al., 2006).

L'infermiere in questo momento deve sapersi assumere anche il ruolo di difensore e promotore della salute del paziente, attuando interventi infermieristici e d'equipe mirati al mantenimento del massimo grado di autonomia possibile, tuttavia, egli potrebbe doversi scontrare con gli ostacoli che il paziente incontra nel percorso di cura, ostacoli che creano frustrazione, rabbia e risentimento sia nel paziente che nel curante: il paziente spesso si sente incapace di fronte ad una difficoltà che non riesce a superare, il che provoca di riflesso ulteriori difficoltà sia nello svolgimento di compiti e mansioni, che nella relazione con la rete assistenziale (Bellani et al., 2002).

Durante questo periodo, il paziente si trova frequentemente perso all'interno delle domande che si pone riguardo le difficoltà che vive, con un grande rischio di perdita di speranza e di fiducia nelle proprie capacità; l'infermiere deve saper affrontare e gestire queste ulteriori difficoltà, sia le proprie che quelle del paziente, che quelle dei familiari, facendosi promotore di speranza ed aiutando in tutti i modi, anche in maniera pratica, ma senza mai sostituirsi al paziente: la collaborazione assume aspetti di una profonda complicità tra chi cura e chi viene curato, la relazione si intensifica e passa ad un livello successivo, dove la reciproca apertura e crescente fiducia permettono il miglioramento della qualità di vita del paziente e di non poco conto, anche quella del curante (AIRC, 2011).

L'attenzione ai particolari, agli interessi, ai bisogni e ai desideri del paziente, uniti all'enorme bagaglio tecnico che l'infermiere deve saper mettere in pratica, formano un professionista completo e capace, che sa in modo minuzioso ed esaustivo assolvere ai suoi compiti professionali pratici e garantire lo stato di salute e benessere massimo nei propri assistiti (Cavalli et al., 2006).

L'ultimo momento del percorso di cura si profila nel momento in cui vi è una totale remissione della malattia o quando le possibilità di sopravvivenza alla malattia diminuiscono drasticamente: in caso di remissione della malattia, ogni componente della rete assistenziale, paziente compreso, percepisce una sorta di orgoglio derivato dalla vittoria sulla malattia; il paziente tuttavia non ritorna allo stadio precedente la malattia, poiché il percorso di cura provoca dei cambiamenti anche profondi sia a livello fisico che cognitivo; egli tuttavia, non si stacca dal sistema terapeutico e di cura, poiché la rete assistenziale continua ad adoperarsi per favorire la riabilitazione, il reinserimento sociale e la prevenzione ed eliminazione delle recidive (Bellani et al., 2006).

L'infermiere in questo caso assume un ruolo secondario all'interno del sistema di cura, poiché i momenti in cui si relaziona al paziente sono molto rari e spesso asserviti all'assolvimento di tecniche ed esami di monitoraggio o controllo, ma i momenti seppur brevi nei quali si può coltivare la relazione tra curante ed assistito, possono risultare molto piacevoli e utili sia riguardo all'assimilazione del vissuto che dell'esperienza di malattia; molte testimonianze raccontano di come l'assistito e l'infermiere (anche le altre figure professionali) siano rimaste in contatto anche dopo la malattia, per il semplice desiderio reciproco di continuare a crescere la relazione instaurata (Merra, Zamprioli, Mansueto, 2015).

Come già detto, il rischio di recidiva ed il rischio della non totale remissione della malattia, sono dei rischi che la rete assistenziale non può permettersi di non considerare, ciò non significa guardare al futuro ed al percorso di cura senza speranze o in modo passivo, ma significa prepararsi a scontrarsi anche con delle risoluzioni infauste di malattia, per poterle affrontare nel migliore dei modi garantendo un percorso di cura specifico e che potrebbe terminare anche con un accompagnamento alla morte (Merra et al., 2015).

Il paziente percepisce la recidiva come una personale sconfitta ed un insuccesso spesso a conclusione di un percorso difficile e debilitante; il disagio del paziente e dei familiari è legato alla possibilità e percezione di morte, che si fa sempre più concreta; la paura della morte cresce di pari passo alla consapevolezza di non riuscire a sconfiggere la malattia, portando nel paziente, nei familiari ed anche nei curanti un senso di impotenza ed incapacità che diminuisce drasticamente la qualità di vita e mette a dura prova tutta la rete assistenziale (Merra et al., 2015).

L'empatia e la condivisione degli obiettivi che mutano frequentemente, sono due dei principali strumenti che permettono un'adeguata erogazione delle cure; l'infermiere pone particolare attenzione alla gestione delle recidive ed al dolore; aiuta il paziente ed i familiari a manifestare i propri sentimenti e le proprie paure, fornisce tutto il supporto richiesto e se necessario favorisce l'inserimento di altre figure professionali che possano fornire un aiuto sia psicologico che fisico, come per la gestione del dolore (Bellani et al., 2002).

Tutto il percorso deve essere accompagnato dalla dovuta discrezionalità e dal rispetto che la persona merita, attuando una continua valutazione delle problematiche presenti, considerando le loro implicazioni e concordando con il paziente ed i familiari, gli interventi terapeutici da mettere in atto (Merra et al., 2015).

Una gestione infermieristica adeguata ed efficace del morente richiede innanzitutto un confronto personale dell'operatore con le proprie paure, reazioni e meccanismi di difesa; solo conoscendo ed accettando ciò, con i propri limiti e la propria emotività, si può garantire l'attuazione di interventi infermieristici che pongano in primo piano il paziente ed i suoi bisogni (Bellani et al., 2002).

I timori e la sofferenza dell'infermiere comportano il rischio di adoperarsi in maniera non efficace, poiché seppur mosso da buone intenzioni ed empatia, l'operatore rischia di attuare interventi rivolgendosi alle proprie esigenze e non più a quelle della persona che dovrebbe ricevere le cure (Bellani et al., 2002).

Il lavoro in equipe ed il percorso personale che l'infermiere è sollecitato a svolgere, devono garantire una costante erogazione di cure efficaci, specifiche e soggettive per ogni paziente; la creazione di un ambiente accogliente e funzionale, e l'utilizzo di un ascolto attivo rivolto al paziente ed ai familiari, sono il segreto per assicurare un buon funzionamento della rete assistenziale, e la concretizzazione di un progetto di cura efficiente e mirato (Cavalli et al., 2006).

Lavorare in oncologia e confrontarsi ogni giorno con la malattia e la morte è una scelta che permette all'infermiere di ricoprire un ruolo onorevole e fondamentale all'interno della vita del paziente e del sistema di cura; vivere costantemente la morte e la sofferenza così da vicino, ma anche la grande umanità ed emotività che caratterizza l'uomo, sono doveri ed esperienze che richiedono una grande fatica ed un coinvolgimento totale da parte dell'operatore, ma che gli restituiscono esperienze e vissuti che lo arricchiscono sotto ogni aspetto e qualità personale, arricchendo sia la figura professionale che la persona (Bonetti et al., 2001).

## **2.2 Le Emozioni e l'infermiere in Oncologia**

### **2.2.1 Le emozioni**

La parola emozione, è da ricondurre al verbo latino "emovere", verbo composto dalla preposizione ex, che in questo specifico caso si traduce con la parola fuori, e dal verbo muovere, che significa muovere; letteralmente il verbo "emovere" si traduce con portare fuori, smuovere, agitare o ancora, scuotere, eccitare; l'etimologia della parola emozione ci permette quindi di definirla come uno scuotimento, un'agitazione, o più poeticamente parlando, un'agitazione dell'anima (Treccani, n.d.).

Un'agitazione dell'anima, uno scuotimento della parte più profonda di noi stessi, così potremmo definire in modo romanzesco cosa sia un'emozione, una definizione che purtroppo non ci spiega cosa sono davvero le emozioni, che motivo hanno di esistere, e qual è il loro scopo. Proprio per rispondere a tutte queste domande, nel corso del tempo furono presentate svariate teorie riguardo le emozioni e l'intelligenza emotiva (Treccani, n.d.).

La prima teoria delle emozioni in ordine di tempo, fu proposta da William James, che attraverso la teoria periferica delle emozioni sosteneva che le modificazioni fisiologiche fossero alla base dell'esperienza emotiva: in pratica egli sosteneva che l'individuo non piange perché è triste, ma che l'individuo è triste perché piange, quindi l'emozione viene in qualche modo suscitata da una modificazione fisiologica (Stara, 2004).

Con la teoria di James (1884), definita successivamente di James-Lange (in quanto i due elaborarono due teorie del tutto affini tra loro, ma in maniera separata e nello stesso periodo di tempo), il concetto di emozione non venne drasticamente modificato, venne però notevolmente modificata l'attribuzione a ciò che provocava l'emozione, e si passò quindi dalla teoria del senso comune secondo cui "Piango perché sono triste" a quella di James-Lange, la quale sostiene che "Sono triste poiché piango" (Stara, 2004).

In seguito vennero elaborate moltissime teorie riguardo le emozioni e l'intelligenza emotiva, le quali aggiungevano o confutavano una parte della precedente. Ad esempio, la teoria di Cannon-Bard (1927) mosse parecchie critiche alla precedente teoria di James-Lange, sostenendo che le modificazioni fisiologiche non potessero giustificare la grande differenziazione delle emozioni, in quanto una stessa modificazione fisiologica poteva risultare in emozioni differenti (Lindzey, Thompson, Spring, 1991).

Questa teoria ha il grande merito di aver introdotto il sistema nervoso centrale all'interno del processo dell'esperienza emozionale, in quanto essa sosteneva che il talamo ritrasmettesse le informazioni sensoriali provenienti dall'esterno sia alla corteccia cerebrale, provocando quindi l'emozione, che al resto del corpo, come muscoli e ghiandole, inducendo così la modificazione fisiologica; in seguito le ricerche dimostrarono che i centri del sistema nervoso centrale adibiti all'esperienza emotiva, erano l'ipotalamo ed il sistema limbico, non il talamo (Lindzey et al., 1991).

Negli anni successivi, ricercatori e teorici, continuarono ad ampliare entrambi i pensieri a tal punto, che essi non risultavano più cozzare l'uno con l'altro, ma anzi, grazie alla teoria cognitivo-relazionale o più comunemente denominata "dei due fattori", elaborata da Schachter e Singer, le due correnti di pensiero precedenti vennero entrambe "accettate", in quanto erano componenti fondamentali del medesimo processo (Kinchla, Darley, Glucksberg, 2005).

La teoria dei due fattori, infatti, sostiene che l'emozione sia data dall'attivazione sensoriale percepita e da due processi cognitivi: uno rivolto al riconoscimento della situazione emotivamente significativa e l'altro rivolto all'interpretazione dell'interazione tra il riconoscimento dello stato emotivo e lo stimolo sensoriale esterno (Kinchla et al., 2005).

Negli anni ottanta, gli psicologi cognitivisti giunsero alla conclusione che non fosse né solo l'ambiente, né solo il sistema nervoso centrale a produrre l'emozione, ma che fosse la nostra percezione ed interpretazione delle situazioni e dell'ambiente a caratterizzare l'emozione (Kinchla et al., 2005).

Nacquero così le teorie dell'appraisal: la parola appraisal si traduce con il termine valutazione, ciò ci permette di ben intuire come l'aspetto dell'elaborazione cognitiva abbia assunto un ruolo sempre più fondamentale nelle teorie riguardanti l'intelligenza emotiva (Treccani, n.d.).

La valutazione della situazione emotivamente significativa, diventa un aspetto indispensabile all'interno di tutte le successive teorie, in quanto, come ben spiegato dalle "Leggi dell'Emozione" di Frijda (1988), l'emozione non si mostra semplicemente al presentarsi di una determinata situazione, ma essa nasce e compare solo quando l'individuo attribuisce dei significati e dei valori all'evento che vive (Kinchla et al., 2005).

Solo gli eventi che l'individuo interpreta come "importanti" per sé, risultano eventi emotivamente significativi, in quanto l'individuo ha identificato nell'evento una situazione utile alla soddisfazione dei propri scopi e desideri, una situazione che mina la sua sopravvivenza o una situazione inattesa; si può quindi concludere che le emozioni si modificano e si presentano in rapporto al significato che l'individuo attribuisce all'evento che incontra (Kinchla et al., 2005).

La soggettività del singolo permette di ben intuire come la medesima situazione comporti inevitabilmente un'esperienza diversa in più soggetti, essa può differire per intensità, ma può anche totalmente differire per il significato che gli viene attribuito. Basandosi su questa caratteristica così soggettiva della mente umana, è stata elaborata la teoria dell'intelligenza emotiva (Goleman, 1996).

L'intelligenza emotiva è una capacità che permette di riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni ed anche quelle di chi ci circonda, al fine di guidare i nostri pensieri e le nostre azioni attraverso una valutazione più completa del mondo; essa si basa sull'empatia e sulla comprensione per svilupparsi e permetterci di esercitarla quotidianamente (Goleman, 1996).

La teoria dell'intelligenza emotiva illustra come questa capacità si caratterizzi per degli aspetti personali e per degli aspetti interpersonali; grazie ad essa, lo sviluppo del pensiero umano riguardo alle emozioni, ottiene ora una visione più ampia ed esaustiva del mondo, del soggetto e di ciò che lo circonda, attribuendo nuove possibilità ed immettendo nuove componenti nello sviluppo e nella comprensione delle emozioni (Goleman, 1996).

Dal confronto dei diversi punti di vista riguardanti le svariate teorie in merito, possiamo evincere che le emozioni sono un complesso processo costituito dall'insieme di valutazioni soggettive, attivazioni organiche, manifestazioni personali e reazioni (Kinchla et al., 2005).

L'emozione è quindi un processo che l'individuo compie a vari livelli sperimentando un'esperienza emotiva, tale processo si è probabilmente sviluppato, modificato e specializzato nel corso della storia, per sopperire efficacemente alle mutevoli richieste di sopravvivenza che l'uomo ha incontrato nell'ambiente durante la sua evoluzione (Kinchla et al., 2005).



### **2.2.2 Le emozioni che l'infermiere vive in oncologia**

L'infermiere, come tutte le figure che compongono la rete assistenziale, si trova confrontato con le proprie paure e la propria esperienza riguardo la morte e la malattia, si deve scontrare con l'insuccesso della medicina e della scienza, ed anche con l'insuccesso delle proprie azioni, ma allo stesso tempo deve saper curare in maniera professionale e permettere al paziente il soddisfacimento di bisogni e desideri che possano migliorare la percezione della propria qualità di vita; un insieme di compiti a dir poco estenuante, che inevitabilmente coinvolge l'operatore sanitario nella sua totalità, spiritualmente, cognitivamente ed emotivamente (Bonetti, Ruffatto, 2001).

Nonostante le crescenti difficoltà che aumentano di pari passo alla progressione della malattia, ecco che la relazione instaurata tra paziente e curante risulta l'unico strumento in grado di favorire sia il mantenimento di un'adeguata qualità di vita al malato, che di poter far svolgere all'infermiere il proprio compito in maniera esemplare (Bonetti, Ruffatto, 2001).

All'interno della relazione paziente-curante, l'esperienza e le emozioni dei singoli, si sviluppano e vengono vissute in maniera simbiotica, ma anche in modo molto personale; infatti, le emozioni, riferite ed attribuite all'interno della stessa relazione, differiscono se narrate dal paziente o dal curante (Ortez, Valenti, Muzzatti, 2016).

Le emozioni sono parte integrante della relazione, e svolgono in essa un ruolo fondamentale, ruolo che risulta ancora più importante all'interno della relazione che si viene ad instaurare tra paziente oncologico e infermiere di oncologia (Ortez et al., 2016).

Un'assistenza infermieristica rivolta ad un paziente affetto da malattia oncologica, risulta efficace ed adeguata, solo se lascia spazio alle emozioni: le proprie, quelle del paziente, e quelle che si vivono insieme, ma anche quelle dei parenti, dei caregiver e degli altri curanti (Bellani et al., 2002).

Nel 2016 è stato svolto uno studio che mirava ad analizzare gli scritti elaborati da operatori oncologici e pazienti oncologici per poter indagare se vi fosse differenza tra le emozioni che venivano singolarmente vissute e percepite nella relazione di cura. Lo studio ha concluso che la persona che affronta la malattia oncologica, è spesso animata maggiormente da emozioni a valenza negativa, seppur non mancano emozioni con tenore positivo; in particolare, le emozioni più presenti e più riferite dai pazienti, sono la paura, la tristezza, la rabbia e la gioia; gli operatori, invece, riferiscono di provare frequentemente gioia, paura e felicità all'interno della relazione (Ortez et al., 2016).

I dati dello studio ci permettono di affermare che sia l'operatore che il malato vivono una moltitudine di emozioni all'interno della relazione, emozioni che variano nei diversi momenti della malattia e mutano in relazione al decorso della malattia, ma nel complesso l'operatore ha un'esperienza emotiva più positiva rispetto al paziente durante l'intero percorso di cura (Ortez et al., 2016).

