UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di medicina e chirurgia

Dipartimento di medicina

Corso di laurea in infermieristica

Tesi di Laurea

"IL CARICO EMOTIVO DELL'INFERMIERE IN ONCOLOGIA PEDIATRICA: STRATEGIE DI PREVENZIONE PER *BURNOUT, MORAL DISTRESS* E *COMPASSION FATIGUE*"

Relatore: Dott.ssa Pesavento Lara
Correlatore: Dott. Casarotto Marco

Laureanda: Pellizzari Erika

Matricola:2048245

Anno Accademico 2023-2024

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di medicina e chirurgia

Dipartimento di medicina

Corso di laurea in infermieristica

Tesi di Laurea

"IL CARICO EMOTIVO DELL'INFERMIERE IN ONCOLOGIA PEDIATRICA: STRATEGIE DI PREVENZIONE PER *BURNOUT, MORAL DISTRESS* E *COMPASSION FATIGUE*"

Relatore: Dott.ssa Pesavento Lara
Correlatore: Dott. Casarotto Marco

Laureanda: Pellizzari Erika

Matricola:2048245

Anno Accademico 2023-2024

ABSTRACT

L'assistenza infermieristica in oncologia pediatrica comporta un carico emotivo significativo, con rischi elevati di *burnout, moral distress e compassion fatigue*. L'esposizione costante a situazioni di sofferenza, decisioni etiche difficili e il bisogno di fornire supporto emotivo alle famiglie rendono questo contesto particolarmente sfidante. La gestione del benessere psicologico degli infermieri è essenziale per prevenire conseguenze negative sia per i professionisti che per la qualità dell'assistenza fornita.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura mediante la consultazione di banche dati scientifiche (PubMed, CINAHL) selezionando articoli pubblicati negli ultimi 10 anni. Nella selezione sono stati inclusi studi che trattano le problematiche psicologiche degli infermieri in oncologia pediatrica e i relativi interventi di supporto e prevenzione.

Risultati

La revisione ha evidenziato come l'esposizione continua a casi complessi e una carenza di risorse di supporto emotivo, porti gli infermieri pediatrici oncologici a una minore soddisfazione lavorativa e maggiore probabilità di riscontrare *burnout, moral distress e compassion fatigue,* con successivo abbandono della professione o contesto lavorativo.

Al contrario, invece l'attuazione di strategie efficaci per la prevenzione, tra cui supporto psicologico strutturato, la formazione su tecniche di gestione dello stress e l'implementazione di programmi di *self-care e mindfulness*, potrebbe rappresentare una svolta nella pratica infermieristica e nella scelta di perseguire tale professione.

Discussione

Le evidenze indicano che gli interventi multidisciplinari, che includono il supporto psicologico individuale e di gruppo, insieme a iniziative volte a migliorare la consapevolezza emotiva, possono ridurre significativamente l'incidenza di *burnout, moral distress e compassion fatigue*. Inoltre, l'organizzazione sanitaria gioca un

ruolo chiave nel promuovere un ambiente di lavoro sostenibile e nel fornire risorse adeguate per affrontare queste problematiche.

Conclusioni

Il carico emotivo degli infermieri in oncologia pediatrica rappresenta una sfida significativa, ma può essere affrontato efficacemente mediante strategie di prevenzione mirate. L'implementazione di programmi di supporto continuativo e il rafforzamento della resilienza tra il personale sono essenziali per migliorare il benessere degli infermieri e, di conseguenza, elevare la qualità dell'assistenza fornita. Per questo motivo, è cruciale che le istituzioni sanitarie investano in interventi volti alla prevenzione e alla promozione della salute psicologica degli operatori sanitari.

Parole Chiave: Burnout, Disagio morale, stanchezza compassionevole, infermieri pediatrici oncologici, strategie di prevenzione, coping

Key words: Burnout, Moral Distress, Compassion Fatigue, pediatric oncology nurse, prevention strategies, coping

INDICE

Introduzione……..pag 3

Capitolo 1: L'oncologia pediatrica e il ruolo dell'infermiere……...……pag 5

1.1 L'oncologia pediatrica: un contesto ad alta complessità emotiva……..….pag 5

1.2 Il ruolo dell'infermiere in oncologia pediatrica: competenze specifiche…..pag 5

1.3 Il rapporto con il paziente pediatrico e la famiglia: aspetti relazionali e comunicativi……pag 6

Capitolo 2: Il carico emotivo nell'assistenza oncologica pediatrica……..pag 7

2.1 Definizione di carico emotivo…….pag 7

2.2 Impatto psicologico dell'assistenza ai bambini oncologici……pag 8

2.3 Conseguenze emotive della cura di pazienti pediatrici gravemente malati……... pag 9

Capitolo 3: Burnout, moral distress e compassion fatigue……..pag 11

3.1 *Burnout*: definizione, sintomi e cause nel contesto infermieristico…….pag 11

3.2 *Moral distress*: origine, manifestazioni e conseguenze……pag 12

3.3 *Compassion fatigue*: quando l'empatia diventa un peso……..pag 14

3.4 Fattori di rischio specifici in oncologia pediatrica……..……...pag 16

Capitolo 4: Materiali e metodi…….…...….pag 17

4.1 obiettivo di ricerca…….…….pag 17

4.2 quesito di ricerca……....pag 18

4.3 Parole chiave, fonti di ricerca e criteri di selezione degli studi……....pag 18

4.4 Percorso di revisione della letteratura……..pag 19

Capitolo 5: Risultati della ricerca……...pag 21

5.1 Sintesi delle evidenze……pag 23

5.2 Modelli efficaci di supporto per infermieri in oncologia pediatrica…….pag 24

Capitolo 6: Discussione……pag 25
6.1 Punti di forza e limiti delle strategie di prevenzione……..pag 25
6.2 Proposte per migliorare il supporto agli infermieri……..…..pag 26

Capitolo 7: conclusioni……...pag 39
Bibliografia e Sitografia
Allegati

INTRODUZIONE

L'oncologia pediatrica rappresenta uno dei contesti più delicati e complessi nell'ambito dell'assistenza infermieristica.