I diversi momenti della malattia oncologica influenzano e modificano il tipo e la qualità delle emozioni che il paziente e l'infermiere vivono; la soggettività personale e la grande diversità della malattia hanno un peso specifico particolarmente elevato quando si parla di affrontare le tappe di un percorso di cura di tipo oncologico, e questo vale sia per il paziente, che per l'infermiere; tuttavia i curati e i curanti, pur collaborando nel percorso di cura ed instaurando una relazione solitamente molto profonda, riferiscono frequentemente di vivere emozioni differenti, di attribuire all'altro emozioni differenti e più in generale, di vivere in modo diverso le tappe della malattia (Surbone, Zwitter, Rajer, Stiefel, 2012).

Dal momento della diagnosi a quello della remissione o della terminalità della malattia, il paziente affronta insieme all'equipe, ai parenti, agli amici ed ai conoscenti, delle tappe che implicano un coinvolgimento emotivo ed effettivo non di poco conto, in primis per sé stesso, ma anche per chiunque lo circonda (Bellani et al., 2002).

Chiunque si adoperi nell'erogazione delle cure rivolte al paziente (l'infermiere in primis, ma anche familiari, caregiver, medici e tutte le altre figure sanitarie) si può scontrare con la propria incapacità nel non riuscire a spronare e motivare sufficientemente il paziente, il curante può persino arrivare ad incolparsi quando si ritrova di fronte alle difficoltà che il malato non riesce a superare, come può essere ad esempio la non adesione del paziente al programma terapeutico; qui la frustrazione è uno dei sentimenti che spesso prova l'infermiere, non riuscendo a spiegarsi determinate situazioni che si vengono a creare durante il percorso di cura (Bellani et al., 2002).

Tra tutte le figure che circondano il paziente, l'infermiere svolge un ruolo fondamentale all'interno del percorso di cura e spesso, nei confronti del malato, non assume soltanto il compito di curante, ma assume anche le funzioni di confidente, amico, complice e partecipante (Merra et al., 2015).

L'infermiere può anche doversi "addossare" questo gravoso ma meraviglioso compito, può partecipare e condividere la malattia del paziente, con tutto ciò che deriva da questa situazione ed esperienza (Merra et al., 2015).

Come per il paziente, la soggettività fa da padrona per tutto ciò che riguarda la sfera emotiva dell'infermiere mentre eroga assistenza ad un paziente che affronta una malattia oncologica; tuttavia l'infermiere sembra solitamente rapportarsi in modo emotivamente positivo, se così si può definire, nei confronti della malattia oncologica (Surbone, Zwitter, Rajer, Stiefel, 2012).

Gli infermieri che affrontano un percorso di cura prendendosi a carico un paziente oncologico, riferiscono di provare frequentemente, durante il percorso di cura, emozioni quali felicità, gioia e paura. Da questo semplice dato, si può evincere come la cura non sia una "pratica", ma sia un'esperienza che coinvolge l'infermiere a 360 gradi, che lo costringe a mettersi in gioco, domandarsi e cercare risposte, ma anche affrontare i propri demoni ed i propri timori (Surbone, Zwitter, Rajer, Stiefel, 2012).

L'indole umana, non ci permette di distaccarci dal mondo, dalla vita, dalla società e dal contesto nel quale viviamo: l'infermiere che si relaziona con il paziente oncologico, porta con sé nella relazione parte della sua vita, delle sue esperienze e delle proprie emozioni; paure, giudizi e valori si mischiano a quelli del paziente formando una realtà nuova che paziente e curante vivono insieme (Merra et al., 2015).

Questa realtà nuova influisce in modo elevato sulla vita e sulla qualità di vita di entrambi i componenti della relazione (Surbone, Zwitter, Rajer, Stiefel, 2012).

Particolare è il fatto che le emozioni più presenti nel percorso di cura, sia nei pazienti che negli infermieri, sono tutte emozioni che in qualche modo implicano un coinvolgimento fisico, o perlomeno comportano un'attivazione corporea elevata (D'Urso, Trentin, 2006).

Saper riconoscere e gestire le emozioni che si vivono, è uno degli obiettivi fondamentali per sviluppare efficacemente la propria intelligenza emotiva; essa è una particolare capacità teorizzata da Daniel Goleman, la quale si occupa di equilibrare la relazione tra ciò che il singolo individuo vive e le relazioni con le altre persone, tenendo conto anche di ciò che esse vivono (Goleman, 1996).

L'intelligenza emotiva è formata dall'intelligenza intrapersonale e dall'intelligenza interpersonale: la prima si occupa di riconoscere e regolare le emozioni che l'individuo vive, ed è formata da autoconsapevolezza, autocontrollo ed automotivazione; la seconda si occupa della comprensione e della regolazione delle relazioni che l'individuo ha con il mondo, ed è formata dalla consapevolezza sociale e dalla gestione delle relazioni sociali (Goleman, 1996).

Un buon infermiere, ma in realtà qualsiasi buon curante dovrebbe mirare a possedere e continuamente sviluppare l'intelligenza emotiva; non servono né studi, né la pratica basata sull'evidenza (EBP) per comprendere che un curante che possiede questa capacità sarà in grado di erogare delle cure più efficienti e sarà più vicino alla propria autorealizzazione; le istituzioni, i percorsi formativi e tutti gli enti di cura, infatti promuovono lo sviluppo nel proprio personale, di questa componente fondamentale delle relazioni (Goleman, 1996).

Mirare ad essere un buon curante implica lo sviluppo delle cinque componenti dell'intelligenza emotiva, le tre che costituiscono l'intelligenza intrapersonale, e le due che costituiscono l'intelligenza interpersonale; per questo motivo un buon curante deve essere in grado di riconoscere le proprie emozioni; controllare il proprio stato emotivo per assumere un comportamento adeguato al contesto nel quale si trova; controllare l'eventuale frustrazione ed automotivarsi per il raggiungimento di un obiettivo futuro; utilizzare e comprendere la propria empatia; ed infine saper gestire in modo adeguato ed in base al contesto le relazioni sociali che vive e che lo circondano (Goleman, 1996).

Inserendo tutte queste capacità nell'ambiente di cura dell'oncologia, un ambiente che come già detto si caratterizza per la grande presenza e varietà di emozioni, possiamo ben comprendere di come l'utilizzo di un'intelligenza emotiva adeguata, seppur sia tutt'altro che semplice, possa aiutare tutti i componenti della relazione al fine di garantire un'erogazione di cure efficaci e di assicurare una qualità di vita elevata (Goleman, 1996).

In tutte le fasi della malattia, ed in ogni momento dell'assistenza infermieristica oncologica, l'infermiere è continuamente confrontato con la propria umanità, con la morte, con le proprie paure, con il dolore e con la mutabilità della condizione umana, è quindi fondamentale che il sistema di professionisti che compongono il sistema di cura, preveda un sostegno a chi, come gli infermieri, si confronta quotidianamente con la malattia e la morte, ponendosi al fianco di chi soffre: questo sostegno è composto in prima istanza dall'infermiere stesso, che lavora personalmente sulle proprie emozioni, sui propri sentimenti e sulla propria esperienza per mantenere un buon equilibrio psicoemozionale; secondariamente è formato dall'equipe multidisciplinare e dalle figure che la compongono, le quali devono sostenere il paziente ed anche sé stessi durante la malattia; infine anche dalle Istituzioni, che devono garantire la miglior presa a carico dei propri assistiti e il sostegno dei propri lavoratori (Bellani et al., 2002).

Provare delle emozioni negative, provare sofferenza, provare dei sentimenti che riteniamo sbagliati, non è un errore, né tantomeno una mancanza di rispetto per chi soffre; ci può capitare di provare rabbia, rancore, frustrazione e persino odio verso chi abbiamo di fronte, e come curanti, ma anche come esseri umani, ci troveremo di fronte a pazienti che potranno suscitare in noi queste emozioni e questi sentimenti (Goleman, 1996).

Tutto questo non è sbagliato, non è sbagliato vivere i sentimenti che definiamo negativi, poiché senza l'antagonista della storia, non esisterebbe il protagonista, e le sue gesta non sarebbero così gloriose; senza l'oscurità non esisterebbe la luce, e non troveremmo un buon motivo per continuare a combattere per questa luce. Capire e riconoscere i nostri sentimenti, quelli degli altri e di chiunque ci circonda, imparare ad accettarli e gestirli efficacemente, saperci motivare per fare sempre meglio, migliorare noi stessi interiormente e esternamente nelle nostre relazioni, in queste relazioni che contengono gioia, sofferenza, paura e rabbia; è questo il più grande significato dell'intelligenza emotiva. Accettarci, migliorarci, aiutare e motivare, questo è ciò che ci può rendere emotivamente intelligenti, che ci può rendere migliori, curanti migliori e persone migliori (Goleman, 1996).

## **2.3 Lo Stress e l'infermiere in Oncologia**

### **2.3.1 Lo Stress**

La parola stress deriva dal termine latino strictus, che assume il significato di stretto, serrato, compresso; il termine stress viene coniato nel mondo anglosassone, dove nel

diciassettesimo secolo veniva utilizzato per indicare difficoltà, avversità o afflizione; in seguito venne utilizzato anche per indicare concetti quali forza, pressione, tensione o sforzo; esso veniva spesso utilizzato anche per indicare il processo che veniva attuato su determinati metalli in metallurgia per testarne la resistenza (Rossati, Magro, 1999).

Considerando lo sviluppo etimologico della parola, si può ben comprendere come lo stress abbia nel corso della storia assunto dei significati e dei ruoli ben diversi all'interno della società: questo sviluppo di una molteplicità di significati, ha portato ad un utilizzo a volte anche sconsiderato della parola, ma che tutt'ora compone il linguaggio comune, un utilizzo che tuttavia assume un significato specifico all'interno del relativo ambiente nel quale è utilizzato, sia esso la medicina, la fisica, la chimica o all'interno di un'esclamazione per ammonire un capriccio (Rossati, Magro, 1999).

Esaminando il significato della parola stress nell'ambito organico e umano, esso può essere definito come una risposta dell'organismo ad un cambiamento ambientale; lo stress costituisce la nostra primaria risposta di adattamento ad una nuova situazione (Rossati, Magro, 1999).

Per approfondire questa sintetica descrizione dello stress, si può immaginare un individuo che si trovi in una situazione fisiologica stabile, di apparente equilibrio; in questa situazione che viene comunemente definita omeostasi, l'individuo si trova in uno stato di "normalità", dove tutte le funzioni che permettono la vita si trovano in una sorta di equilibrio costante (Ventriglia, Murgia, 2011).

Ora, questo temporaneo equilibrio, viene scosso da un evento stressogeno, una stimolazione, definita anche stressor, la quale viene determinata da un cambiamento nell'ambiente esterno all'individuo, e che costringe l'individuo ad attivarsi per ristabilire la condizione di equilibrio ormai andata perduta (Rossati, Magro, 2009).

La risposta funzionale che l'organismo compie per ristabilire l'equilibrio, viene definito allostasi, e si compone dell'insieme di tutti i processi che i sistemi fisiologici dell'individuo possono mettere in atto per ristabilire l'equilibrio fisico, psicosociale ed ambientale; per riportare quindi l'organismo allo stato di omeostasi (Ventriglia, Murgia, 2011).

L'allostasi è quindi un insieme di processi che permettono all'individuo di riportarsi all'omeostasi; questi processi si attivano, o disattivano al modificarsi della situazione di equilibrio e si spengono, o riaccendono quando l'organismo riottiene stabilità, essi comportano un dispendio energetico variabile costituito dalle risorse che l'organismo impiega per riportarsi all'omeostasi, questo dispendio energetico viene definito carico allostatico (Ventriglia, Murgia, 2011).

Quando un carico allostatico elevato perdura nel tempo, o si protrae fino a diventare indipendente dalla causa della sua attivazione, l'individuo si ritrova in una situazione di sovraccarico allostatico ed in uno stato di non adattamento che può assumere anche risvolti patologici: queste situazioni si vengono a creare quando l'individuo è sottoposto

ad uno stress ripetuto, quando non riesce ad abituarsi all'attivazione delle medesime stimolazioni in modo ripetitivo, quando è incapace di interrompere l'attivazione allostatica, e quando le attivazioni fisiologiche in risposta alla stimolazione non sono efficaci nel riportarlo alla situazione omeostatica originaria (Ventriglia, Murgia, 2011).

Ogni stimolo ambientale che si presenta, sia positivo che negativo, comporta nel nostro organismo una reazione; questa reazione dovrebbe permettere all'organismo di adattarsi al nuovo stimolo e viene comunemente denominato stress (Rossati, Magro, 2009).

*“Lo stress è semplicemente la nostra attivazione ai cambiamenti ambientali che quotidianamente dobbiamo affrontare”, “lo stress è uno stato di tensione dell'organismo, in cui vengono attivate difese per far fronte ad una situazione di minaccia”;* vi sono infinite possibili definizioni di stress, alcune più o meno esaustive, altre superficiali, ed altre ancora fin troppo specifiche al loro campo di interesse; tuttavia in esse vi è il comune assunto, che lo stress sia una reazione di adattamento in risposta ad uno stimolo (Rossati, Magro, 2009).

Lo stress può assumere aspetti sia positivi, che negativi; essi solitamente derivano dal significato che personalmente attribuiamo alla stimolazione che ci viene presentata: ad esempio uno spavento improvviso comporta solitamente un tipo di stress che valutiamo come negativo, mentre la vittoria della nostra squadra preferita attiva delle reazioni che definiamo come stress positivo (Rossati, Magro, 2009).

Ogni stimolazione può essere percepita come positiva o negativa in base alla soggettività dell'individuo, ed anche l'intensità della risposta stressogena è veicolata dal soggetto; tuttavia, Engel ha individuato tre categorie di stimolazioni che inevitabilmente comportano una stimolazione psicologica stressante e che risultano comuni a tutte le persone: la perdita/minaccia di perdita; il danno/minaccia di danno; la frustrazione di una pulsione (Engel, 1981).

I comportamenti, le abitudini e le difese psicologiche del singolo soggetto, permettono di affrontare efficacemente il carico stressogeno derivato da queste situazioni, di sfogare le tensioni accumulate a vari livelli (fisico, psichico, emotivo, sociale) ed evitare che esso comporti uno stato patologico nell'organismo; il soggetto riesce quindi a ritornare ad una situazione omeostatica passando per un periodo di malessere che si mostra a più livelli (Trombini, 1999).

A seguito degli studi di Engel; Holmes e Rahe svilupparono delle ricerche rivolte allo studio degli eventi che più comunemente comportavano un alto carico stressogeno negli individui: i dati permettono di ben intuire come la perdita di una persona cara comporti un alto livello di stress, ad esempio al primo posto nella scala degli eventi stressogeni si colloca la morte del coniuge, tuttavia anche la perdita intesa come “allontanamento” comporta un alto livello di stress, come accade per i divorzi e le separazioni (Trombini, 1999).

Oltre a vari eventi stressogeni che comportano la perdita della libertà personale e svariati tipi di lutto, è interessante osservare come il matrimonio, evento pieno di gioia e felicità, il pensionamento, simbolo del rilassamento guadagnato in anni di duro lavoro, i viaggi, sinonimo di spensieratezza e serenità; siano eventi stressogeni presenti in questa scala e che comportano un carico stressogeno elevato (Trombini, 1999).

L'uomo, ma in realtà tutti i mammiferi, in quanto creature sociali e capaci di provare emozioni, interpretano le stimolazioni sia interne che esterne, alle quali attribuiscono un valore stressogeno; in particolare, i mammiferi hanno sviluppato un mondo interiore colmo di pensieri, domande, dubbi e significati che possono creare un evento stressante puramente cognitivo, un evento dove le emozioni trasmettono e comunicano il valore stressante associato al pensiero (Rossati, Magro, 2009).

Più specificatamente, l'essere umano ha sviluppato in sé un dualismo nelle risposte biologiche relative allo stress: il sistema nervoso simpatico, il quale regola le risposte di "attacco-fuga", e il sistema nervoso centrale, il quale elabora le stimolazioni e agisce attivando o inibendo i vari sistemi biologici per adattarsi alla modificazione ambientale nel migliore dei modi (Rossati, Magro, 2009).

Probabilmente non esiste una definizione esaustiva di stress, e probabilmente, almeno per ora, ci dovremo accontentare di accettarlo così come lo comprendiamo, ossia una semplice attivazione del nostro corpo a qualcosa che accade; tuttavia, la soggettività e la personale attribuzione di significati agli eventi che la vita ci pone di fronte, sono la chiave della comprensione e della gestione dello stress; allenarci ad essere resilienti ci può rendere capaci ad affrontare lo stress in maniera efficace, ci può permettere di tornare prima e meglio all'omeostasi, quel sempre nuovo equilibrio verso cui costantemente tendiamo e che mai raggiungiamo (Rossati, Magro, 2009).

### **2.3.2 Lo Stress lavoro correlato e il burnout**

All'interno del mondo del lavoro, esiste una componente prettamente psicologica che può essere definita come "fatica soggettiva"; essa non si compone di elementi quali l'ambiente prettamente fisico di lavoro, o l'utilizzo di determinati "macchinari", se non in modo secondario, ma si compone di fattori quali la monotonia del lavoro, il senso di appartenenza o di alienazione dal gruppo di lavoro, la personale soddisfazione/insoddisfazione verso i propri agiti e le proprie mansioni, e da ultimo, ma non per importanza, il riconoscimento sia personale che professionale (Cifiello, 2005).