Secondo l'osservatorio delle malattie rare, ogni anno, in Italia, circa 1500 bambini e 900 adolescenti ricevono una diagnosi di malattia oncologica. Di questi circa l'80% arriva a guarigione, grazie ai trattamenti resi disponibili dai progressi scientifici odierni, ma anche se la condizione può non essere letale, solo la paura della morte vissuta dalla famiglia e dal bambino rappresenta un grande fattore di stress. (Zarenti et al., 2021)

Gli infermieri che operano in questo settore sono quotidianamente a contatto con bambini gravemente malati e con le loro famiglie, affrontano situazioni di grande sofferenza e vulnerabilità, in cui i bisogni del paziente e della famiglia sono intensi e prevalgono in un clima di continua incertezza e paura. (Boyle et al., 2018)

Nella cura quotidiana gli infermieri pediatrici devono affrontare le recidive di dolore, la morte dei bambini, la tristezza e la perdita di speranza che contrastano nettamente con l'aspettativa generale della vita e della crescita di un bambino. (Chen et al., 2018)

Questa realtà espone gli infermieri a un notevole carico emotivo, che può portare all'insorgenza di *burnout, moral distress e compassion fatigue.* Il carico emotivo derivante dal prendersi cura di pazienti oncologici pediatrici richiede un'attenzione particolare, in quanto può compromettere non solo la salute psicofisica dei professionisti, ma anche la qualità dell'assistenza fornita.

Questa tesi ha l'obiettivo di esplorare l'impatto emotivo sugli infermieri che lavorano in oncologia pediatrica, concentrandosi sui principali rischi psicologici: *burnout, moral distress e compassion fatigue*. Lo studio si propone di analizzare le cause di queste problematiche e di individuare le strategie di prevenzione più efficaci, per garantire un ambiente di lavoro più sicuro e sostenibile, per gli infermieri, e allo stesso tempo migliorare l'esperienza di cura per i piccoli pazienti e le loro famiglie: spettatrici di pianti, grida, bugie, procedure e trattamenti difficili. La metodologia utilizzata in questa tesi è basata su una revisione della letteratura scientifica. Sono state consultate le principali banche dati internazionali, come PubMed e CINAHL, selezionando articoli pubblicati negli ultimi 10 anni. I criteri di inclusione hanno

riguardato studi che analizzassero l'impatto del carico emotivo sugli infermieri in oncologia pediatrica, descrivendone le cause di *burnout, moral distress e compassion fatigue*, e valutazione delle strategie di prevenzione e supporto. L'obiettivo è fornire una visione d'insieme delle problematiche e delle soluzioni attuabili nella pratica clinica. Prevenire il carico emotivo negli infermieri in oncologia pediatrica è cruciale non solo per il loro benessere psicofisico, ma anche per la qualità delle cure fornite ai pazienti.

Un infermiere emotivamente logorato può vedere compromessa la propria capacità di fornire un'assistenza empatica e competente, aumentando il rischio di errori clinici e di insoddisfazione professionale. Intervenire tempestivamente con strategie di supporto e prevenzione, come programmi di *mindfulness*, supporto psicologico e formazione sulla gestione dello stress, potrebbe ridurre significativamente l'incidenza di *burnout, moral distress e compassion fatigue*, migliorando sia il benessere individuale che la qualità dell'assistenza in oncologia pediatrica.

CAPITOLO 1: L’ONCOLOGIA PEDIATRICA E IL RUOLO DELL’INFERMIERE

1.1 L'oncologia pediatrica: un contesto ad alta complessità emotiva

L’oncologia pediatrica è uno dei settori più complessi e impegnativi della medicina, caratterizzato da un alto livello di intensità emotiva per i pazienti, le loro famiglie e gli operatori sanitari. I bambini affetti da tumori richiedono trattamenti spesso aggressivi e prolungati, che incidono profondamente sulla loro qualità di vita e sul benessere emotivo. (Salins et al., 2022). In questo contesto, gli infermieri sono chiamati a gestire situazioni particolarmente difficili, dovendo fronteggiare sia le sfide cliniche che il carico psicologico derivante dalla sofferenza dei bambini e dal coinvolgimento emotivo delle famiglie.

Le emozioni che sorgono in oncologia pediatrica non sono solo legate alla gravità della malattia, ma anche all’imprevedibilità dell’evoluzione del quadro clinico. Gli infermieri devono essere in grado di assistere bambini e adolescenti in momenti critici, fornendo cure tecniche di alto livello mentre cercano di mantenere un contesto di speranza e ottimismo per il paziente e la sua famiglia. (Boyle et al., 2018 & Macintyre et al., 2022). Questa dualità tra competenze cliniche e sostegno emotivo rappresenta una delle sfide principali per gli infermieri che operano in questo campo.

1.2 Il ruolo dell'infermiere in oncologia pediatrica: competenze specifiche

Il ruolo dell'infermiere in oncologia pediatrica richiede competenze altamente specializzate, che vanno oltre le normali attività cliniche. Gli infermieri devono essere formati su aspetti specifici della malattia oncologica pediatrica, inclusi i protocolli terapeutici, la gestione degli effetti collaterali dei trattamenti (come la chemioterapia e la radioterapia) e l’assistenza palliativa, quando necessaria. (Boyle et al., 2018)

Accanto alle competenze cliniche, l'infermiere deve possedere una preparazione specifica nell'ambito della psicologia pediatrica e delle tecniche di gestione dello stress. La capacità di riconoscere i segnali di disagio emotivo nei bambini, che spesso non sono in grado di esprimere verbalmente i loro sentimenti, è fondamentale per fornire un'assistenza adeguata. (Boyle et al., 2018)
Gli infermieri devono anche essere in grado di lavorare in stretta collaborazione con un team multidisciplinare, che include oncologi, psicologi, fisioterapisti e assistenti sociali, per garantire un approccio integrato alla cura. (Negrisolo et al., 2012)
L'infermiere, si ritrova, dunque, a rispondere a molteplici aspettative di ruolo, tra le quali vi sono: fornitori di assistenza, educatori, traduttori delle necessità della famiglia e del bambino, sostenitori del percorso di cura e difensori. (Boyle te al., 2018)
Un'altra competenza chiave dell'infermiere oncologico pediatrico è la gestione del dolore, un aspetto cruciale per migliorare la qualità della vita dei pazienti. Questo, include sia il dolore fisico, spesso causato dalla malattia o dai trattamenti, che quello emotivo, legato alla paura e all'ansia. L'infermiere deve essere preparato a intervenire prontamente per alleviare la sofferenza del paziente, utilizzando tecniche farmacologiche e non farmacologiche, così adoperandosi per garantire il massimo grado raggiungibile di salute e il miglior livello di cura e assistenza del bambino, come sottoscritto nella " Carta dei diritti del bambino in ospedale", elaborata nel 2014 dalla rete Italiana degli Ospedali Pediatrici. (allegato 1)

1.3 Il rapporto con il paziente pediatrico e la famiglia: aspetti relazionali e comunicativi

La relazione che si instaura tra l'infermiere, il paziente pediatrico e la famiglia è uno degli aspetti più delicati e importanti nell'oncologia pediatrica.
Gli infermieri rappresentano il principale supporto psicosociale della famiglia durante tutto il percorso di cura e la creazione di una *patnership* incentrata sulla speranza e sul "lottare insieme contro la patologia", rappresenta il desiderio di ogni genitore (Boyle et al., 2018).

L’infermiere, dunque, non assiste solo il paziente, ma diventa anche un punto di riferimento essenziale per la famiglia, che vive momenti di forte stress e vulnerabilità.
Questa relazione si basa su fiducia, empatia e comunicazione efficace.
La comunicazione con i genitori richiede grande sensibilità, in quanto questi devono essere costantemente informati sull'andamento della malattia e delle terapie, affrontando decisioni difficili. È compito dell'infermiere creare uno spazio sicuro e di ascolto per la famiglia, incoraggiando la partecipazione attiva nel processo di cura e rispondendo ai loro dubbi e paure.
La comunicazione risulta essere assai importante anche per il bambino, che non possedendo le capacità o gli strumenti necessari per comprendere pienamente la propria condizione, si affida alla figura degli infermieri come “mediatori” per ricevere semplici spiegazioni di procedure e trattamenti necessari con un supporto emotivo efficace. (Boyle et al., 2018)
La qualità della relazione infermiere-famiglia ha un impatto diretto sul benessere del paziente pediatrico: un ambiente relazionale positivo può contribuire a ridurre il livello di ansia e favorire un migliore adattamento ai trattamenti. Le abilità relazionali dell'infermiere diventano, quindi, uno strumento essenziale nella gestione non solo delle cure fisiche, ma anche del benessere psicologico del paziente e della sua famiglia.

CAPITOLO 2: IL CARICO EMOTIVO NELL’ASSISTENZA ONCOLOGICA PEDIATRICA

2.1 Definizione di carico emotivo e stress

Il concetto di carico emotivo si riferisce all'insieme delle pressioni e delle emozioni che un individuo sperimenta nel corso della propria attività lavorativa, in particolare quando deve gestire situazioni di forte impatto emotivo. Nel contesto infermieristico, il carico emotivo può derivare dall’assistere pazienti in condizioni critiche o terminali, nell'instaurare relazioni empatiche con pazienti e familiari, e dal dover affrontare frequenti situazioni di sofferenza e morte. In oncologia pediatrica, questo carico è

amplificato dalla natura vulnerabile del paziente, un bambino che vive una condizione di malattia grave è in contrasto con le aspettative di gioia e salute che accompagnano l'infanzia.

In queste situazioni, anche lo stress gioca un ruolo chiave; definito dall' Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) come una stato di preoccupazione o tensione mentale, che incide nel benessere generale della persona e che trova origine in una situazione difficile, risulta comunque essere una risposta umana naturale, che sprona a fronteggiare le sfide e le minacce di ogni giorno (WHO, 2023)

Il carico emotivo e lo stress possono avere diverse sfumature: da una parte, può stimolare un impegno emotivo positivo verso il paziente e la famiglia, dall'altra può causare sovraccarico psicologico, con effetti negativi sul benessere dell'infermiere. La gestione di queste tensioni, richiede competenze emotive avanzate e strumenti di *coping* efficaci per prevenire esaurimenti come *burnout, moral distress e compassion fatigue.*

2.2 Impatto psicologico dell'assistenza ai bambini oncologici

Assistere bambini affetti da tumori comporta un impatto psicologico significativo per gli infermieri. La gravità della malattia, l'incertezza sugli esiti e la sofferenza del bambino possono generare sentimenti di impotenza, tristezza e frustrazione. (Boyle et al., 2018)

Inoltre, gli infermieri che trascorrono molte ore a stretto contatto con i pazienti, sviluppano spesso un legame emotivo con loro e le loro famiglie. Questo legame, pur essendo un elemento chiave per fornire un'assistenza empatica e di qualità, può anche rendere più difficile per l'infermiere mantenere una distanza emotiva necessaria per proteggere il proprio benessere.

Quando quest'ultima condizione si verifica, il fenomeno prende il nome di "Confini sfumati", il *National Council of State Boards of Nursing* (2007) , definisce i confini sfumati come brevi escursioni attraverso linee di comportamento professionale, che possono essere involontarie o intenzionali, volte a soddisfare un speciale bisogno terapeutico del paziente, che sfocia in una condizione di confusione tra i bisogni

dell'infermiera e quelli del paziente. Degli esempi di questi, possono essere: visite a domicilio, lunghe ore di lavoro e contatti sociali al di fuori dell'ambiente di lavoro. (Boyle et al., 2018)

La continua esposizione a esperienze di sofferenza intensa e la necessità di confrontarsi con la mortalità di pazienti pediatrici possono portare all'accumulo di stress emotivo e successiva insorgenza di *Burnout*, con abbandono della professione.