Questa "fatica soggettiva", determinata chiaramente dall'ambiente e dall'interpretazione soggettiva che l'individuo ha di esso, costituisce un peso stressogeno variabile, il quale può lentamente logorare l'individuo rendendolo meno performante, e determinando dapprima un indebolimento in tutti gli ambiti relativi all'ambiente di lavoro, ma influenzando negativamente anche tutte le sfere di pertinenza dell'individuo, diminuendo così la sua qualità di vita (Cifiello, 2005).

Lo sviluppo della psicologia del lavoro, ha portato all'elaborazione di svariati modelli teorici che si occupassero di analizzare il problema dello stress lavoro correlato; tra

questi, quello di Sutherland e Cooper appare il più completo e strutturato, in quanto, senza mai staccarsi dal ruolo fondamentale che in questo ambito gioca la soggettività del singolo lavoratore, e quindi dalla sua personale interpretazione degli stimoli, prende in considerazione aspetti riguardanti la fisicità, la socialità, la spiritualità e la psiche della persona, focalizzandosi su cinque principali aree riguardanti i fattori di stress derivati dall'ambiente di lavoro: le fonti intrinseche al lavoro, il ruolo che il lavoratore occupa nell'organizzazione, lo sviluppo di carriera, le relazioni di lavoro, e la struttura stessa con il conseguente clima organizzativo (Cifiello, 2005).

I. Con fonti intrinseche al lavoro, si intendono tutti quei fattori che incidono negativamente su concentrazione, rendimento ed efficienza, essi sono identificati in fattori prettamente fisici quali la rumorosità, le vibrazioni, le variazioni di temperatura, la ventilazione, l'umidità, l'illuminazione e l'igiene, ma si compone anche di fattori psicologici quali la pressione derivante dal carico di lavoro, l'eccesso di lavoro, i frequenti viaggi e gli orari prolungati (Cooper, 1998);

II. Il ruolo che il lavoratore occupa all'interno dell'organizzazione, diventa motivo di stress quando manca chiarezza verso il compito che egli deve eseguire, o quando gli viene richiesto di soddisfare due richieste incompatibili tra loro; in particolare quest'ultimo fattore è un elemento spesso presente all'interno degli ambienti di lavoro che si occupano di fornire un servizio alle persone, come banche, scuole, ospedali o uffici (Cooper, 1998);

III. Lo sviluppo di carriera è il fattore che appare più soggettivamente modificabile: i soggetti con grandi aspirazioni ed ambizioni si scontrano con un elevato carico di stress quando le personali aspettative vengono deluse; la competitività tra colleghi può assumere l'aspetto di fattore stressante, poiché la competizione per sua natura, prevede vincitori e perdenti; inoltre, la frustrazione per un incarico non assegnato, ma anche le difficoltà nell'accettare un incarico verso cui non ci si sente all'altezza, possono diventare situazioni che aumentano il carico stressogeno del lavoratore (Cooper, 1998);

IV. Le relazioni all'interno dell'ambiente di lavoro possono anch'esse assumere l'aspetto di elementi stressogeni, questo può accadere in tutte le relazioni interne, e tra lavoratori che ricoprono diversi ruoli (capo, dipendente, collega); le relazioni di lavoro diventano motivo di stress quando il dipendente occupa un ruolo diverso da quello che desidera, quando lo spazio di vita è insufficiente, inteso come spazio sociale, quando altri lavoratori mostrano un atteggiamento di insensibilità e freddezza verso le emozioni dei colleghi e nelle relazioni, ed infine quando la leadership è di tipo autoritario, il che provoca apatia e demotivazione nel lavoratore, in quanto non si sente coinvolto nel progetto di lavoro dell'azienda o dell'organizzazione nella quale opera (Cooper, 1998);

V. Da ultimi, la struttura e il clima organizzativo influenzano il senso di appartenenza all'azienda da parte del lavoratore, modificando così la sua personale comprensione e integrazione delle dinamiche aziendali (Cooper, 1998).

Questi cinque fattori influenzano sia singolarmente che pluralmente la percezione che il singolo lavoratore e il gruppo di lavoratori ha dell'ambiente di lavoro nel quale si relazionano, essi possono modificare sia positivamente che negativamente le



dinamiche relazionali interne all'azienda, quindi alleggerendo o aumentando lo stress personale dei dipendenti e condizionando di conseguenza tutte le dinamiche aziendali e umane interne all'ambiente di lavoro (Rossati, Magro, 2009).

Lo stress lavoro correlato del singolo individuo si riflette inevitabilmente sulla sua vita personale, e modifica quindi la sua qualità di vita; tuttavia influenza negativamente anche il suo rendimento all'interno dell'ambiente lavorativo, comportando immancabilmente un peggioramento della rendita aziendale e della qualità di vita di tutti i lavoratori presenti all'interno del medesimo ambiente di lavoro. Per questo motivo, come per le qualità dei singoli, le quali migliorano complessivamente il rendimento aziendale e l'ambiente lavorativo, così lo stress lavoro correlato del singolo lavoratore si ripercuote negativamente sul rendimento personale ed aziendale e solitamente influenza in modo sfavorevole le dinamiche relazionali sul lavoro, nonché sulla vita personale del lavoratore (Cooper, 1998).

Così come lo stress lavoro correlato si ripercuote negativamente sulla vita personale dell'individuo, anche una vita personale che comporta un alto livello di stress, può influenzare negativamente la condizione lavorativa dell'individuo, aumentando a sua volta lo stress lavoro correlato (Cifiello, 2005).

L'essere umano in quanto individuo mosso dalla soggettività e dalla soggettiva interpretazione di ciò che accade nel mondo, è predisposto a relazionare ed influenzare tra loro le diverse aree cognitive che lo compongono come essere umano; questo meccanismo gli permette di affrontare in maniera più efficace alcune situazioni, come può essere una situazione lavorativa particolarmente stressante; l'individuo svolge questo processo per tentare di fornire più risorse alla compensazione di una situazione altamente stressogena; tuttavia, quando la situazione stressogena richiede un impiego di risorse troppo elevato per l'individuo, e l'individuo non riesce quindi a sopperire a tale situazione, essa influenza e modifica negativamente tutte le diverse sfere di competenza dell'individuo creando uno stato patologico (Cifiello, 2005).

Le professioni di aiuto sono le professioni maggiormente esposte allo stress lavoro correlato: esse si avvalgono della relazione come strumento di aiuto per la persona che assistono o alla quale forniscono una prestazione (Di Nuovo, Commodari, 2004).

Proprio la relazione, in quanto strumento utilizzato per promuovere la crescita, lo sviluppo e la qualità di vita dell'assistito, appare come un'arma a doppio taglio, in quanto richiede al professionista di essere coinvolto totalmente in essa, di mettere continuamente in gioco valori e credenze personali, ma soprattutto di dedicare costantemente tempo, ascolto ed energie all'assistito (Di Nuovo, Commodari, 2004).

Esercitare una professione di aiuto richiede un continuo coinvolgimento da parte del professionista, coinvolgimento capace di logorare le risorse dell'individuo e di indebolire la sua capacità di far fronte allo stress, in quanto il professionista deve essere in grado di personalizzare l'aiuto, permettere la libera espressione delle sensazioni del malato, impegnarsi personalmente, accettare l'assistito nella sua realtà, soggettività e dignità,

sapersi astenere dal giudizio, riconoscere il diritto all'autodeterminazione e mantenere il segreto professionale (Di Nuovo, Commodari, 2004).

Questi sono solo alcuni esempi delle difficoltà che la relazione può produrre nell'operatore; ognuno di essi può creare conflitti etici e morali, portando inevitabilmente un innalzamento del livello di stress nel professionista; le emozioni, i dilemmi, i dubbi, le difficoltà relazionali e le paure, sono tutti elementi che aumentano lo stress, che costringono l'individuo a riadattarsi alla nuova realtà, una realtà che muta continuamente e che spesso richiede un elevato numero di risorse per l'adattamento (Di Nuovo, Commodari, 2004).

Quando il coinvolgimento emotivo verso l'assistito è particolarmente elevato, e l'individuo inizia lentamente ad esaurire le risorse emotive personali, può presentarsi un fenomeno di chiusura emotiva verso la persona assistita; tale processo si manifesta attraverso un ritiro emozionale dell'operatore, ritiro che funge da protettore dell'equilibrio personale ed è uno dei principali indicatori del fenomeno del burnout (Di Nuovo, Commodari, 2004).

L'enciclopedia Treccani fornisce la seguente definizione di burnout: "sindrome da stato patologico (dall'inglese "bruciare completamente") che si verifica in individui che svolgono professioni di aiuto. Ne sono interessati medici, poliziotti, infermieri, psicologi, ecc. Il burnout compare in figure professionali che devono sostenere in modo adeguato il proprio stress psicoemotivo e quello della persona assistita. Se la fase di logoramento psicologico non è gestita o non risulta controllata, si osserva una progressione del danno psichico e fisico che può evolvere fino al suicidio (Treccani).

Approfondendo la definizione di burnout, si può cogliere come esso sia un fenomeno tipico delle professioni di aiuto conseguente ad un disagio emotivo derivato dalla relazione di aiuto, disagio il quale porta l'individuo prima alla chiusura emotiva e secondariamente, se non affrontato efficacemente, comporta un ulteriore disagio psichico e fisico, indebolendo lentamente l'individuo in ogni sua sfera e portandolo ad uno stato patologico di sofferenza psichica (Di Nuovo, Commodari, 2004).

I fattori che compongono e caratterizzano tale fenomeno, provengono dalla soggettività dell'operatore, dall'ambiente di lavoro e dalla soggettività dell'assistito; questi tre fattori possono al tempo stesso proteggere l'operatore dal rischio di burnout, ma anche essere fattori predisponenti ad esso (Di nuovo, Commodari, 2004).

La soggettività dell'operatore è il fattore che ricopre il ruolo maggioritario in questo processo, in quanto l'indole, il carattere, i valori, la morale, le credenze, le abilità e le qualità, ma anche i difetti del professionista, sono tutte componenti che lo proteggono da tale fenomeno e gli possono permettere di affrontarlo, tuttavia sono anche fattori che possono aggravare tale fenomeno quando si presenta (Di Nuovo, Commodari, 2004).

L'ambiente di lavoro costituisce anch'esso un elemento fondamentale all'interno del fenomeno del burnout: un ambiente di lavoro che aiuti l'individuo a manifestare la

propria sofferenza emotiva, dei colleghi che sappiano prendersi a carico la sofferenza emotiva dei membri dell'equipe, e un ambiente fisico adeguato al lavoro che il professionista svolge, sono tutte componenti protettive al burnout; ma un ambiente disorganizzato o "chiuso", o costituito da relazioni inadeguate tra colleghi, può essere sia causa che fattore aggravante del burnout (Di Nuovo, Commodari, 2004).

La soggettività dell'assistito, di chi riceve la prestazione del lavoratore, è un elemento che può comportare un grande carico stressogeno in chi opera come professionista di aiuto: il carattere, l'indole, e la capacità relazionale dell'individuo, modificano inevitabilmente il vissuto e la percezione che l'operatore ha della realtà e di come la percepisce emotivamente; inoltre alcuni tipi di pazienti ed assistiti, come possono esserlo i malati terminali, oncologici, psichiatrici, tossicodipendenti o portatori di handicap, costituiscono già di per sé un fattore di rischio per il fenomeno del burnout, in quanto solitamente richiedono un elevato carico assistenziale, ma soprattutto muovono nel vissuto dell'operatore paure, emozioni e sentimenti che destabilizzano la realtà che egli sta vivendo, aumentando quindi esponenzialmente il suo livello di stress (Di Nuovo, Commodari, 2004).

Il burnout è quindi un fenomeno che si manifesta quando lo stress lavoro correlato perdura nel tempo e "logora" lentamente il lavoratore; è un fenomeno tipicamente presente nelle professioni d'aiuto, e che si ripercuote sulla vita sia lavorativa che personale del professionista; le organizzazioni e le istituzioni sono sempre più sensibili a tale fenomeno e nel corso degli anni hanno provato a far fronte ad esso modificando i diversi ambienti di lavoro, aumentando la professionalizzazione dei dipendenti e fornendo diversi tipi di sostegno a chi opera nelle professioni d'aiuto; difendersi e difendere i colleghi da esso, affrontarlo e sostenere i colleghi che lo affrontano, è una delle competenze e mansioni che l'infermiere, ma in realtà ogni professionista della cura, deve saper svolgere adeguatamente (Cifiello, 2005).

### **2.3.3 L'infermiere in oncologia e lo stress lavorativo correlato alle emozioni che vive**

Come visto nel capitolo precedente, le professioni d'aiuto sono la categoria di professioni più esposte al rischio di burnout ed allo stress lavoro correlato; l'infermiere di oncologia, in quanto professione di aiuto che rivolge le proprie mansioni ad un'utenza di tipo oncologico, un'utenza solitamente molto richiedente e che necessita di un grande coinvolgimento emotivo, costituisce una delle professioni più colpite e sollecitate dallo stress emotivo e dal fenomeno del burnout (Di Nuovo, Commodari, 2004).

Quando un infermiere di oncologia vive emozioni quali la frustrazione e la rabbia, esse possono essere state sviluppate durante la relazione con il paziente oncologico: solitamente non è il paziente in sé a provocare queste e altre emozioni, ma spesso è proprio la situazione sanitaria dello stesso a determinare la nascita di tali emozioni; questo accade poiché il professionista è predisposto ed invogliato ad assumere un

atteggiamento empatico e di coinvolgimento emotivo verso il proprio assistito ed il percorso che sta vivendo (Ortez et al, 2016).

Il coinvolgimento emotivo e l'empatia nell'operatore sanitario, infatti, sono stati oggetto di studio nello sviluppo delle teorie del fenomeno del burnout: gli esperti convergono in modo unitario sull'idea che un atteggiamento emotivamente negativo, e scarsa empatia verso gli assistiti, sono due fattori di rischio fondanti per lo sviluppo del fenomeno del burnout nel professionista, o persino in certi casi, che essi siano sintomi di una situazione di sofferenza emotiva conclamata, probabilmente determinata da uno stress emotivo eccessivo prolungato nel tempo (Di Nuovo, Commodari, 2004).

Il burnout, in quanto espressione di un sovraccarico stressogeno sul posto di lavoro, e che viene individuato solitamente nelle professioni di aiuto, permette di effettuare un collegamento diretto tra lo stress lavoro correlato e le emozioni dell'infermiere, o più precisamente tra stress lavoro correlato e emotività, intelligenza emotiva ed empatia del professionista (Blanco-Donoso et al., 2017).

Come visto precedentemente, la presa a carico di un paziente affetto da malattia oncologica, richiede un coinvolgimento emotivo particolarmente elevato da parte dell'infermiere, sia confrontandolo con la quasi totalità delle altre professioni, che confrontandolo con l'assistenza infermieristica rivolta a pazienti appartenenti ad un'altra "categoria" medica; proprio per questo motivo, l'infermiere che si prodiga nell'assistenza al paziente oncologico è sottoposto ad un livello di stress emotivo molto elevato (Cavalli et al., 2006).

Tale stress emotivo, si presenta come una componente davvero ingombrante all'interno dello stress lavoro correlato in questa specifica situazione, ossia l'assistenza infermieristica oncologica, e costituisce un fattore di rischio preponderante nel processo che può portare al fenomeno del burnout (Blanco-Donoso et al., 2017).

Come si può intuire dal MBI, il Maslach Burnout Inventory, un questionario costituito da ventidue domande e che viene utilizzato per rilevare il livello di burnout in chi svolge una professione d'aiuto, la sofferenza emotiva e le difficoltà emotive nella relazione con i pazienti, costituiscono il centro dello stress lavoro correlato in una professione come quella infermieristica, soprattutto se ambientato in un contesto emotivamente molto richiedente, come quello oncologico; ogni domanda dell'MBI infatti, presuppone una riflessione rispetto al proprio stato d'animo da parte dell'operatore prima di rispondere, inoltre alcune domande sono apertamente rivolte al vissuto emotivo del professionista o al suo vissuto verso l'emotività della relazione con l'assistito (Maslach, 1981).

La professione infermieristica, per la natura dell'ambiente nel quale lavora, un ambiente colmo di relazioni (colleghi, pazienti, superiori, parenti e tutte le figure professionali della rete assistenziale), espone certamente chi lo svolge ad uno stress emotivo; se quest'ambiente diventa l'ambiente oncologico, è facile intuire come lo stress emotivo al quale i professionisti sono esposti, sia anche maggiore; tuttavia anch'esso, come tutti gli

ambienti in cui si relaziona l'individuo, può essere fattore scatenante o alleviante dello stress (Di Nuovo, Commodari, 2004).

La grande esposizione allo stress lavoro correlato e quindi, anche al burnout, da parte di chi opera nel mondo dell'oncologia è quindi da attribuire alla modalità ed al carico assistenziale che l'utenza oncologica richiede; gli infermieri, in quanto risultano i professionisti che per più tempo sono a contatto con il paziente, risultano più esposti a questo tipo di stress (Ortez et al., 2016).

Le difficoltà relazionali, l'espressione autentica di emozioni "forti", i quesiti esistenziali, la morte, la paura e la vicinanza, sono solo alcuni esempi degli elementi che compongono la relazione tra l'infermiere oncologico ed il suo assistito; tutti questi elementi pongono la relazione terapeutica su di un piano emotivamente profondo, un piano che ricerca assiduamente la comprensione e la manifestazione di emozioni, sentimenti e dinamiche emotive che se mirate con altri occhi, apparirebbero quasi proibite; la comprensione dell'altro, di sé stessi attraverso l'altro e attraverso la relazione sono parte di una miriade di tematiche ed esperienze che solo l'infermiere di oncologia ha il peso e la fortuna di poter vivere (Bellani et al., 2002).

L'infermiere di oncologia è chiamato a vivere emozioni ed attimi tremendamente sinceri e vivi: può essere così presente e coinvolto nella relazione da potersi permettere di piangere con il proprio assistito; di provare tutte le emozioni presenti nella relazione, al massimo grado; di potersi fidare e se necessario di potersi anche staccare, allontanare un poco se necessario; perché questo onore ha un prezzo da pagare, un prezzo che è costituito dalla gestione di tutte queste emozioni e di tutte queste esperienze, poiché tutto ciò può destabilizzarlo, anche "ferirlo", perché questo carico emotivo può essere insopportabile (Blanco-Donoso et al., 2017).

## **3 Metodologia e Raccolta dei dati**

### **3.1 Scelta del Metodo e dello Strumento di Ricerca**

In relazione alla domanda di ricerca che è stata individuata per lo sviluppo di questo lavoro di tesi, si è deciso di affrontare l'elaborazione dello stesso tramite l'utilizzo di un'indagine sul campo; in particolare, è stata individuata una metodologia di natura qualitativa che, partendo da un solido quadro teorico, si ampliasse ulteriormente attraverso la documentazione di esperienze di un campione selezionato, basate su interviste sottoposte ai professionisti.

Le interviste sono state guidate da delle domande aperte sviluppate a partire dal quadro teorico di riferimento; l'analisi delle interviste ha poi permesso di classificare ed individuare i principali temi che i professionisti toccavano e descrivevano; in seguito, i dati emersi dalle interviste sono stati messi in relazione e confrontati con i temi del quadro teorico di riferimento.

### **3.2 Elaborazione dello Strumento di Ricerca**

Le interviste a cui sono stati sottoposti i professionisti si basano su 4 domande di carattere generale e 7 domande aperte (vedi allegato 1), precedentemente individuate tramite un'attenta riflessione basata sul quadro teorico di riferimento. Tali domande mirano ad approfondire le emozioni ed il vissuto emotivo della figura infermieristica che opera nel mondo dell'oncologia, e indagano in che modo il carico emotivo determinato dalla relazione con il paziente oncologico possa influenzare la vita professionale e privata del professionista.

Le prime 4 domande erano di carattere generale, e indagavano le caratteristiche sociodemografiche del campione. Le domande successive, numero 1-4 indagavano quali fossero le emozioni che gli infermieri di oncologia vivono: in che situazioni, in che modo e con che frequenza. Le domande numero 5-6 approfondivano in che modo le emozioni che il professionista vive e il carico emotivo della relazione con il paziente oncologico, possa influenzare la vita professionale e privata dell'intervistato. La domanda numero 7, spaziava nella vita personale, professionale, d'equipe e istituzionale dell'intervistato, per individuare le risorse, le tecniche e i comportamenti che il professionista mette in atto o ha a disposizione per una gestione efficace del carico emotivo proveniente dalla relazione con il paziente affetto da malattia oncologica.

### **3.3 Selezione del Campione di Ricerca**

Dopo l'elaborazione dello strumento di ricerca, è stata perfezionata la scheda progetto (vedi allegato 2) da proporre alle istituzioni da coinvolgere, in modo che descrivesse il lavoro, i suoi obiettivi, e le modalità di svolgimento dello stesso. Parallelamente è stato sviluppato un consenso informato (vedi allegato 3) che descrivesse gli obiettivi del

lavoro e la modalità di raccolta dei dati. È stato selezionato complessivamente un campione di 6 infermieri, che operassero in ambito oncologico (ambulatorio o reparto) da almeno 6 mesi, e che dessero il loro consenso ad essere intervistati.

La prima persona intervistata è stata un'infermiera contattata privatamente al di fuori delle istituzioni, e che svolge la professione presso un reparto di oncologia del territorio ticinese. Gli altri 5 intervistati, invece, sono stati individuati dalla caporeparto del settore oncologico (ambulatorio e reparto) della Clinica Luganese, il progetto era stato precedentemente discusso ed approvato dalla responsabile della formazione.

### **3.4 Descrizione della raccolta dati e del campionamento**

Le sei interviste si sono svolte in tre differenti luoghi: una presso la sede SUPSI DEASS di Manno, tre presso il reparto di oncologia della Clinica Luganese, e due presso l'ambulatorio di oncologia della medesima Clinica. Le interviste hanno avuto una durata media di circa 23 minuti, e si sono svolte garantendo la privacy dei professionisti.

Il luogo di svolgimento delle interviste, è stato concordato in precedenza con l'intervistato e l'Istituto nel quale veniva svolto; si è cercato di creare un ambiente accogliente per i vissuti, le emozioni e le narrazioni spesso anche molto personali.

Le sei interviste sono state registrate e successivamente trascritte. Tali trascrizioni hanno permesso di individuare i temi che la ricerca si proponeva di indagare.

Sono stati individuati e classificati i temi presenti nelle singole domande: gli obiettivi del lavoro (vedi paragrafo 1.2) hanno permesso di guidare l'analisi delle interviste; i temi emersi dalle interviste sono stati inseriti in una tabella, ed analizzati in maniera tale che fosse possibile mostrare nei risultati (vedi paragrafo 4.1) la frequenza, la variabilità, le analogie e le specificità dei vari temi.

Al termine dell'analisi è stato svolto un confronto con le tematiche emerse dalla letteratura e presentate nella cornice teorica del progetto; la discussione che ne è seguita, è frutto del confronto tra le affinità e le diversità riscontrate tra i dati evidenziati dalla letteratura e i dati rilevati sul campo.

## 4 Risultati e Conclusioni

### 4.1 Risultati

I temi emersi dalle interviste svolte, comprendono tematiche legate a situazioni professionali, personali, d'equipe ed anche familiari.

#### 4.1.1 Caratteristiche del Campione

Gli intervistati sono tutti professionisti infermieri di diversa età ed esperienza che provengono da tre diversi settori oncologici del territorio Ticinese: 1 infermiere che opera in un reparto di oncologia dell'Ente Ospedaliero Cantonale, 3 dal reparto di oncologia della Clinica Luganese, e 2 dall'ambulatorio di oncologia della medesima Clinica.

Si tratta di un campione di convenienza molto variabile con un'età media di 38,5 anni (27-57), composto da 6 professionisti, 4 donne e 2 uomini. Gli intervistati svolgono la professione infermieristica in media da 15,5 anni e in ambito oncologico in media da 8,5 anni. Gli anni di professione come infermieri, variano da un minimo di 4 a un massimo di 35 anni; mentre gli anni di esperienza in ambito oncologico variano da un minimo di 2 a un massimo di 22 anni.

#### 4.1.2 Le Emozioni dei Curanti

Gli infermieri intervistati, hanno riferito un dato ambivalente riguardo alle **emozioni più frequenti** che vivono: 3 infermieri hanno riferito di provare più frequentemente emozioni positive durante l'assistenza infermieristica al paziente oncologico, mentre gli altri 3 professionisti hanno riferito di vivere più frequentemente delle emozioni negative. L'infermiere 1, ad esempio, ha così espresso le emozioni che vive nella relazione con il paziente oncologico: *“Si provano tante emozioni, ma la gioia ed il divertimento sono quelle più presenti; c'è sempre quel qualcosa di bello che ti porti sempre a casa, e se non ti portassi anche il brutto, non riusciresti a vivere il bello, ed il giorno dopo non torneresti a lavorare; devi imparare a far fronte al negativo, e a quello fai fronte con le cose positive che ti danno.”*

Dal tema delle **emozioni legate alla relazione con il paziente** emerge un vissuto emotivo particolarmente positivo da parte dei professionisti: la maggioranza delle emozioni riferite nella relazione con il paziente sono positive, e tra di esse le più presenti sono la gioia, la felicità e la serenità. Due infermieri hanno inoltre associato le emozioni positive all'interno della relazione con il paziente, ad una presa a carico più efficace, e ad un miglioramento nell'erogazione delle cure. L'infermiere 6 dichiara: *“Da quando lavoro in oncologia, io sono molto sereno, ed è l'emozione che provo più spesso; secondo me, in questo ambito, un ambito di malattie curabili, ma non guaribili, la cosa fondamentale è costruire la relazione, un qualcosa con il paziente, che è la parte più difficile; ma costruendo e vivendo positivamente la relazione con il paziente, riesci a portare un arricchimento, qualcosa di positivo. Vivere positivamente la relazione*



*e le cure, da parte del curante, aiuta sicuramente la relazione ed il paziente stesso, porta qualcosa di positivo e permette una presa a carico più efficace; è importante vivere le emozioni positive per migliorare le cure.”* Anche l’infermiere 1 sottolinea questo aspetto: *“Sai succede sempre, loro danno a noi più di quanto gli possiamo dare, quando ti ringraziano per quello che tu fai, è il niente in confronto a quello che loro danno a te, ed è il motivo per cui fai questo lavoro, è quella cosa che ti viene da dentro, di fare qualcosa per qualcuno e vederlo contento, e magari hai fatto niente. Magari gli hai solo lavato la schiena, che è una cavolata, ma dall’altra parte è vissuto come “se non mi dava una mano lei, io non mi lavavo la schiena quel giorno”. Quello che ti danno loro in termini di riscontro emotivo, è cento volte quello che hai fatto tu per loro.”*

Uno dei temi maggiormente emersi dalle interviste, è il **tema dell’empatia**; i curanti hanno riferito una presenza costante del tema dell’empatia, all’interno della relazione con il paziente oncologico, esso viene visto sia come strumento di cura, che strumento di comprensione del vissuto emotivo del paziente. L’infermiere 6 afferma: *“Il mio vissuto all’interno della relazione con il paziente oncologico, è molto specchiato, vivo di riflesso quello che vive il paziente. Da giovane, pensavo di dover dare una risposta al paziente; con il tempo ho capito che basta ascoltare, poiché spesso non servono risposte. Tante volte è utile ascoltare e sottolineare qualche aspetto che il paziente ha detto (rimando empatico e di contenuto).”*

Tutti gli intervistati hanno manifestato **emozioni negative legate alle scelte terapeutiche ed al tema dell’accanimento terapeutico**: quelle maggiormente riferite sono state rabbia, frustrazione, delusione, e disappunto; la maggioranza di queste emozioni negative sono state individuate dagli intervistati, in quelle situazioni in cui il passaggio di informazioni tra medico, infermieri e paziente viene a mancare; molte di queste emozioni negative, sono state indicate anche nelle situazioni in cui i tentativi di cura e/o gli esami diagnostici, vengono vissuti dall’infermiere come accanimento terapeutico che procura sofferenza al paziente e va ad inficiarne la qualità di vita. Infermiere 3: *“Ho provato tanta rabbia, perché la decisione del medico mi è sembrata imposta e non concordata con la paziente.”* L’infermiere 4 dichiara: *“Ti chiedi cosa stia succedendo, perché il paziente è in una fase quasi terminale e si fa di tutto e di più; mentre in altri casi non si investe su pazienti sui quali secondo me varrebbe la pena investire; queste scelte mi provocano proprio rabbia e delusione, e questa mancanza di informazioni mi provoca proprio rabbia, alcune scelte mediche ti fanno venire proprio rabbia, e ti chiedi come sia possibile che vi sia questa diversità tra dei pazienti che hanno delle speranze di vita e qualità di vita completamente differenti.”*

Gli infermieri hanno riferito di provare delle **emozioni negative legate ad una presa a carico incompleta del paziente e/o della famiglia e/o dei caregiver**; queste emozioni sono state individuate in modo particolare in quei casi in cui il paziente, i familiari o i caregiver, hanno difficoltà nell’accettare la malattia. Le emozioni riferite in relazione a queste situazioni, sono state incertezza, dispiacere, rabbia, tristezza, sofferenza, delusione, malessere e disagio. L’infermiere 2 dichiara: *“In quella situazione sapevo che era giusto stare dalla parte della paziente, però come figlia, avrei spalancato la porta;*

*professionalmente accanto alla paziente, e personalmente accanto ai figli; è stata una divisione netta, è stata una situazione abbastanza forte, è stata un po' una divisione a metà della mia persona.”* L'infermiere 4 afferma: *“Dispiace molto nei casi in cui il paziente accetta la malattia, ma i familiari non sono ancora pronti ad accettarla: magari i familiari vogliono insistere di più sulle cure, magari non capiscono la situazione o non gli è stato detto qualcosa, e così ne risente il paziente, e questo provoca dispiacere. Molto spesso vediamo che l'elaborazione della situazione da parte dei familiari, non è presa a carico, e questo mi dà rabbia, perché è una parte fondamentale della presa a carico per assicurare serenità al paziente nei momenti finali della malattia, e molto spesso è presa sottogamba e non viene discussa abbastanza con i familiari. Paziente e familiari devono essere allo stesso punto e aver capito le stesse cose se si vuole fare un progetto terapeutico di accettazione.”*

Tutti gli intervistati sono concordi nel sostenere che le **emozioni** sono **legate alla fase di malattia del paziente**, infatti riferiscono di vivere emozioni diverse a seconda dei diversi momenti della malattia, della sua progressione, e del percorso di cura perseguito. Gli intervistati riferiscono di provare maggiormente emozioni positive quando la malattia è agli inizi, quando la malattia è in remissione e quando il percorso di cura ha scopi terapeutici; mentre riferiscono prevalentemente delle emozioni negative quando vi è progressione della malattia, o il paziente si trova in fase terminale. L'infermiere 2 dichiara: *“Le emozioni che provo dipendono dalla fase della malattia, se entro in turno con un paziente in fase terminale o con un paziente, magari giovane, che si appresta a delle cure terapeutiche, le emozioni che provo, ed il mio approccio emotivo saranno ben differenti.”* L'infermiere 3 dichiara: *“Mi ritrovo proprio a provare rabbia verso la malattia e quella situazione quando vi è una prognosi infausta; rabbia verso il destino; invece provo gioia, magari quando vedo ragazzi che ce la fanno, parlo dei ragazzi, perché solitamente sono quelli che ce la fanno, e quindi provi gioia.”* L'infermiere 5 dichiara: *“Quelle situazioni in cui fanno esami e valutazioni dopo aver fatto terapia fino a quel giorno, e magari non è servito, sono toste, anche perché devi dirlo al paziente; sai, tante volte perdono la fiducia quando ci si ritrova di fronte al fallimento terapeutico; in quei momenti la fiducia nella relazione viene un po' meno, e si provano ulteriori emozioni forti e negative visto che le cose vanno male.”*

Le situazioni più cariche dal punto di vista emotivo, sono state legate dalla maggior parte del campione al fattore età: cinque infermieri sostengono di vivere emozioni più forti, sia positive che negative, quando si relazionano a pazienti giovani, mentre un infermiere riferisce che l'intensità delle emozioni che vive è proporzionale solamente alla profondità della relazione instaurata con il paziente e non all'età. Le **emozioni** più riferite **legate all'età del paziente**, sono state rabbia e tristezza. L'infermiere 2 afferma: *“Il fattore età è quello che mi coinvolge maggiormente dal punto di vista emotivo; se l'età tra me e la persona è pari, o più o meno pari, c'è un coinvolgimento maggiore, e lì si riesce anche a capire maggiormente le esigenze di queste persone, le domande che fanno, perché sono quelle che farei io; mi crea una difficoltà vivere certe emozioni, ma mi aiuta anche nella mia professione, fa entrambe le cose.”* L'infermiere 3 dichiara:

*“Provo rabbia quando sono confrontato con il paziente giovane, e che magari ha una prognosi davvero infausta, magari anche il fatto se ha dei figli, allora provi rabbia; io arrivo a provare, so che è brutto da dire, compassione, quella compassione genuina e sana.”*

**Le emozioni legate all'età del paziente**, sono state spesso associate al **tema dell'immedesimazione**, infatti, gli infermieri più giovani, hanno correlato alcune emozioni vissute, all'immedesimazione nel paziente con età simile. L'infermiere 2 dichiara: *“Le situazioni dove vedo coetanei, non sono così frequenti, ma purtroppo ci sono, e quindi vivi delle emozioni più forti, perché ti viene da dirti che ci potrei essere io al posto loro; mi viene spontaneo guardarmi al posto del paziente, così riesco a mettermi sullo stesso piano emotivo.”*