L'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI) nel 2019 riporta una percentuale di infermieri con segni e sintomi di *Burnout* , pari al 32% in 12 aziende ospedaliere pediatriche.

Questo studio dimostra come gli infermieri in oncologia pediatrica siano particolarmente a rischio di sviluppare disturbi psicologici come ansia, depressione, insonnia e sintomi di stress post-traumatico. A questo si aggiunge il peso delle decisioni etiche complesse, che possono creare un conflitto morale quando le scelte terapeutiche sembrano inadeguate, rispetto alle esigenze del paziente e della sua famiglia. (Morley et al., 2019)

2.3 Conseguenze emotive della cura di pazienti pediatrici gravemente malati

Le conseguenze emotive della cura di pazienti pediatrici gravemente malati possono essere profonde e durature per gli infermieri, manifestandosi principalmente come burnout, moral distress e compassion fatigue. Il burnout, caratterizzato da esaurimento emotivo, distacco e senso di inefficacia, è alimentato dall'intensa pressione emotiva e dalla percezione di non riuscire a fare abbastanza per alleviare la sofferenza dei pazienti (Macintyre et al., 2022). Il moral distress emerge quando gli infermieri non possono agire in modo eticamente corretto a causa di vincoli organizzativi, causando frustrazione e senso di colpa, soprattutto nei casi in cui i trattamenti sembrano arrecare più sofferenza che beneficio (Jameton, 1948). La compassion fatigue, invece, è una forma di esaurimento emotivo che si sviluppa dall'esposizione continua alla sofferenza, portando a un progressivo svuotamento emotivo e riducendo la capacità di fornire cure empatiche(Boyle et al., 2018) .

CAPITOLO 3: BURNOUT, MORAL DISTRESS E COMPASSION FATIGUE

3.1 *Burnout:* definizione, sintomi e cause nel contesto infermieristico

Il *Burnout* è una sindrome psicologica causata da un prolungato stress lavorativo, particolarmente comune nelle professioni sanitarie. Viene definito come uno stato di esaurimento emotivo, fisico e mentale, che deriva dalla sensazione di essere sopraffatti dalle responsabilità e dalla mancanza di risorse per affrontarle (Maslach, 2016).

Nel contesto infermieristico, il *Burnout* si manifesta spesso come una risposta al carico emotivo e alle pressioni costanti della cura di pazienti gravemente malati, come quelli oncologici pediatrici.

Il *Burnout* è caratterizzato da tre dimensioni interdipendenti che sono:

- Esaurimento emotivo, che si manifesta con sensazione di stanchezza cronica, svuotamento emotivo, mancanza di energia e motivazione per affrontare le sfide quotidiane.
- Depersonalizzazione che induce frustrazione e produce una dissociazione emotiva verso persone, *setting* e attività, come meccanismo di difesa
- Ridotta realizzazione personale con una sensazione di inefficacia, caduta dell'autostima e percezione di non essere più in grado di svolgere il proprio lavoro in modo significativo. (Macityre et al., 2022)

Tuttavia, il *Burnout*, non ha solamente una dimensione psico-emotiva teorica, ma è concretizzabile con sintomi e manifestazioni , oggettivabili negli operatori sanitari, che portano a ripercussioni fisiche e comportamentali (Tabella I)

Tabella I. Il Burnout: sintomi e manifestazioni nell'infermiere

Area Fisica	Area Psicologica	Area Emotiva	Area Comportamentale
• percezione di fatica • cefalea • insonnia • disturbi gastroenterici	• negativismo • senso di colpa • umore altalenante • scarsa fiducia in sé	• diminuzione dell'empatia e della capacità d'ascolto • cinismo • distacco emotivo • indifferenza	• alterazione dell'atteggiamento • assenze • ritardi • ricorso a terapie farmacologiche

Le cause del *Burnout* in oncologia pediatrica sono molteplici. Gli infermieri devono gestire un carico di lavoro elevato, associato a situazioni emotivamente intense e prolungate nel tempo. Le frequenti esposizioni alla sofferenza dei bambini, al dolore delle famiglie e alle incertezze delle cure oncologiche contribuiscono ad alimentare il Burnout. Inoltre, la mancanza di supporto organizzativo e la carenza di risorse possono amplificare questo fenomeno, rendendo l'infermiere più vulnerabile allo stress cronico (Buckley et al., 2020).
Peraltro, nel 2019, questa sindrome è stata inclusa nella undicesima *International Classification of Disease* (Icd-11) dell' OMS.

3.2 Moral Distress: origine, manifestazioni e conseguenze

Il *Moral Distress* è una condizione psicologica che si verifica quando gli infermieri sono consci dell'azione morale più appropriata alla situazione, ma non possono svolgerla a causa di ostacoli istituzionali, quali mancanza di tempo, di supporto direttivo, potere medico e limiti legali. (Jameton, 1948)

Nel contesto infermieristico, questo fenomeno è particolarmente frequente quando si tratta di decisioni riguardanti cure eticamente complesse.
Gli infermieri si trovano bloccati in situazioni in cui percepiscono di non poter agire nel miglior interesse del paziente. In oncologia pediatrica, questi conflitti etici possono essere accentuati dal fatto che i pazienti sono bambini, e le decisioni su trattamenti prolungati, cure palliative o terapie aggressive possono generare forti conflitti morali.
Le conseguenze del *Moral Distress* sono gravi e includono:

- Un progressivo distacco emotivo dal lavoro, con il rischio di compromissione della qualità dell'assistenza.
- Un aumento del rischio di *Burnout.*
- Una riduzione della soddisfazione professionale e, in alcuni casi, l'abbandono della professione infermieristica.

Le principali manifestazioni negli infermieri includono un'ampia gamma di effetti psicologici e fisici. (Tabella II)

Tabella II: " il *Moral Distress*" sintomi e manifestazione negli infermieri (Boyle et al., 2018 & Morley et al., 2019)

Sintomi fisici	**Sintomi psicologici**	**Sintomi lavorativi**
● nausea ● emicrania ● disturbi gastrointestinali ● pianto ● stanchezza ● impotenza	● rabbia ● tristezza ● angoscia ● depressione ● impotenza ● esaurimento psicologico ● persistente sentimento di frustrazione e rimorso	● assenze sul luogo di lavoro ● difficoltà di concentrazione ● isolamento sociale ● incapacità di prendere una decisione e di agire

L'incapacità di risolvere i dilemmi etici in modo efficace, infatti, può portare l'infermiere a sentirsi inefficace e moralmente compromesso, contribuendo alla perdita del senso di scopo nel proprio lavoro.

3.3 Compassion Fatigue: quando l'empatia diventa un peso

La *Compassion Fatigue* è uno stato di profondo consumo fisico, psichico e spirituale, accompagnato da un significativo dolore emotivo derivato dall'esposizione costante a vittime che vivono una condizione di dolore, delusione e tristezza. (Joinson, 1992)

Essa è un fenomeno strettamente legato all'esaurimento dell'empatia e della compassione che gli infermieri provano nei confronti dei pazienti. Si sviluppa quando un professionista, costantemente esposto alla sofferenza altrui, comincia a sentirsi sovraccarico dal punto di vista emotivo, fino a provare una sorta di "esaurimento empatico".

Nell'ambito dell'oncologia pediatrica, dove i pazienti sono bambini e il dolore emotivo è particolarmente intenso, l'infermiere può trovarsi a identificarsi profondamente con la sofferenza del paziente e della sua famiglia. Se questa empatia non viene gestita adeguatamente, può trasformarsi in un peso insostenibile, portando all'incapacità di mantenere una distanza emotiva necessaria per proteggere il proprio benessere.

Le manifestazioni della *Compassion Fatigue* includono:

- Estrema stanchezza emotiva, spesso accompagnata da un senso di apatia o indifferenza verso i pazienti.
- Difficoltà a provare compassione o empatia nei confronti di nuovi pazienti, con aumento dell'irritabilità e distacco nelle relazioni professionali.

Tali manifestazioni, sono traducibili in segni e sintomi oggettivi, analizzati nella tabella II

Tabella III: la "*Compassion Fatigue"* segni e sintomi negli infermieri, tratta da Brown et al., (2017), Boyle D. (2011) & Gilley (2000)

Sintomi emozionali	Sintomi cognitivi	Sintomi fisici	Sintomi sociali	Sintomi lavorativi
• Cinismo • Apatia • Rabbia • Scoraggiamento • Irritabilità • Diminuzione dell'entusiasmo • Sensazione di essere sopraffatti • Flashback o ricordi intrusivi di pazienti	• Noia • Incapacità di concentrazione • Disordine	• Diminuzione di energia • Minore resistenza • Meno forza • Affaticamento • Malessere generale	• Indolenza • Callosità • Alienazione • Isolamento • Indifferenza	• Assenteismo • Errori nella pratica esempio medicazioni, errori di archiviazione, documentazione. • Comunicazione stereotipata • Ritardo negli orari e scadenze • Evitamento di situazioni intense con pazienti

La *Compassion Fatigue* può compromettere seriamente la qualità delle cure infermieristiche, poiché l'infermiere non riesce più a entrare in relazione emotiva con i pazienti e può diventare meno disponibile a fornire assistenza empatica.

3.4 Fattori di rischio specifici in oncologia pediatrica

L'oncologia pediatrica rappresenta un contesto particolarmente vulnerabile allo sviluppo di *Burnout, Moral Distress e Compassion Fatigue*, a causa delle specifiche caratteristiche di questo ambiente di cura. Alcuni dei principali fattori di rischio includono:

- La sofferenza del paziente pediatrico: Gli infermieri sono costantemente esposti alla sofferenza fisica ed emotiva dei bambini e delle loro famiglie, una condizione che può rendere difficile mantenere una separazione emotiva.(Buckley et al., 2020)
- Prognosi incerte e trattamenti prolungati: Il trattamento oncologico pediatrico è spesso caratterizzato da lunghe fasi di incertezza, con trattamenti intensi che possono causare sofferenza prolungata sia fisica che psicologica. (Negrisolo et al., 2021)
- Il legame emotivo con il paziente e la famiglia: Gli infermieri in oncologia pediatrica tendono a sviluppare relazioni forti e personali con i piccoli pazienti e i loro familiari, il che può rendere più difficile accettare gli esiti sfavorevoli della malattia. (Zarenti et al., 2021)
- Decisioni etiche difficili: Gli infermieri, assieme ai medici, devono affrontare scelte etiche complesse riguardanti il trattamento e il fine vita dei bambini, decisioni che possono entrare in conflitto con i propri valori morali e professionali. (Macintyre et al., 2022)
- Contesti familiari difficili: a volte, le famiglie afflitte dal dolore, decidono di indirizzare rabbia e frustrazione verso il personale infermieristico. Questo, fa in un modo che si crei un clima di diffidenza e conflittualità tra i membri, che andrà ad incidere nel percorso di cura e incrementa l'insoddisfazione lavorativa. (Boyle et al., 2018)
- Menzogne: avere un bambino di fronte che pone domande riguardo la sua patologia o andamento, e non potergli rispondere per la scelta dei genitori di nascondere la verità ai figli, rende la situazione ancora più stressante e angosciante, sia per il professionista, che per il bambino che prova un senso di isolamento e ansia. (Salins et al., 2022)