**Le emozioni legate all'accettazione della malattia da parte del paziente** sono molte e variabili: tutti i professionisti sono concordi nell'affermare che un paziente, che in qualsiasi fase della malattia riesce ad accettarsi, permette di vivere la relazione con più serenità ed in generale vivere emozioni positive, mentre un paziente che non riesce ad accettare la propria situazione, comporta una maggioranza di emozioni negative all'interno della relazione. L'infermiere 2 dichiara: *“Ho vissuto delle emozioni forti quando una paziente ha deciso, in tutta coscienza, di iniziare un percorso di palliazione, anticipando un pochino il percorso di malattia. Forse non si era accettata, e c'era questa sua coscienza, questo voler passare dalla vita alla morte in tutta coscienza; sono state delle emozioni davvero forti, difficili.”* L'infermiere 4 afferma: *“Una delle cose più brutte da vedere, è un paziente che non accetta la propria situazione per vari motivi, questo mi provoca dispiacere e delusione, anche perché da una parte è un compito nostro, ed è una mancanza nella presa a carico del paziente, tante volte arrivi a chiederti se potevi fare di più, e alle volte ti dici che sì, potevamo fare di più. Riesci ad accettare molto meglio un paziente che se ne è andato tranquillo e seguendo il suo percorso.”* L'infermiere 6 afferma: *“Magari ci sono dei pazienti che sono disposti a farsi curare, ma che non riescono ad accettare la malattia; questo ti porta a vivere delle emozioni più forti, perché questo tipo di pazienti ti trasmette delle emozioni un po' più negative.”*

Per gli infermieri con più anni di esperienza in ambito oncologico, un tema ben presente ed emotivamente rilevante, è quello delle **emozioni legate al ricordo del paziente e della relazione instaurata con esso**. I professionisti hanno riferito di provare delle emozioni particolarmente forti e positive quando in essi riaffiora il ricordo di un paziente significativo; riferiscono che un ricordo così intenso, alle volte può provocare delle emozioni difficili da vivere, poiché molto forti, ma emozioni a valenza totalmente positiva. I professionisti concordano nel dire che tale coinvolgimento emotivo ed il conseguente ricordo, vengono vissuti con una minoranza dei pazienti ai quali si approssimano durante la professione. L'infermiere 1 afferma: *“Nelle relazioni più profonde con i pazienti, saranno 5/6 in tutta la mia vita, c'è sempre l'aspetto della condivisione, della condivisione di tutte le emozioni; è il bello e l'importanza di esserci in quel momento; tuttavia certi momenti non li puoi avere con tutti, o non arriveresti a casa. Il*

*ricordo di certi pazienti è un po' quello che ti fa andare avanti, ti lasciano uno strascico. Vi è sempre quella base di ricordo positivo, anche nella disgrazia, ma vi è anche questo aspetto di gioia e di piacere nell'accompagnare questa persona e di essere lì con il paziente; sono quelle belle emozioni che vai a ripescare, quelle che ti fanno andare avanti a fare un lavoro che altrimenti non faresti, quelle emozioni belle anche nel momento della sofferenza. Tutte le cose che in qualche modo possono farti pensare a quella persona, fanno sempre emergere un ricordo positivo, un ricordo piacevole e di gioia; magari fai fatica a vedere delle cose appartenute ai pazienti, ma l'emozione che ne scaturisce non è la tristezza: è difficile, ma è sempre bello, è difficile perché erano delle persone belle e non ci sono più."*

Gli intervistati riferiscono di vivere delle emozioni molto forti quando i pazienti ricordano delle esperienze personali di sofferenza, o quando i pazienti sono persone presenti nella vita privata; queste **emozioni legate al proprio vissuto personale**, risultano essere per la maggior parte negative e hanno un grande impatto sull'emotività del professionista. L'infermiere 4 dichiara: *"L'accompagnamento di un conoscente, anche che non sia un amico vicino, è una situazione che coinvolge molto dal punto di vista emotivo; provi tristezza, perché vedi una persona del tuo ambiente, un tuo amico che colleghi a te stesso, e gli vedi fare questa brutta fine; la componente che mi ha fatto più male è stata la conoscenza del paziente, questo lato è pesante, anche perché mai te lo aspetteresti."*

#### **4.1.3 Disagio/Stress dei Curanti**

Durante le interviste, i sei infermieri hanno raccontato e descritto varie esperienze emotivamente cariche vissute con pazienti oncologici, le quali hanno provocato loro disagio o stress. Dalle narrazioni dei curanti, emerge però, che le **situazioni emotivamente cariche che portano disagio e/o stress** sono una minoranza di tutte le situazioni emotivamente cariche che affrontano in ambito professionale; tuttavia, la rarità di tali situazioni, non deve sminuire l'impatto che esse hanno sulla vita professionale e personale del curante. Tutte queste situazioni vengono collegate ad emozioni fortemente negative provate dal curante, come visto precedentemente, non nella relazione con il paziente, ma quando si confrontano con la non accettazione, principalmente dei familiari, o quando si confrontano con decisioni mediche che possono peggiorare la qualità di vita del paziente. Tutte le situazioni che hanno portato a stress emotivo o disagio, hanno richiesto l'utilizzo di determinate risorse o strategie, da parte dei curanti, per una gestione ottimale del carico emotivo legato alla situazione. L'infermiere 1 afferma: *"(riferendosi alla relazione con un familiare di un paziente) In certi momenti, non ci sono neanche risposte giuste o sbagliate da dare, magari chi domanda ha bisogno di una risposta che sia giusta per quel momento; una risposta che le serviva ed era utile e soddisfacente; credo di aver avuto fortuna; però è stato pesante, perché dalla mia risposta dipendeva il suo stato emotivo, io dovevo prendermi la responsabilità di una risposta sbagliata, ad una domanda in cui non c'è risposta in generale, né giusta, né sbagliata; questo tipo di situazioni sono disagevoli."*

L'infermiere 3 dichiara: *“Abbiamo deciso di portare il caso alla commissione di bioetica, perché io me la sentivo un po' dentro, e avevo bisogno di buttarla fuori, da qualche parte. Sono un po' tutte queste situazioni un po' critiche a creare questo disagio. Queste situazioni hanno un certo peso emotivo che va espresso da qualche parte. Per me questa situazione è stata devastante; quando sono tornata a casa dal mio compagno ero disperata, piangevo, rivivevo questa cosa.”*

Tutti i sei intervistati sono concordi nell'affermare di non provare **stress lavorativo a seguito delle situazioni emotivamente cariche che vivono**; tutti sottolineano che il carico emotivo che determinate situazioni comportano, deve essere affrontato e superato attraverso le giuste risorse e strategie, tuttavia, riferiscono di non aver mai vissuto una situazione di stress lavorativo a seguito di una o più situazioni emotivamente coinvolgenti. L'infermiere 3 afferma: *“Non vi è molto stress professionale, alla fine è solo la mia emotività che viene toccata da queste situazioni.”* L'infermiere 4 dichiara: *“Queste situazioni sono una componente di stress, ma non arrecano un disagio tale da influenzare negativamente la vita personale.”*

Dalle interviste è emerso un dato rilevante riguardo al carico emotivo che determinate situazioni di cura possono portare: i professionisti affermano che una situazione emotivamente troppo carica, magari difficile da affrontare, oltre a portare un certo stress emotivo e disagio nel singolo infermiere, può portare stress emotivo e disagio a tutta l'equipe; da qui si evince come il **disagio emotivo vissuto dal singolo professionista possa influenzare i colleghi/equipe**. L'infermiere 3 afferma: *“Le situazioni troppo cariche emotivamente creano un effetto a catena nell'equipe, grazie al passaggio di informazioni, si crea un malumore interno all'equipe, esso si espande, e in un qual modo ci influenziamo l'un l'altro; quindi il mio malumore un po' lo passo a te e viceversa, il malumore di uno e dell'altro si associa se la pensiamo allo stesso modo. Il disagio è diffuso all'interno dell'equipe, per queste situazioni, e c'è un certo malcontento.”*

Tutti i professionisti sono concordi nel sostenere che le situazioni di cura emotivamente cariche, vissute con i pazienti oncologici, risultano essere difficili da affrontare a livello emotivo e richiedono molta energia del curante da investire nella relazione con il paziente; tuttavia, nessuno di essi ha riferito di sentirsi, a seguito di tali situazioni, in una condizione di stress lavorativo o burnout. L'infermiere 6 afferma: *“Le situazioni di cura non mi disturbano fortemente sul posto di lavoro; magari non ho voglia, perché sono un po' stanco, visto che so che arriva quel paziente che conosco; so che devo prepararmi a tutto quello che mi butterà addosso ed a tutto quello che mi dirà, dovrò quindi prepararmi al carico emotivo che dovrò affrontare.”*

#### 4.1.4 Strategie e Risorse

Durante le interviste, i professionisti hanno avuto modo di indicare e descrivere le diverse risorse e strategie che utilizzano e vengono messe loro a disposizione per una gestione ottimale dello stress emotivo dovuto alla relazione con il paziente oncologico;

queste risorse e strategie sono state indagate a livello personale, d'equipe e istituzionale.

**Le risorse e strategie personali**, sono state individuate principalmente nella capacità del curante di scindere la vita privata da quella professionale, tutti i professionisti sostengono che bisogna imparare la capacità di lasciare le emozioni negative vissute sul posto di lavoro, al di fuori della vita privata. Le esperienze professionali precedenti, sembrano essere una risorsa molto significativa per la gestione del carico emotivo; tuttavia, quando lo stress emotivo proveniente da una situazione emotivamente carica è troppo elevato, tutti i professionisti sono concordi nel sostenere che la condivisione sia la strategia più efficace. Tra le risorse personali riferite principalmente per la gestione dello stress emotivo, sono presenti vari hobby e passioni dei professionisti: tra di esse ricordiamo la cucina, gli sport ad elevata attivazione fisica come la corsa, fare passeggiate, la palestra e la bicicletta, ed infine lo sviluppo di capacità artistiche come suonare uno strumento musicale. Tutti i professionisti associano a queste attività, la possibilità di distrarre la mente dalle situazioni emotivamente cariche vissute sul lavoro; sostengono che alle volte sia difficile iniziare una di queste attività, poiché i pensieri indugiano ancora su una situazione vissuta sul lavoro, ma dopo le difficoltà iniziali, iniziano a vivere solo le sensazioni ed emozioni positive legate all'attività svolta. L'infermiere 2 racconta: *“Personalmente mi piace fare diverse cose, non ho un metodo vero e proprio, sono tutte quelle cose della vita quotidiana, la normalità, che ti fanno stare bene, secondo me la strategia è non portarsi a casa le situazioni, quindi creare un divisorio tra quello che c'è al lavoro e quello che c'è nella vita privata.”* L'infermiere 4 dichiara: *“Lo sport mi aiuta molto, qualsiasi cosa che ti stacca; qualsiasi cosa che non mi fa pensare, attraverso la quale stacco completamente, ad esempio quando penso solo all'esercizio fisico che compio. Questo avviene durante lo sforzo fisico e poi perdura dopo il termine dell'attività, ma all'inizio mi costringo a pensare all'esercizio che svolgo e non ad altro, poi seguono altri pensieri spontanei e tutto vien da se', questo mi permette di non pensare più a tutte quelle situazioni spiacevoli.”*

Tra **le risorse e strategie d'equipe** rilevate tramite le interviste, spicca particolarmente la condivisione come mezzo di gestione del carico emotivo: essa viene riferita come prima fonte di gestione dello stress emotivo, sia da parte del singolo professionista, che dell'equipe in generale; essa risulta utile e d'aiuto ai curanti sia quando viene utilizzata nei momenti organizzati di condivisione, che quando i professionisti si raccontano l'un l'altro, o con i propri cari, senza che il momento di condivisione sia stato prestabilito. La condivisione delle situazioni emotivamente cariche, risulta essere la strategia preferita e più utilizzata dai curanti in tutte le situazioni emotivamente forti; ad essa si associano spesso la condivisione di emozioni, quindi l'empatia, ma anche l'ironia ed il cinismo; gli intervistati riferiscono che molto spesso ironizzare alcune situazioni di cura o delle determinate esperienze, utilizzando anche il cinismo, a detta dei curanti “incomprensibile per chi opera al di fuori dell'ambito oncologico”; possa aiutare la gestione di situazioni emotivamente molto coinvolgenti. L'infermiere 1 racconta: *“Quello che abbiamo costruito tutti, chi più chi meno, è il cinismo ; ogni tanto fai quelle battute, e*

ciò non vuol dire essere finti, è in relazione al contesto, però è per noi, quella sdrammatizzazione che ci aiuta, anche se è difficile, soprattutto con chi è all'esterno. La fortuna che ho è l'equipe, perché poi racconti, e senza grosse cose, sai che i colleghi ci sono, il semplice buttarlo fuori ti permette di alleggerire questo carico emotivo." L'infermiere 2 afferma: "Secondo me, in questo ambito tante volte si ha la necessità di parlarne, di condividere alcune situazioni ed alcune emozioni, anche con i colleghi, i quali magari percepiscono la tua stessa cosa, oppure vedono tutt'altra faccia della stessa medaglia; quindi il confronto, è proprio il confronto che aiuta a subire meno lo stress mentale che un reparto così ha; secondo me il confronto è importante, è come se il peso in alcuni momenti venisse un po' diviso, e quindi pesa un po' meno." L'infermiere 3 dichiara: "L'equipe supporta il singolo professionista, ognuno ha un po' il suo tassello (tipologia di paziente), però riusciamo anche a capirci, ed i colleghi, soprattutto quelli con i quali lavori da qualche anno, ti aiutano, riusciamo a capirci, magari fanno un po' qual è il tuo tassello dolente, e allora si offre il collega di seguire quel paziente; o anche la professionalità, quando si sviluppa quella coesione e quell'affinità, hai un supporto in più e che ti aiuta sempre, soprattutto nei momenti difficili." L'infermiere 4 afferma: "Noi per fortuna abbiamo un'equipe che ci aiuta molto, un'equipe che scherza molto, il gruppo è la forza per distribuire il peso emotivo di queste situazioni, è la cosa principale per gestirlo." L'infermiere 5 dichiara: "Parlarne con l'equipe, parlarne aiuta, molto; parlarne con i colleghi, aiuta molto, o se è presente anche il medico, se c'è una difficoltà, o qualcosa di negativo, quando è capitato, parlarne tra di noi, ha aiutato molto. Tra di noi ci aiutiamo molto, ci supportiamo, è anche capitato di recente, in seguito ad una situazione molto difficile, e con una paziente difficile; ci siamo fatti molte domande, soprattutto in che modo avremmo potuto fare di più; e per aiutarci, ne abbiamo parlato molto tra di noi." L'infermiere 6 racconta: "La condivisione con i colleghi in primis; ed a questo proposito, vorrei proporre dei momenti organizzati di condivisione e confronto, dove il singolo può portare il vissuto o il caso particolare in cui ha percepito un carico emotivo o una situazione di disagio; potrebbe anche aiutare il confronto con gli altri professionisti, anche perché magari non comprendiamo cosa sta facendo il medico o un altro professionista, perché vediamo la situazione da un punto di vista diverso. Nella mia vita privata ho la fortuna di avere una moglie che fa l'infermiera; e sia per questo motivo, ma anche per il tipo di relazione che abbiamo costruito, se ho vissuto qualcosa di molto forte a livello emotivo, posso parlarne e raccontarmi a lei; questo mi serve, un po' per condividere, per sfogarmi, ed anche per coinvolgerla nella mia vita, e condividere con lei quello che ho vissuto. Mi rendo conto che ho un'immensa fortuna!"

Tra **le risorse e le strategie istituzionali**, non sono state individuate delle risorse facilmente evidenziabili che le Istituzioni mettono a disposizione degli infermieri per la gestione del carico emotivo; tuttavia, viene riferito che l'organizzazione stessa delle diverse istituzioni, sia già di per sé, una risorsa per la gestione efficace delle situazioni emotivamente cariche. Tre dei sei infermieri intervistati, hanno avuto l'opportunità di confrontarsi con la figura dello psicologo: tutti e tre hanno manifestato entusiasmo verso questa figura e risorsa; sostengono che i momenti organizzati con lo

psiconcologo, sia d'equipe che personali, sono stati particolarmente significativi ed utili per la gestione ottimale dello stress derivato da determinate situazioni di cura affrontate; tali momenti hanno contribuito sia all'accettazione da parte dei curanti, di determinate situazioni, che nell'espressione di un vissuto emotivo particolarmente difficile. L'infermiere 3 afferma: *“Lo psiconcologo è risultato davvero fondamentale (rammarico poiché ora la figura non è più presente nell'Istituzione); facevamo delle sedute d'equipe, ma anche singole e private, soprattutto legate ad un momento legato ad un elevato numero di decessi all'interno del reparto in soli due giorni, di pazienti molto giovani; lì è stato davvero fondamentale.”* L'infermiere 6 dichiara: *“Anche se viviamo una situazione emotivamente molto carica, c'è il tempo e gli strumenti per ricaricarsi e svolgere bene le proprie mansioni.”*

## 4.2 Discussione dei Dati

Il primo dato che emerge dai risultati delle interviste, ma anche dalle parole degli stessi intervistati, è che all'interno della relazione con il paziente oncologico, l'infermiere prova una moltitudine di emozioni, sia positive che negative. Tale dato concorda con i dati forniti dal quadro teorico (Ortez et al., 2016), poiché anch'esso sostiene, da parte del curante, una grande diversità di emozioni e vissuti emotivi all'interno della relazione con il paziente oncologico.

Un'ulteriore analogia tra il vissuto emotivo degli intervistati e la letteratura, emerge dalle narrazioni dei professionisti, i quali sostengono che le emozioni provate nella relazione con il paziente oncologico, siano condizionate dal momento della malattia in cui si trova il paziente e dal suo decorso; tale condizione viene descritta all'interno dell'analisi qualitativa presentata nel quadro teorico (Ortez et al., 2016).