- Disuguaglianze epistemiche: quando gli infermieri non sono informati delle decisioni terapeutiche e le loro opinioni non vengono incorporate nei processi decisionali o nelle discussioni interdisciplinari, divenendo i meri portavoce di scelte altrui , gli infermieri possono sentirsi impotenti e cadere in una condizione di frustrazione , che aumenterà il rischio di sviluppare *Burnout, Moral Distress o Compassion Fatigue*. (Negrisolo et al., 2012)

  Esistono due tipologie di disuguaglianza epistemica che sono: la testimoniale, per la quale chi parla viene screditato a causa dei pregiudizi di chi ascolta, o ermeneutica quando l'opinione professionale di un infermiere viene indebolita o ignorata. (Morley et al., 2019)
- L'impatto della morte di un paziente pediatrico: La morte di un bambino, specialmente dopo un lungo percorso di cura, è uno degli eventi più traumatici che un infermiere può affrontare. (Macintyre et al., 2022)

Questi fattori rendono essenziale l'adozione di strategie di supporto e prevenzione per tutelare il benessere psicologico degli infermieri in oncologia pediatrica, garantendo allo stesso tempo la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e alle loro famiglie.

CAPITOLO 4: MATERIALI E METODI

La metodologia utilizzata per la revisione della letteratura è stata rigorosa e sistematica, seguendo le linee guida per le revisioni narrative e sistematiche della letteratura.

4.1 Obiettivo di ricerca:

Lo scopo di questa revisione è di ricercare letteratura scientifica in grado di rispondere ai seguenti quesiti:

- quali sono le differenze tra Burnout, Moral Distress e Compassion Fatigue?
- quali sono i fattori che influenzano e favoriscono tali sindromi nell'area pediatrica oncologica?
- quali sono le conseguenze fisiche ed emotive sull' infermiere?

- esistono strategie e tecniche di prevenzione o elementi di alert?

4.2 Quesito di ricerca

Per indirizzare la ricerca scientifica è stato elaborato il seguente quesito, secondo il modello *PIO - Population* (Popolazione di riferimento), *Intervention* (Intervento) e *Outcome* (Esito/Risultati) (Figura 3):

"quali sono le strategie da adottare nella pratica quotidiana per la riduzione del carico emotivo e il rischio di burnout, moral distress e compassion fatigue tra gli infermieri che operano nella pediatria oncologica?"

Figura 1. *PIO* di Foreground della Revisione.

P: infermieri pediatrici oncologici
I: consigli e strategie da adottare nella pratica
O: diminuzione carico emotivo e rischio di *BURNOUT, MORAL DISTRESS E COMPASSION FATIGUE*

4.3 Parole chiavi, fonti di ricerca e criteri di selezione degli studi

Per individuare gli studi rilevanti sono stati consultati database scientifici di riferimento come PubMed, CINAHL, con parole chiave come *"burnout", "moral distress", "compassion fatigue*", " infermieri pediatrici oncologici", "strategie di prevenzione" e "coping".
Gli articoli sono stati selezionati secondo i seguenti criteri/filtri:

- *data di pubblicazione dal 2010-2024;*
- *presenza dell'abstract*
- rilevanza per il *contesto pediatrico oncologico*
- *redazione in lingue inglese o italiana*
- *qualità metodologica e validità degli interventi descritti*

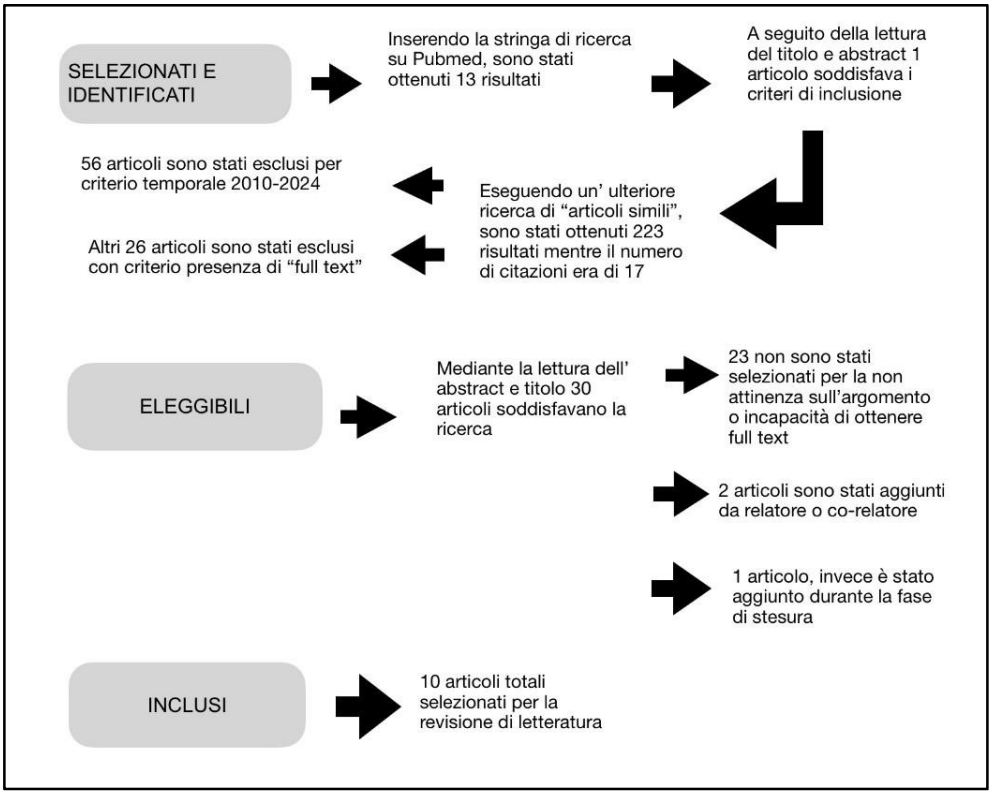
La stringa di ricerca utilizzata è stata:

("morale"[MeSH Terms] OR "morale"[All Fields] OR "morales"[All Fields] OR "moralism"[All Fields] OR "moralities"[All Fields] OR "moralization"[All Fields] OR "moralize"[All Fields] OR "moralized"[All Fields] OR "moralizing"[All Fields] OR "morally"[All Fields] OR "morals"[MeSH Terms] OR "morals"[All Fields] OR "moral"[All Fields] OR "morality"[All Fields]) AND ("distress"[All Fields] OR "distressed"[All Fields] OR "distresses"[All Fields] OR "distressful"[All Fields] OR "distressing"[All Fields]) AND ("pediatric nursing"[MeSH Terms] OR ("pediatric"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "pediatric nursing"[All Fields] OR ("nurse"[All Fields] AND "pediatric"[All Fields]) OR "nurse pediatric"[All Fields]) AND ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "oncology"[All Fields] OR "oncology s"[All Fields]).

4.4 Percorso di revisione

La selezione della letteratura è stata effettuata come evidenziato nel Prisma di ricerca (figura 2).

Figura 2: Prisma di ricerca



CAPITOLO 5: RISULTATI DELLA RICERCA

Dall'analisi della letteratura emergono numerose strategie di prevenzione per il carico emotivo degli infermieri in oncologia pediatrica. Gli studi recenti sottolineano l'importanza di approcci integrati che coinvolgano sia il supporto individuale che quello organizzativo.

- Gli interventi basati sulla *mindfulness* si sono dimostrati efficaci nel ridurre il Burnout e migliorare la capacità degli infermieri di gestire lo stress. (Buckley et al., 2020)
- Una buona comunicazione e un buon rapporto con colleghi e supervisori, mediante debriefing e leadership infermieristiche, sono stati evidenziati come pratiche utili per prevenire la Compassion Fatigue. (Chen et al., 2017 e Roney et al., 2018)

- La presa in carico del paziente da parte di tutta l'equipe medico infermieristica, invece, è stata proposta per prevenire il *Moral Distress. (*Negrisolo et al., 2012)

Diversi studi come Zander et al. (2010), Chen et al. (2017), Boyle et al. (2018) e Zarenti et al. (2021) suggeriscono inoltre come l'efficacia di programmi di supporto psicologico strutturati e formazioni centrate sui fattori di rischio, sulla resilienza e sul Coping, assieme alla pratica stessa, siano efficaci per prevenire tutte e tre le sindromi.

Più precisamente, Chen et al. (2017) e Roney et al. (2018), trattano il concetto di *Compassion Fatigue.* Chen et al (2017) è un studio descrittivo che, prendendo in considerazione una popolazione di 173 infermieri pediatrici, analizza l'influenza dei tratti della personalità e caratteristiche socio-demografiche nella soddisfazione lavorativa e conseguente rischio di *Compassion Fatigue* mediante l'utilizzo di 3 strumenti , il primo che misura i fattori socio demografici, il secondo per valutare come il contesto lavorativo incida sul grado di soddisfazione, fatica e compassione e il terzo per valutare i tratti di personalità degli individui. Roney et al. (2018), invece, descrive il rapporto insite tra soddisfazione lavorativa e incidenza di

Compassion Fatigue, somministrando a una popolazione di 318 infermieri pediatrici 3 questionari: il primo di tipo demografico, il secondo per rilevare il grado di soddisfazione lavorativa e il terzo per misurare la qualità della vita professionale.
Ad approfondire il concetto di *Moral Distress,* invece vi sono gli studi di Negrisolo et al. (2012) e Morley et al. (2019). Morley et al. (2019) è una sintesi narrativa, che include 34 studi, la quale riporta la principale definizione di *Moral Distress* degli infermieri, riconducibile a Jameton (1948), ed esplica maggiormente le condizioni che inducono il disagio morale tra il personale infermieristico.
Negrisolo et al. (2012) è uno studio trasversale-osservazionale che propone un adattamento italiano della scala di misurazione "*moral distress scale*" per gli infermieri, ideata da Corley nel 1995, che viene sottoposta a una popolazione di 132 infermieri per identificare le situazioni maggiormente associate al disagio morale e di conseguenza proporre delle strategie che ne diminuiscono l'insorgenza.
A prestare attenzione alla *Burnout Syndrom* è Buckley et al. (2020): una revisione esplorativa che include 78 studi, il cui scopo è di indagare la prevalenza/ grado di *Burnout* tra gli infermieri pediatrici, i fattori correlati, gli esiti e interventi volti alla prevenzione di tale sindrome.
Uno sguardo più ampio sulle tre sindromi di *Moral Distress, Compassion Fatigue e Burnout,* lo pongono Macintyre et al. (2022), Zarenti et al (2021) e Boyle et al. (2018), i quali indagano tutti i fattori di rischio che inducono all'insorgenza di esse. Nello specifico Macintyre et al. (2022) e Boyle et al. (2018) sono revisioni di letteratura che includono il primo nove articoli e il secondo prende corpo nel "Journal of Pediatric Nursing 40 (2018)" e infine Zarenti et al. (2021) è una revisione sistematica di 23 studi. Macintyre et al (2022) riporta esempi concreti di fattori specifici dell'area, come "*molti decessi nel breve arco di tempo, famiglie affette da dolore che riversano la rabbia verso il personale o deterioramenti rapidi di bambini inizialmente stabili".*
Boyle et al. (2018) delinea e rivede le conseguenze emotive del lavoro degli infermieri pediatrici oncologici analizzando, prima, le diverse sindromi prese singolarmente e successivamente, indagando le strategie da attuare per ognuna di esse. Zarenti et al. (2021) riassume le prove relative allo stress professionale degli operatori sanitari che lavorano con pazienti pediatrici affetti da cancro identificando

le cause di natura organizzativa, personale e relazionali che inducono un disagio più elevato.
Ad affrontare due macroaree diverse, ma correlate alle sindromi in analisi, ovvero Moral Distress, Compassion Fatigue e Burnout sono Salins et al. (2020) e Zander et al (2010), due revisioni di letteratura. Salins et al. (2022) evidenzia i bisogni dei bambini e loro famiglie e identifica le situazioni che a lungo andare possono portare un incremento dell'insoddisfazione lavorativa per i professionisti sanitari come: "*la scelta da parte dei genitori di nascondere la verità al proprio figlio";* mentre Zander et al. (2010), definisce il coping, i fattori di coping e il concetto di resilienza, intesa come "*capacità di affrontare e adattarsi efficacemente di fronte alle avversità*".