La letteratura analizzata nel quadro teorico di questo lavoro, non riporta dati riguardo al rapporto tra le emozioni del curante e l'età dell'assistito; tuttavia, l'età dell'assistito, viene indicata da cinque intervistati su sei, come un fattore determinante rispetto alle emozioni vissute: un paziente di età “giovane” (dato soggettivo) provoca in questi cinque intervistati, delle emozioni più forti e prevalentemente a valenza negativa; tuttavia anche le emozioni positive vissute nella relazione con il paziente “giovane”, risultano essere più intense; solo un infermiere riferisce che il fattore età non sia determinante per il tipo e l'intensità di emozioni che prova nella relazione con il paziente oncologico.

Di particolare rilevanza tra i dati emersi dalle interviste, è il fatto che i 3 infermieri che lavorano presso il reparto di oncologia della Clinica Luganese hanno riferito maggiormente delle emozioni a valenza negativa rispetto agli altri 3 infermieri (2 infermieri dell'ambulatorio della Clinica e 1 di un reparto dell'Ente Ospedaliero Cantonale).

Tale dato può essere riconducibile alla diversa casistica di pazienti dei quali si occupano i sei professionisti, poiché attualmente, i tre professionisti che svolgono la



propria professione presso il reparto di oncologia della Clinica Luganese, sono quelli, tra i membri del campione considerato, che più frequentemente sono confrontati con pazienti in fase terminale. A tal proposito la letteratura (Merra et al., 2015), mostra una correlazione tra il paziente in fase terminale e le emozioni a valenza negativa nel curante; il dato emerso dalle interviste è quindi confermato e sostenuto dalla letteratura di riferimento.

Tra le emozioni a valenza positiva maggiormente riferite nelle interviste, spiccano la gioia, la felicità, la serenità ed il divertimento; tra queste quattro emozioni, la gioia e la felicità trovano un riscontro positivo nella letteratura (Annunziata, Muzzatti, 2012), mentre la serenità ed il divertimento non risultano apparire all'interno dei testi utilizzati per redigere il quadro teorico. Gioia e felicità vengono considerate come emozioni distinte poiché dalle interviste è risultato esservi differenza tra le due emozioni: dal vissuto dei professionisti, la gioia pare associarsi ad una maggiore attivazione fisica e coinvolgimento nella relazione, mentre la felicità appare più riconducibile alla serenità.

Le emozioni negative maggiormente riferite nelle interviste, risultano più intense e a tratti più coinvolgenti, rispetto alle emozioni positive vissute dai professionisti; le più provate dagli intervistati risultano essere rabbia, dispiacere/tristezza, frustrazione e delusione: tra queste emozioni, solo la frustrazione trova un riscontro effettivo nella letteratura (Bellani et al., 2002), mentre la rabbia, e il dispiacere/tristezza, dalla letteratura, sembrano emozioni riconducibili maggiormente ai pazienti e non ai curanti.

Tale dato potrebbe essere in parte giustificato dal fatto che cinque infermieri su sei, hanno riferito di provare le emozioni nella relazione, in maniera specchiata rispetto al paziente, quindi provano rabbia quando il paziente prova rabbia, e tristezza quando egli la prova. Questo utilizzo dell'empatia da parte del curante, sembra in parte spiegare le emozioni negative riferite dagli infermieri intervistati. Tale correlazione può essere ben compresa grazie alle parole dell'infermiere 1: *“C'è sempre l'aspetto della condivisione, della condivisione di tutte le emozioni, dall'essere gioioso e giocoso insieme perché è una mattinata particolarmente positiva, piuttosto che la tristezza di una notizia infausta.”*

La relazione tra infermiere e paziente risulta quindi essere un fattore di influenza reciproco, e considerando l'empatia presente nella relazione e la reciprocità emotiva riferita dagli intervistati, non appare più così utopico attribuire emozioni quali la rabbia, e il dispiacere/tristezza agli infermieri che volgono la propria assistenza ai pazienti oncologici.

La frustrazione è l'emozione che i curanti riconducono spesso alle scelte terapeutiche che vengono compiute nel percorso di cura; la letteratura (Bellani et al., 2002) conferma questo dato, riconducendo la frustrazione dei curanti a quelle occasioni in cui non riescono a spiegarsi determinate situazioni che si vengono a creare durante il percorso di cura.

Dal testo di Annunziata, Muzzatti (2012) emerge in modo particolare nel vissuto emotivo degli operatori, l'emozione della paura; tuttavia, nessuno degli intervistati ha riferito tale

emozione, o delle emozioni riconducibili ad essa; probabilmente tale emozione non viene vissuta dal campione preso in considerazione, o non viene vissuta prettamente all'interno della relazione con il paziente oncologico, magari essa viene vissuta in altri momenti della professione, ma non durante la relazione con il paziente.

I dati del quadro teorico mostravano un vissuto emotivo maggiormente positivo da parte dell'infermiere rispetto a quello del paziente durante il percorso di malattia; tale dato non si può approfondire attraverso le interviste svolte, poiché rivolte solo ai professionisti, manca quindi un confronto attivo; tuttavia il vissuto emotivo riferito dagli intervistati, pur essendo molto differente tra gli stessi, contiene delle narrazioni vissute in maniera molto positiva, infatti sono riportate frequentemente emozioni quali la gioia, la serenità e la felicità.

Il tema della soggettività rispetto al paziente oncologico, alla malattia ed al suo decorso, viene riferito da tutti gli intervistati; in particolare, due infermieri hanno approfondito delle specifiche situazioni di cura che avevano correlazione con la loro esperienza personale, al di fuori della professione; tali situazioni hanno mosso nei professionisti delle emozioni particolarmente intense ed a tratti di difficile gestione emotiva. Questa particolarità è presente anche nella letteratura di riferimento (Annunziata, Muzzatti, 2012).

Tre intervistati hanno riferito di sentirsi in colpa, o comunque di non essere soddisfatti della presa a carico compiuta sia da loro stessi che dalla rete assistenziale, in determinate situazioni di sofferenza psichica e fisica dei pazienti o dei parenti da loro assistiti; spesso si trattava di situazioni legate alla non accettazione della malattia. Tale dato portava spesso gli intervistati a provare l'emozione della rabbia; anche in letteratura (Bellani et al., 2002) questo dato è presente, tuttavia, l'emozione maggiormente riscontrata nel quadro teorico, rispetto a queste situazioni, sembra essere la frustrazione. La diversità delle emozioni riferite in merito alla medesima e particolare situazione di cura, potrebbe essere dovuto alla soggettività del campione preso in considerazione, o all'ostacolo costituito dallo strumento di rilevazione.

Uno degli infermieri intervistati ha toccato il tema dell'amicizia con i pazienti; la letteratura non fornisce dati sull'argomento, ma alcune delle esperienze contenute all'interno dei testi consultati, narrano di situazioni di cura che si sono sviluppate a tal punto da creare una relazione di amicizia tra curante e paziente.

La reciprocità della relazione è un elemento esternato nelle loro narrazioni da tutti gli intervistati, due infermieri in modo particolare, hanno evidenziato di come molto spesso, all'interno della relazione con l'ammalato, gli sia stato possibile portare parte della loro vita personale, composta da esperienze, problemi, dubbi ed emozioni. Questo totale coinvolgimento da parte dell'infermiere nella relazione di cura, non è mai stato vissuto come un fattore di rischio o una debolezza, anzi, i due intervistati sono concordi nel dire che è proprio grazie a questo coinvolgimento che hanno potuto sostenere i propri assistiti nei momenti più difficili. La letteratura, attraverso i testi di Merra et al. (2015) e Annunziata, Muzzatti (2016), pur non evidenziando tale coinvolgimento, sottolinea la

grande influenza che la relazione tra curante e paziente ha sulla vita di entrambi; essa modifica inevitabilmente la vita professionale e privata dell'infermiere.

Dalla letteratura (Di Nuovo, Commodari, 2004) emerge un dato ambivalente riguardo al coinvolgimento emotivo del curante nella relazione con il paziente oncologico: un coinvolgimento troppo elevato, o un coinvolgimento superficiale nella relazione, risultavano essere entrambi dei fattori di rischio o persino prodromi, per lo stress ed il fenomeno del burnout. Dalle interviste si rileva l'inesistenza di un tipo di relazione che possa essere superficiale, poiché il coinvolgimento emotivo degli infermieri è stato ben presente e più volte manifestato all'interno delle interviste. Tale coinvolgimento, viene vissuto molto positivamente dagli intervistati, tuttavia, essi raccontano che in determinate situazioni, esso può portare ad uno stress emotivo non indifferente, il quale, se mal gestito, potrebbe portare ad una situazione di stress conclamata, o persino ad una situazione di stress patologico, fino al burnout. Vi è quindi riscontro anche nella letteratura (Cavalli et al., 2006) tra il coinvolgimento emotivo dell'infermiere nella relazione con il paziente oncologico, e lo stress; gli intervistati riferiscono tale stress in rapporto a delle situazioni di cura rare e che comprendono delle particolari tipologie di pazienti dei quali si occupano (pazienti giovani, pazienti che si conoscono, tema della non accettazione della malattia).

Come anticipato dal quadro teorico di riferimento (paragrafo 2.3.3), molte delle emozioni negative che il curante vive, in particolare rabbia e frustrazione, non scaturiscono solamente dalla relazione con il paziente oncologico: gli intervistati associano frequentemente queste emozioni alle condizioni di cura del paziente o alle decisioni terapeutiche che si è deciso di intraprendere; la letteratura (Ortez et al., 2016) conferma tali emozioni e sostiene che esse vengono provate per via della predisposizione dell'infermiere all'assumere un atteggiamento di empatia e coinvolgimento emotivo con il paziente.

La letteratura (Cavalli et al., 2006) sostiene che il coinvolgimento emotivo dell'infermiere nella relazione con il paziente oncologico, sia maggiore rispetto a quello di altre professioni o altre "categorie" mediche di pazienti, e quindi individua in tale coinvolgimento emotivo, un fattore di stress. Quattro degli intervistati sostengono e riferiscono tale assunto, mentre gli altri due professionisti sostengono che l'assistenza infermieristica rivolta ad un'altra tipologia di utenza, porterebbe loro un carico emotivo e di stress maggiore. Si presenta quindi nuovamente il tema della soggettività come strumento di percezione ed anche di gestione delle situazioni che vengono individuate come possibile fonte di stress emotivo.

Ai professionisti non è stato somministrato il Maslach Burnout Inventory, tuttavia, dalle loro interviste e dalle narrazioni riguardo la loro esperienza professionale, è stato possibile, rispondendo ad alcune delle domande all'interno del questionario, individuare delle condizioni di stress particolarmente elevate. Tali condizioni sono spesso legate a delle situazioni di cura particolarmente coinvolgenti per l'operatore, ad esempio quando essi sono confrontati con dei pazienti giovani, o quando la presa a carico del paziente

risulta essere inadeguata; tuttavia, gli intervistati sono concordi nel riferire di non essersi mai trovati né sentiti in una situazione di stress lavorativo, riferiscono solamente di sentirsi, alle volte, in condizioni di stress emotivo e di disagio, ma mai in situazioni di stress lavorativo.

Il tema delle risorse e delle strategie per la gestione delle situazioni emotivamente cariche, o dello stress emotivo, non è stato affrontato nella letteratura; tuttavia, dai dati emersi dalle interviste è stata riscontrata una grande varietà di strategie, risorse e comportamenti che il singolo professionista può mettere in atto per la gestione di situazioni emotivamente cariche; tra esse ricordiamo particolarmente l'attività sportiva, i momenti legati ad hobby e passioni artistiche, e la capacità, spesso legata all'esperienza, del distacco emotivo dalle situazioni vissute sul luogo di lavoro. A livello d'equipe, invece, le risorse, strategie e comportamenti che i professionisti mettono in atto, risultano essere la condivisione ed il sostegno tra i diversi membri dell'equipe; queste due strategie risultano efficaci laddove il professionista non riesce singolarmente ad affrontare una situazione emotivamente carica, o essa lo destabilizza particolarmente. La condivisione ed il sostegno, praticato alle volte anche tramite una vera e propria sostituzione, risultano essere le risorse e strategie preferite dai curanti, i quali attribuiscono al gruppo di lavoro di cui fanno parte, il merito dei successi nella presa a carico e nella gestione di tutte le situazioni emotivamente destabilizzanti. A livello istituzionale, sono stati individuati due elementi che vanno a comporre le risorse, le strategie ed i comportamenti utili nella gestione delle situazioni emotivamente cariche: il primo è l'organizzazione in sé dell'Istituzione, la quale permette ai professionisti di avere il tempo adeguato per staccare e gestire le situazioni emotivamente cariche, ma anche di recuperare le energie spese nell'assistenza infermieristica al paziente oncologico; la seconda risulta essere lo psiconcologo. Questa figura è stata sperimentata da solo tre dei sei professionisti intervistati; tutti loro sono concordi nel dire che esso sia stato una figura arricchente e particolarmente utile nelle situazioni di cura che sono riuscite a destabilizzare gran parte, se non l'intera equipe; tutti i tre professionisti esprimono rammarico riguardo alla figura dello psiconcologo, poiché attualmente essa non è più presente all'interno dell'ambiente di lavoro dove svolgono la professione.

Tutti gli intervistati hanno mostrato professionalità, empatia e solidarietà nel fornire contributi arricchenti e molto profondi, alle volte anche molto toccanti e pieni di emotività; vi è stata grande disponibilità da parte delle Istituzioni contattate e da parte degli stessi professionisti, i quali hanno manifestato entusiasmo e curiosità per il progetto che veniva loro presentato, e grande solidarietà nel fornire il contributo narrativo che veniva loro richiesto.

### **4.3 Conclusioni e riflessioni personali**

Uno degli intervistati si è così espresso al termine dell'intervista: "Sono curioso di questo progetto perché tratta di relazioni umane e di emozioni, che io ritengo importanti

e fondamentali, ma le quali sono qualcosa che purtroppo la società non ci spinge a vivere e ad approfondire; proprio per questo motivo sono molto curioso di questo progetto. Grazie a te.”

Curiosità, sì, direi proprio che è quella ad avermi spinto a redigere questo piccolo e lacunoso elaborato; piccolo perché credo che non basterebbero centinaia di enciclopedie per parlare abbastanza esaustivamente delle emozioni che l'infermiere vive in oncologia; lacunoso perché ogni elemento anche solo sfiorato dalle interviste e dal quadro teorico, meriterebbe un approfondimento specifico.

Sono però soddisfatto di questo elaborato, soddisfatto professionalmente e personalmente: professionalmente sono soddisfatto dell'elaborato, poiché ha permesso di approfondire dei temi a me cari e che sono certo continuerò ad affrontare ed indagare negli anni a venire nelle mie future esperienze professionali; inoltre, ritengo di essere andato ad indagare, con questo elaborato, delle tematiche, a mio avviso, troppo spesso messe in secondo piano, tematiche la cui esistenza, alle volte, appare celata agli occhi delle Istituzioni.

Il progetto potrebbe essere uno strumento utile per indagare la figura dell'infermiere oncologico nei diversi settori di competenza e rilevare quindi le analogie e le diversità tra i diversi ambiti oncologici presenti sul territorio.

Con delle modifiche adeguate, il lavoro potrebbe risultare un utile strumento di approfondimento della figura infermieristica in generale, delle emozioni che prova e di alcune componenti dello stress che l'esercizio di tale professione può portare a vivere.

Da ultimo, l'elaborato potrebbe essere somministrato ad un numero più significativo di professionisti, per indagare le principali risorse, strategie e comportamenti che i professionisti del territorio mettono in atto ed hanno a disposizione per la gestione del disagio emotivo o dello stress.

L'elaborato, sembra essere riuscito a rispondere ai tre obiettivi di ricerca ai quali mi ero prefissato di dare risposta:

- Sono state individuate quali siano, e di che tipo, le emozioni nell'assistenza al paziente oncologico da parte di un campione di infermieri che svolgono la professione all'interno del nostro contesto territoriale. Emerge un pluralismo di emozioni, ed una grande vastità di vissuti emotivi. Si può affermare che nella relazione con il paziente oncologico, l'infermiere oncologico, vive molte emozioni, sia a valenza positiva, che negativa; esse sembra che siano particolarmente influenzate dalla soggettività del curante, del paziente e della malattia.
- Dal vissuto emotivo del campione preso in considerazione, emerge che le emozioni vissute dall'infermiere nella relazione con il paziente oncologico, solitamente non risultano essere fonte di stress o disagio emotivo; tuttavia, delle situazioni emotivamente cariche, possono portare l'infermiere oncologico a provare stress emotivo o disagio. Gli infermieri intervistati non ritengono però di

trovarsi in una situazione di stress lavorativo a seguito di situazioni di cura con il paziente oncologico che risultano emotivamente cariche.

- La principale risorsa per la gestione dello stress emotivo, utilizzata dagli infermieri di oncologia del campione considerato, risulta essere l'equipe; in essa, attraverso il confronto ed il sostegno, i professionisti riescono a gestire le situazioni emotivamente cariche ed il disagio ad esse associato; le strategie personali risultano utili per la gestione dello stress in generale, i professionisti adottano dei comportamenti (hobby, sport, passioni artistiche e distacco emotivo) per gestire lo stress, anche emotivo, e per staccarsi efficacemente dalle situazioni emotivamente cariche vissute sul luogo di lavoro; a livello istituzionale, le principali risorse di gestione dello stress emotivo, vengono identificate nell'organizzazione dell'Istituzione in sé, ad esempio rispetto ai turni di lavoro, e nella figura dello psiconcologo.

Personalmente sono molto soddisfatto di questo elaborato, perché, come spesso capita, non è riuscito a rispondere esaustivamente alle domande che mi ponevo e tutt'ora mi pongo, ma le ha approfondite, è riuscito a portarle ad un livello successivo, attraverso la riflessione, l'immedesimazione ed il confronto con gli intervistati, i quali non hanno mancato di fornire consigli, sostegno ed incoraggiamento sia per il lavoro che stavo svolgendo, che per la mia futura carriera professionale.

"Il desiderio di curare gli altri è indicatore del bisogno di curare sé stessi attraverso gli altri"; "Prendersi cura degli altri e degli estranei, è il gesto d'amore e di solidarietà più grande che si possa compiere"; "Curare è essere coraggiosi!"; "Fare l'infermiere significa scegliere di non rompersi la schiena!" Mille miliardi e ancor di più sono le voci e le idee di chi sa cosa significa curare, sono tutte giuste, tutte corrette, alcune profonde ed espresse dopo una profonda riflessione, altre sono gridate a gran voce di primo acchito, ma sono tutte giuste, tutte giustificabili, comprensibili ed accettabili, però non mi convincono. Non so perché, ma non mi convincono, sono come un bellissimo cielo, ma senza stelle; sono vere, piene di significati, pensieri, elaborazioni, convinzioni ed esperienza, ma non mi convincono, non mi accontentano.

Quindi cosa significa scegliere di intraprendere una carriera in ambito sanitario? Cosa significa decidere di fare l'infermiere, il medico, l'assistente di cura e lo psicologo? Cosa significa interessarsi con premura e in modo solerte per qualcuno? Cosa significa curare? Questi quesiti ed interrogativi sono presenti nella mia vita da molto tempo, prima in modo attenuato, quasi nascosto, ma poi sono venuti alla luce, quando ho deciso di intraprendere la professione di infermiere, e si sono palesati nella mia mente da quando ho svolto il mio secondo stage quale allievo infermiere. Durante questo stage sono stato confrontato con l'anzianità, la malattia oncologica e le cure palliative, un'esperienza davvero magnifica, ma che ha sollecitato la mia mente a mettersi in dubbio, a cambiare punto di vista, ad interrogarsi. Non so a chi sia da attribuire la colpa e il merito della nascita di questo mio conflitto personale, probabilmente alla casistica del reparto, all'equipe che mi ha accompagnato, o all'insieme di altre mille cose; so

soltanto che senza rendermi davvero conto di come sia successo, mi sono ritrovato a pormi la fatidica domanda: “Perché curo?”

A questa domanda ancora non ho trovato risposta, nemmeno questo lavoro di bachelor è riuscito a risponderle, anzi, ha triplicato il numero di domande che mi volano nella mente; probabilmente non vi troverò mai una risposta, probabilmente questa domanda sarà sempre lì, a volteggiare silenziosa, e pronta a palesarsi ogni qualvolta la vita mi porrà di fronte ad un qualcosa di buono e utile per approfondirla, non c'è rassegnazione o tristezza nelle mie parole, vi è coraggio e passione per ciò che voglio fare e diventare, vi è una piccola e superflua consapevolezza che la comprensione di me stesso sarà solo una meta irraggiungibile verso cui mirare e correre all'infinito; ma non importa, non importa se una vera meta non c'è, perché questo percorso mi ha permesso di vedere laggiù lontano il viaggio che devo intraprendere per diventare il curante che voglio essere, l'infermiere che voglio essere, e l'uomo che desidero diventare.

## 5 Bibliografia

Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. (2011). *Cancro: la cura*. Disponibile da: <http://www.airc.it/cura-del-tumore/cure-del-cancro.asp>

Bellani M. L., Morasso G., Amadori D., Orru' W., Grassi L., Casali P. G., Bruzzi P. (2002). *Psiconcologia*. Milano. Masson.

Blanco-Donoso L: M., Garrosa E., Demerouti E., Moreno-Jimenez B. (Maggio 2017). Job resources and recovery experiences to face difficulties in emotion regulation at work: A diary study among nurses. *International Journal of Stress Management*, 24(2), 107-134.

Bonetti M., Ruffatto M. T. (2001). *Il dolore narrato. La comunicazione con il malato neoplastico grave*. Torino. Centro scientifico editore.

Buletti M. G. (2017). Prendersi cura dei curanti. *Azione*, 40, 17.

Buletti M. G. (intervista), Cammarata V. (Video/foto e montaggio).(2017). Prendersi cura dei curanti. *Azione*. Disponibile da: <https://www.youtube.com/watch?v=kOUyY-Gjnz8>

Cavalli F., Cognetti F., Costa A., Orecchia R. (2006). *Fondamenti di oncologia clinica*. New York. Elsevier.

Cifiello Stefano (2005). *Strumenti di rilevazione e intervento nelle situazioni di stress lavorativo*. Milano. FrancoAngeli.

Compare A., Grossi E. (2012). *Stress e disturbi da somatizzazione. Evidence-based practice in psicologia clinica*. Berlino. Springer.

Cooper C. L. (1998). *Theories of organizational stress*. Cary L. Cooper.



D'Urso V., Trentin R. (2006). *Introduzione alla psicologia delle emozioni*. Milano. Feltrinelli.

Di Nuovo S., Commodari E. (2004). *Costi psicologici del curare. Stress e burnout nelle professioni di aiuto*. Roma. Bonanno Editore.

Engel G. L. (1981). *Medicina psicosomatica e sviluppo psicologico*. Brescia. Cappelli Editore

Fain J. A. (2004). *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*. New York. McGraw-Hill Education.

Favretto G. (2005). *Le forme del mobbing. Cause e conseguenze di dinamiche organizzative disfunzionali*. Milano. Cortina Raffaello.

Gaitan Diaz S. N., Iacono G., Peirano P., Pronzato P., Dozin B. (2016). Ruolo della consulenza infermieristica in oncologia: un'esperienza italiana. *Rivista L'Infermiere*, 3. Disponibile da: <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-33-articolo-391.htm>

Goleman D. (1996). *Intelligenza emotiva. Che cos'è perché può renderci felici*. Milano. BUR Rizzoli.

Grazzani Gavazzi I. (2009). *Psicologia dello sviluppo emotivo*. Bologna. Il Mulino.

Kinchla R. A., Darley J. M., Glucksberg S. (2005). *Fondamenti di psicologia*. Bologna. Il Mulino.

- Lazzari D. (2009). *La "Bilancia dello stress". Uno strumento per capire, misurare e gestire*. Napoli. Liguori.

Le Blanc P. M., Hox J. J., Schaufeli W. B., Taris T. W., Peeters M. C. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of applied psychology*, 92 (1), 213.

Leiter M.P., Maslach C., (2000). *Preventing burnout and building engagement. Come prevenire il burnout e costruire l'impegno*. New York. Jossey-Bass

Lewis A. E., (1999). Reducing burnout: development of an oncology staff bereavement program. *Oncology Nursing Forum*, 26 (6), 1065-1069.

Lindzey G., Thompson R. F., Spring B. (1991). *Psicologia*. Bologna. Zanichelli.

Macleod P. D. (1990). *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*. New York. Plenum Pub Corp.

Maslach C., Jackson S.E., (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Adattamento italiano. O.S. Organizzazioni Speciali. Firenze.

Merra S., Zamprioli C., Mansueto R. (2015). *Sopravvivere al tumore*. Roma. Sovera Edizioni.

Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano. Mondadori.

Ortez G., Valente R., Muzzatti B. (2016). Narrare di sé in oncologia: analisi qualitativa delle emozioni in scritti di pazienti e operatori e implicazioni per l'assistenza infermieristica. *Rivista L'Infermiere*, 3. Disponibile da: <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-33-articolo-389.htm>

Rossati A., Magro G. (1999). *Stress e Burnout*. Roma. Carocci Editore.

Spinetta J. J., Jankovic M., Ben Arush M. W., Eden T., Epelman C., Greenberg M. L., Gentils Martins A., Mulhern R. K., Oppenheim D., Maserà G., (2000). Guidelines for the recognition, prevention, and remediation of burnout in health care professionals participating in the care of children with cancer: report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *Medical and Pediatric Oncology: The official Journal of SIOP (International Society of Pediatric Oncology)*, 35 (2), 122-125.

Stara F. (2004). *Passione, azione e ragione. Il credo pedagogico di William James*. Roma. Armando Editore.

Surbone A., Zwitter M., Rajer M., Stiefel R. (2012). *New challenges in communication with cancer patients*. Annunziata M. A., Muzzatti B. *Improving communication effectiveness in oncology: the role of emotions* (pp. 235-245). Berlino. Springer.

Treccani (n.d.). Disponibile da: <http://www.treccani.it/enciclopedia/emozione>

Trombini G., Baldoni F. (1999). *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Bologna. Il Mulino.

Ventriglia G., Murgia V. (2011). *Salute malessere malattia. Il modello dell'omeostasi*. Arezzo. Aboca Edizioni.

Treccani. (2003). *Storia della Scienza*. Veronesi U., Bertolini F., Curigliano G. *La grande scienza. Oncologia*. Disponibile da: [http://www.treccani.it/enciclopedia/la-grande-scienza-oncologia\\_%28Storia-della-Scienza%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/la-grande-scienza-oncologia_%28Storia-della-Scienza%29/)

## 6 Ringraziamenti

Desidero ringraziare in modo particolare la mia direttrice di tesi, la docente Carla Pedrazzani, la quale mi ha sapientemente guidato in questa avventura, con pazienza, impegno, disponibilità e fiducia, senza mai farmi mancare il suo sostegno ed i suoi saggi consigli.

Un ulteriore ringraziamento va ai sei professionisti che hanno prestato tempo e passione nello svolgimento delle interviste, essi hanno enormemente contribuito allo sviluppo del lavoro e sono stati particolarmente disponibili nel fornire dei contributi personali e professionali molto toccanti.

Un grande ringraziamento va inoltre alla mia famiglia, la quale ha saputo sostenermi e motivarmi costantemente, un grazie di cuore va a mia sorella Isabel, a mia madre Gloria ed alla mia fidanzata Chiara, le quali hanno dedicato tempo ed impegno nell'impaginazione e nelle continue riletture dell'elaborato.

Desidero ringraziare tutti coloro che anche solo con un sorriso hanno contribuito allo sviluppo di questo lavoro; in particolare i miei amici e tutti i membri delle associazioni che ho l'onore di rappresentare, i quali sono stati fonte attiva di confronto, miglioramento ed innovazione.

# 7 Allegati

## 7.1 Domande intervista

Schema Domande per intervista ai Professionisti Infermieri

Domande Anagrafiche:

1. Et  e sesso
2. Ruolo ricoperto all'interno dell'equipe (Infermiere di base, specialista clinico, responsabile di...)
3. Da quanto tempo lavora come infermiere?
4. Da quanto tempo lavora nel reparto/ambulatorio di oncologia?

Domande:

1. Quali sono le emozioni pi  frequenti quando presta delle cure e si relaziona ad un paziente affetto da malattia oncologica?
2. Quali sono le situazioni professionali che suscitano pi  emozioni e che la coinvolgono maggiormente da un punto di vista emotivo?
3. Quanto frequentemente vive queste situazioni emotivamente coinvolgenti?
4. Pu  descrivere una situazione che l'ha particolarmente coinvolta dal punto di vista emotivo? Che emozioni ha vissuto? Come si   sentita/o?
5. Ritiene che queste situazioni cariche emotivamente, possano portarle un certo disagio?
  - A. S . Come mai? In che modo?
  - B. No.
6. Ritiene di sentirsi in una situazione di stress lavorativo a seguito delle emozioni che prova in questi momenti?
7. Ci sono delle strategie (anche personali) che lei/l'equipe mette in atto o delle risorse che pu  utilizzare quando vive questo disagio/stress o comunque per affrontare il carico emotivo?

## 7.2 Scheda di Presentazione del Progetto di Tesi

### Motivazione e scelta del tema

Scegliere di essere un curante, non è una scelta né semplice né scontata, anzi, è soprattutto una scelta che ogni professionista della cura può essere indotto a porsi ogni mattina che si sveglia per prepararsi alla giornata di lavoro in reparto, ogni notte insonne passata ad occuparsi degli ammalati del proprio reparto, ed ogni volta che vede un uomo morire. Tale scelta, una scelta che continua a presentarsi ed interrogarmi, mi spinge continuamente a ricercare e vivere una serie di risposte ed esperienze per rispondere alle molte domande che mi pongo riguardo me stesso, al curante che voglio diventare e al mondo della cura; ho così deciso di ambientare il mio elaborato nel mondo dell'oncologia, in quanto mi permetterà di sviluppare molte tematiche quali l'importanza della relazione e la presa a carico infermieristica nei diversi momenti della malattia; inoltre devo ammettere che dalla mia seppur minima, esperienza professionale, ho rilevato l'ambiente oncologico, come quello più propenso, disponibile e completo per affrontare uno studio che tratti di emozioni, stress ed esperienze personali. La motivazione che mi ha spinto ad iniziare e portare avanti questo elaborato è costituita dalla curiosità verso me stesso, dalla figura che rappresento e ciò che vivo; questa è una tesi che parlerà di infermieri, emozioni, malattia e stress, che parlerà di me, si illuderà di poter rispondere alle mie infinite domande e mi mostrerà il prossimo passo di questa ricerca infinita, ma parlerà anche di chiunque ha il coraggio di curare, di chi si domanda ogni giorno perché e per chi lo faccia, di chi si domanda: "Perché curo?"

### Domanda di Ricerca e Obiettivi del Lavoro

La domanda di ricerca di questo lavoro sarà: "Quali sono le emozioni che gli infermieri vivono durante l'assistenza di un paziente oncologico, ed in che modo possono far fronte al carico emotivo e all'eventuale stress che comporta la presa a carico di un paziente affetto da malattia oncologica?"

Gli obiettivi proposti di seguito sono stati individuati per rispondere in maniera esaustiva alla domanda di ricerca:

- Individuare quali e che tipo di emozioni vivono gli infermieri nell'assistenza al paziente oncologico all'interno del nostro contesto territoriale;
- Evidenziare se le emozioni vissute nella cura al paziente oncologico comportano situazioni di disagio nella forma di stress lavoro correlato;
- Identificare quali strategie gli infermieri mettono in atto a livello individuale ed equipe per gestire il carico emotivo e l'eventuale stress correlato.

Basandosi su questi obiettivi, il lavoro si propone così di individuare quali emozioni l'infermiere vive ed affronta quando è confrontato con la malattia oncologica. Il lavoro ricercherà e indagherà la correlazione tra l'esperienza emotiva che l'infermiere vive e lo stress che ne può conseguire, soffermandosi in modo particolare sul concetto di stress lavoro correlato e sulle sue implicazioni nella professione di infermiere di oncologia.

### Apporti Teorici a sostegno del Progetto

La relazione è un aspetto fondamentale all'interno della professione infermieristica, un aspetto che l'infermiere ha il compito di curare, valorizzare e sviluppare nel migliore dei modi e con tutte le risorse e capacità a sua disposizione (Bellani et al., 2002).

In ogni tipo di relazione, da quelle familiari, a quelle lavorative, da quelle amicali a quelle di coppia, le emozioni svolgono un ruolo fondamentale e altamente differenziato, un ruolo che, a seconda delle diverse situazioni, si modifica, predomina o può scivolare in secondo piano al fine di permettere il miglior soddisfacimento dei bisogni e dei desideri dell'individuo, e quindi di garantire la sua sopravvivenza (Kinchla, Darley, Glucksberg, 2005).

Nella relazione che si instaura tra l'infermiere che lavora in oncologia ed i suoi assistiti affetti da malattia oncologica, il peso specifico che le emozioni hanno all'interno della relazione, è particolarmente elevato e le emozioni compongono, modificano e regolano il rapporto tra il professionista ed il paziente oncologico (Bellani et al., 2002).

L'uomo utilizza le emozioni per adattarsi ai cambiamenti situazionali e per aumentare le proprie capacità e possibilità di sopravvivere agli eventi della vita, tuttavia, vivere determinate emozioni, in determinati momenti e con una determinata interpretazione di esse, comporta un peso di adattamento, e quindi uno stress, che può essere tale da "danneggiare" l'individuo: l'intensità, il tipo e la durata dell'emozione, unite all'interpretazione che l'individuo ha di essa, determinano l'importanza e il significato storico che tale evento emotivo avrà sull'individuo (Goleman, 1996).

Il confronto con la malattia oncologica, è un evento che inevitabilmente muove emotivamente chi si confronta con essa in prima persona, ma anche con tutti coloro che circondano la persona; tra questi l'infermiere ha un ruolo elitario, e nel percorso di cura della malattia oncologica ricopre un ruolo posto accanto al paziente, un posto d'onore, ma che dev'essere a sua volta onorato (Bellani et al., 2002).

La comprensione, la regolazione e l'adattamento comportamentale alle emozioni che vive, sono delle capacità che l'infermiere può sviluppare e continuamente migliorare, per garantire l'erogazione delle migliori cure al paziente affetto da malattia oncologica; lo sviluppo di queste capacità, inoltre, può permettere al professionista di vincere il peso emotivo che il confronto con la malattia oncologica ha, gestire lo stress che tali emozioni possono provocare, e determinare sia una più elevata qualità di vita che una migliore erogazione dell'assistenza infermieristica (Goleman, 1996).

L'infermiere, figura che mostra concretamente ed esaustivamente cosa sia una professione di aiuto, è esposto quotidianamente allo stress lavoro correlato; tale stress deriva da svariate componenti presenti all'interno del mondo lavorativo, ma la sostanziale particolarità che comporta un livello di stress più elevato nelle professioni di aiuto rispetto alle altre professioni, è stato individuato nella componente relazionale rivolta agli assistiti (Di Nuovo, Commodari, 2004).

La relazione, dinamica sulla quale si fondano le professioni di aiuto, e oggetto della cura, ossia di ciò che si occupa principalmente una professione di aiuto come quella dell'infermiere, assume i connotati della fonte più grande di stress in una professione d'aiuto; ciò accade poiché è impossibile sottrarsi a tale processo, tuttavia, la letteratura ci dice, che anche tra le professioni di aiuto, vi sono alcune particolari figure professionali che risultano più esposte allo stress che la relazione tra paziente e curante può comportare, e l'infermiere risulta una di quelle più soggette a tale stress relazionale (Blanco-Donoso et al., 2017).

Gli esperti concordano sul fatto che la componente emotiva della relazione giochi un ruolo fondamentale nello sviluppo dello stress nelle professioni di aiuto, infatti, i dati raccolti mostrano una chiara correlazione tra le professioni di aiuto con grande coinvolgimento emotivo e l'insorgenza di stress lavoro correlato: a tal proposito, è di particolare interesse il fatto che l'atteggiamento del curante risulti un fattore di rischio per stress lavoro correlato sia nel caso in cui esso si mostri "troppo" emotivo o nel caso in cui esso si mostri "troppo poco" emotivo; come se le due derive dell'atteggiamento, conducessero al medesimo disagio relazionale (Ortez, Valente, Muzzatti, 2016).

## Metodologia utilizzata e prevista

In relazione alla domanda di ricerca di questo lavoro, si è deciso di affrontare l'elaborazione della tesi tramite l'utilizzo di un'indagine sul campo, ossia la documentazione di esperienze attraverso una metodologia di natura qualitativa. Al fine di approfondire ed analizzare l'assistenza infermieristica oncologica nei diversi momenti della malattia, è stato ricercato e valutato tramite la letteratura che implicazioni essa avesse sul vissuto dell'infermiere ed in che modo essa possa influenzare la sua sfera emotiva. L'esperienza dei professionisti verrà analizzata attraverso un'intervista rivolta a quattro o cinque professionisti infermieri che quotidianamente si occupano di erogare assistenza infermieristica a pazienti affetti da malattia oncologica, presso un ambulatorio di oncologia, o un reparto di oncologia, se possibile, da almeno sei mesi, in quanto l'intervista si basa sulla documentazione di esperienze.

Le interviste saranno guidate da una serie di domande aperte (sei-sette), sviluppate attraverso un'attenta riflessione e basandosi fundamentalmente sulle informazioni acquisite durante la costruzione del quadro teorico del progetto. Le interviste si svolgeranno individualmente presso la struttura dove esercitano i professionisti infermieri e avranno una durata di circa 20 - 30 minuti; esse verranno registrate e



successivamente trascritte, solo ai fini della ricerca, dal responsabile del progetto. Le interviste verranno poi analizzate e i dati verranno confrontati con quelli rilevati tramite il quadro teorico, per raggiungere gli obiettivi che il progetto si propone

## 7.3 Consenso informato

Gentile infermiera/e, sono uno studente frequentante l'ultimo anno del corso di laurea di Cure infermieristiche, presso il Dipartimento Sanità (DEASS) della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI).

La contatto per chiederle la sua disponibilità ad aderire allo studio che sto conducendo nell'ambito dell'elaborazione del lavoro di tesi, in collaborazione con la signora Carla Pedrazzani, designata quale direttrice di tesi. Su questo documento troverà le informazioni riguardanti il progetto e ciò che le viene richiesto se accetterà di partecipare allo studio.

### 1. Selezione delle campione

Le è stato chiesto di partecipare a questo studio perché le sue caratteristiche rientrano nella categoria necessaria per lo svolgimento della tesi. Si ricerca, infatti, un infermiera/e che, da almeno sei mesi, lavori in ambito oncologico presso un ambulatorio o un reparto.

### 2. Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è quello di indagare le emozioni che vive l'infermiera/e che lavora in ambito oncologico mentre eroga assistenza infermieristica al paziente oncologico, l'eventuale stress che tale vissuto emotivo può produrre, e le possibili strategie che egli mette in atto a livello individuale o di equipe per far fronte al carico emotivo. La finalità di questo lavoro di Bachelor non è di sviluppare conoscenze scientifiche generalizzabili poiché l'indagine si basa su vissuti soggettivi di un piccolo campione di soggetti.

### 3. Informazioni generali dello studio

Dal punto di vista metodologico, lo studio prevede un'intervista individuale ad alcuni infermieri che attualmente lavorano presso un ambulatorio di oncologia o presso un reparto di oncologia, da almeno sei mesi. Il numero approssimativo totale di partecipanti allo studio sarà di 5 persone. Le interviste prevedono una serie di domande aperte, avranno la durata di circa 30' e si svolgeranno in luoghi adattati alle esigenze delle singole persone, nello specifico, presso il posto di lavoro dove esercitano la professione.

### 4. Partecipazione volontaria

La Sua partecipazione a questo studio è volontaria. Può ritirare il suo consenso ad ogni momento dello studio senza giustificazioni.

### 5. Confidenzialità dei dati

Le garantiamo che le informazioni personali saranno trattate in modo strettamente confidenziale, assicurando l'anonimato di chi ha partecipato.

Qualora desideri ulteriori informazioni, puoi contattare: Carla Pedrazzani Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana Dipartimento Sanità (DEASS) Stabile Piazzetta Via Violino CH - 6928 Manno T +41 (0)58 666 64 91 carla.pedrazzani@supsi.ch

La ringrazio calorosamente per la Sua attenzione e preziosa collaborazione. Distinti saluti. Massimiliano Mazza

## 7.4 Scala burnout

Quanto spesso:	0 mai	1 Qualche volta all'anno	2 Una volta al mese o meno	3 Qualche volta al mese	4 Una volta alla settimana	5 Qualche volta alla settimana	6 Ogni giorno
	<b>quanto spesso 0-6</b>						
1) Mi sento emotivamente sfinite dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
2) Mi sento sfinite alla fine di una giornata di lavoro	0	1	2	3	4	5	6
3) Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro	0	1	2	3	4	5	6
4) Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
5) Mi pare di trattare alcuni miei pazienti come se fossero oggetti	0	1	2	3	4	5	6
6) Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi	0	1	2	3	4	5	6
7) Affronto efficacemente i problemi dei miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
8) Mi sento esaurito dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
9) Credo di influenzare positivamente la vita delle persone attraverso il mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
10) Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11) Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente	0	1	2	3	4	5	6
12) Mi sento pieno di energie	0	1	2	3	4	5	6
13) Sono frustrato dal mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
14) Credo di lavorare troppo duramente	0	1	2	3	4	5	6
15) Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
16) Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione	0	1	2	3	4	5	6
17) Riesco facilmente a rendere i miei pazienti a proprio agio	0	1	2	3	4	5	6
18) Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei pazienti	0	1	2	3	4	5	6
19) Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro	0	1	2	3	4	5	6
20) Sento di non farcela più	0	1	2	3	4	5	6
21) Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma	0	1	2	3	4	5	6
22) Ho l'impressione che i miei pazienti diano la colpa a me per alcuni loro problemi	0	1	2	3	4	5	6

## 7.5 Profilo di Competenze Infermieristico

### Competenze generali delle professioni sanitarie SUP

---

Le persone che portano a termine un ciclo di studi devono possedere le seguenti competenze generali:

---

#### A Conoscenze generali di politica sanitaria

- (1) conoscono le basi legali, le priorità della politica sanitaria, i principi e i limiti della gestione del sistema svizzero di assistenza sanitaria e di protezione sociale;
  - (2) sono in grado di svolgere la loro professione nel rispetto delle basi legali e di valutare costantemente l'efficacia, l'economicità, la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni fornite (o prescritte)
- 

#### B Conoscenze professionali specialistiche e competenza metodologica

- (1) possiedono le conoscenze scientifiche necessarie in relazione alle misure preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative;
  - (2) vengono introdotti ai metodi di ricerca scientifica nel settore sanitario e della pratica professionale basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Practice*);
  - (3) conoscono i determinanti che mantengono e favoriscono la salute a livello sia individuale sia di popolazione e sono in grado di adottare misure che contribuiscono a una migliore qualità di vita;
  - (4) padroneggiano il ragionamento clinico e sono in grado di elaborare misure di presa in carico e accompagnamento globale della persona;
  - (5) sono capaci di fornire prestazioni di alto livello qualitativo conformi alle buone pratiche della propria professione.
- 

#### C Professionalità e senso di responsabilità

- (1) si assumono la responsabilità delle proprie azioni e riconoscono e rispettano i propri limiti;
  - (2) operano con impegno e secondo principi etici, sono consapevoli della propria responsabilità verso l'individuo, la società e l'ambiente e rispettano il diritto di autodeterminazione delle persone;
  - (3) sono in grado di operare in maniera innovativa nell'esercizio della propria professione e contribuiscono al suo sviluppo integrando le conoscenze scientifiche. Riflettono costantemente sulle proprie capacità e abilità pratiche, che aggiornano all'insegna dell'apprendimento permanente;
  - (4) sono in grado di collaborare a progetti di ricerca e integrarne i risultati rilevanti nell'esercizio della professione;
  - (5) operano in maniera autonoma basandosi su una valutazione professionale.
- 

#### D Comunicazione, interazione, documentazione

- (1) ricercano attivamente la collaborazione con altre professioni e con altri attori del sistema sanitario;
  - (2) sono in grado di sviluppare una relazione professionale e consona alle circostanze, con le persone, i loro familiari e di fornire una consulenza adeguata;
  - (3) sanno esporre il proprio operato con chiarezza ed in modo fondato e documentarlo in maniera pertinente; conoscono l'uso delle tecnologie per la gestione dei pazienti e delle prestazioni in ambito sanitario (eHealth).
-

## Competenze professionali specifiche

<b>Bachelor of Science in Cure infermieristiche</b>	
<b>A. Ruolo di esperto<sup>2</sup> in cure infermieristiche</b>	
Come esperti in cure infermieristiche, gli infermieri sono responsabili, all'interno del sistema sanitario, del loro agire professionale e delle relative decisioni e valutazioni.	
Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:	
ES 1	Sono responsabili delle cure infermieristiche, rilevano la necessità di cure di individui e gruppi in ogni fase di vita, eseguono le cure necessarie o ne delegano l'esecuzione e ne valutano costantemente l'esito. L'offerta di cure include misure preventive, terapeutiche e palliative.
ES 2	Nell'interesse dei pazienti, all'interno di gruppi professionali ( <i>skill mix</i> ) e multiprofessionali, si assumono la responsabilità di offrire cure di elevata qualità, efficaci, efficienti e continuative.
ES 3	Offrono ai pazienti e ai familiari consulenza infermieristica, basandosi su conoscenze scientifiche aggiornate e su principi etici.
ES 4	Partecipano a progetti e ricerche nell'ambito delle cure infermieristiche e promuovono il trasferimento dei risultati nella pratica.
<b>B. Ruolo di comunicatore</b>	
Come comunicatori, gli infermieri permettono lo sviluppo di rapporti di fiducia nel proprio contesto e trasmettono informazioni in maniera mirata	
Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:	
COM 1	Instaurano relazioni professionali di fiducia e adattano la comunicazione a ogni situazione
COM 2	Sviluppano una comprensione condivisa della situazione di cura e, se necessario, gestiscono i conflitti.
COM 3	Documentano efficientemente tutti i dati rilevanti tenendo conto delle basi legali. Riconoscono eventuali lacune nella documentazione e propongono le soluzioni del caso per porvi riparo.
COM 4	Condividono sapere ed esperienza con colleghi.

<sup>2</sup> L'espressione «esperto» usata in questo paragrafo si riferisce alle conoscenze professionali e alla pratica professionale che permettono di compiere una valutazione della propria disciplina e di intervenire nelle discussioni al riguardo. Essa va distinta dal concetto di «esperto» sviluppato da Patricia Benner (1984).

<b>C. Ruolo di membro di un gruppo di lavoro</b>	
Come membri di gruppi di lavoro, gli infermieri partecipano in modo efficace ed efficiente a gruppi interdisciplinari e interprofessionali	
Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:	
GR 1	Si impegnano in seno a gruppi interdisciplinari e interprofessionali e sono promotori di cure infermieristiche individuali ottimali, orientate al paziente.
GR 2	Si assumono la responsabilità delle situazioni di cura. Coordinano e accompagnano team di lavoro e sostengono e guidano sul piano disciplinare gli altri collaboratori del team.
GR 3	Partecipano alla presa di decisioni complesse in seno a gruppi intraprofessionali e interprofessionali e sostengono una posizione conforme all'etica professionale.
GR 4	Mettono le proprie competenze professionali a disposizione degli attori del sistema sanitario, dei pazienti e dei loro familiari.

<b>D. Ruolo di manager</b>	
Come manager gli infermieri si fanno carico della direzione specialistica, contribuiscono all'efficacia dell'organizzazione e sviluppano la propria carriera professionale.	
Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:	
MA 1	Mettono in atto piani di trattamento con efficienza ed efficacia, nel rispetto delle condizioni generali istituzionali e legali.
MA 2	Collaborano all'implementazione e alla valutazione di standard di qualità per le cure infermieristiche basati su prove di efficacia e riconoscono il fabbisogno di innovazione.
MA 3	Utilizzano le tecnologie informatiche e lavorano orientandosi verso il processo, gli obiettivi e le risorse.
MA 4	Riflettono sul proprio ruolo professionale e pianificano la propria carriera.

<b>E. Ruolo di promotore della salute (Health Advocate)</b>	
Come promotori della salute, gli infermieri si basano in maniera responsabile sulle proprie conoscenze di esperti e sfruttano la loro influenza nell'interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti/clienti e della società nel suo insieme.	
Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:	
AVV 1	Si impegnano per le problematiche legate alla salute e alla qualità della vita e per gli interessi dei pazienti e delle loro persone di riferimento.
AVV 2	Integrano nella loro pratica professionale programmi per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie a livello individuale e collettivo e partecipano attivamente alla loro realizzazione.
AVV 3	Fanno sì che i pazienti e le loro persone di riferimento possano utilizzare con un approccio differenziato e individuale i mezzi disponibili per prevenire e affrontare la malattia nonché per mantenere il più alto livello possibile di qualità di vita.
AVV 4	Partecipano allo sviluppo di concetti per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

#### F. Ruolo di apprendente e insegnante

Come apprendenti e insegnanti gli infermieri si impegnano per l'apprendimento permanente basato sulla pratica riflessiva e per lo sviluppo, la trasmissione e l'applicazione del sapere basato su prove di efficacia.

Le persone che portano a termine il ciclo di studio Bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:

- APP 1 Mantengono ed sviluppano le proprie competenze professionali mediante l'apprendimento continuo in base alle conoscenze scientifiche.
- APP 2 Riconoscono la necessità di apprendimento di pazienti, del loro *entourage* e del pubblico in generale e offrono il proprio sostegno orientato all'efficacia, tenendo conto della situazione della politica sanitaria.
- APP 3 Identificano problematiche rilevanti per la pratica professionale, le segnalano a chi di dovere allo scopo di inserirle e analizzarle in progetti di ricerca e di sviluppo.
- APP 4 Riflettono sul proprio operato professionale, rilevano lacune e risorse e mettono in relazione la propria esperienza clinica, l'esperienza con i pazienti e il sapere basato sulle prove di efficacia per l'evoluzione delle cure infermieristiche.

#### G. Ruolo legato all'appartenenza professionale

Come appartenenti alla loro categoria professionale, gli infermieri si impegnano per la salute e la qualità di vita delle singole persone e della società. Si vincolano all'etica professionale e alla cura della propria salute.

Le persone che portano a termine il ciclo di studio bachelor in Cure infermieristiche devono possedere le seguenti competenze professionali:

- PRO 1 Nei contatti con i pazienti, con le loro persone di riferimento e con la società mantengono un atteggiamento conforme all'etica professionale.
- PRO 2 Si impegnano con senso di responsabilità e autonomia per lo sviluppo e l'esercizio della professione infermieristica e per la preservazione della propria salute.
- PRO 3 Sottopongono la propria pratica professionale a una valutazione e riflessione costante, contribuendo in tal modo alla salute e alla qualità di vita individuale e collettiva.

Lavoro di Tesi approvato in data: .....