5.1 Sintesi delle evidenze

La sintesi delle evidenze emerse dalla revisione della letteratura evidenzia che non esiste un singolo approccio risolutivo per prevenire il carico emotivo, ma piuttosto un insieme di strategie che devono essere adattate al contesto lavorativo e personale degli infermieri.

- Gli interventi individuali vengono analizzati dalla letteratura di Zander et al. (2020), Boyle et al. (2028), Buckley et al. (2020), Macintyre et al. (2022) e Salins et al. (2022). Essi riportano esempi di attività di cura di sé e piccole azioni quotidiane come la *mindfulness* e le tecniche di gestione dello stress come metodi efficaci per favorire una migliore gestione del proprio carico emotivo.
- Le strategie organizzative come il supporto tra colleghi, una comunicazione aperta, la supervisione, la presa in carico del paziente da parte di tutta l'equipe, l'utilizzo di blog o gruppi di supporto, lo *storytelling e il debriefing*, vengono, invece, riportati negli studi di Negrisolo et al. (2012), Chen et al. (2017), Boyle et al. (2018), Roney et al. (2018) e Macityre et al. (2019) che riconoscono il loro ruolo cruciale per fornire un sostegno emotivo continuo e prevenire il senso di isolamento tra l'equipe.
- I programmi di formazione continua e le iniziative di supporto psicologico, volti al redigere di rapporti sani e costruttivi con i pazienti e le loro famiglie, a

comunicare efficacemente, al riconoscimento precoce dei fattori di rischio delle sindromi, con relativa sintomatologia e effetti, e al riconoscimento dei bisogni assistenziali e medici delle casistiche, a seconda del livello cognitivo e emotivo del paziente; vengono riportati da studi condotti da Zander et al. (2010), Boyle et al. (2018), Buckley et al. (2020), Zarenti et al. (2021), Macityre et al. (2022) e Salins et al. (2022).

5.2 Modelli efficaci di supporto per infermieri in oncologia pediatrica

Dalla revisione degli studi emerge che i modelli più efficaci di supporto per gli infermieri in oncologia pediatrica sono quelli che adottano un approccio multidimensionale, centrato su:

- Supporto psicologico continuo: sessioni di *counselling* e gruppi di supporto per permettere agli infermieri di elaborare le emozioni negative. (Zarenti et al., 2021)
- Supervisione clinica e *mentoring* (Boyle et al., 2018 & Roney et al., 2018)
- Programmi di formazione sulla gestione emotiva: corsi specifici sulla gestione dello stress, sullo sviluppo della resilienza e sulle tecniche di coping. (Negrisolo et al., 2012)
- *Debriefing* regolari (Boyle et al., 2018)
- Collaborazione interdisciplinare (Negrisolo et al., 2012)

Questi modelli si sono dimostrati particolarmente efficaci nel migliorare il benessere degli infermieri e nel garantire una continuità di assistenza di qualità ai pazienti pediatrici oncologici.

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE

Nel contesto dell'oncologia pediatrica, la teoria e la pratica infermieristica spesso si trovano a confrontarsi con sfide complesse legate al carico emotivo. La teoria infermieristica mette in evidenza l'importanza della cura olistica, della relazione terapeutica e dell'empatia, aspetti fondamentali nel garantire un'assistenza di qualità. Tuttavia, nella pratica quotidiana, queste dimensioni possono essere difficili da sostenere a causa delle intense richieste emotive e fisiche che l'assistenza ai pazienti oncologici pediatrici comporta. (Boyle et al., 2018)

Nonostante gli strumenti e le strategie teoriche esistenti per affrontare il *Burnout, il Moral Distress e la Compassion Fatigue*, molti infermieri trovano difficoltà nell' implementarli a causa della pressione lavorativa, della scarsità di risorse o della mancanza di supporto organizzativo.

Il confronto tra teoria e pratica rivela dunque un divario significativo, in cui il potenziale delle strategie di prevenzione spesso non si traduce completamente in beneficio per gli infermieri. Gli approcci teorici riconoscono l'importanza della cura di sé e del supporto istituzionale, ma questi non sono sempre facilmente accessibili o prioritizzabili nelle strutture sanitarie. Per colmare questa distanza, è necessario non solo implementare le strategie esistenti, ma anche adattarle alle specifiche esigenze del contesto lavorativo degli infermieri in oncologia pediatrica.

6.1 Punti di forza e limiti delle strategie di prevenzione

Le strategie di prevenzione del carico emotivo oggi disponibili presentano diversi punti di forza, ma anche dei limiti che devono essere riconosciuti per favorire un reale cambiamento nel supporto agli infermieri.

Punti di forza:

- Approcci individuali consolidati: Tecniche di gestione dello stress, *mindfulnes*s e resilienza quando utilizzati regolarmente, aiutano gli operatori a gestire l'accumulo di stress e a prevenire l'esaurimento emotivo.

- Interventi organizzativi: Il supporto tra colleghi, i gruppi di supervisione e i *debriefin*g post-evento possono essere fondamentali per il benessere del personale, favorendo un clima lavorativo più coeso e collaborativo.
- Formazione continua: I programmi di formazione che insegnano competenze emotive e tecniche di *coping* si sono dimostrati efficaci nel migliorare la resilienza degli infermieri e nel prevenire il *Burnout e la Compassion Fatigue.*

Limiti:

- Accessibilità limitata: In molti contesti lavorativi, l'accesso a strumenti di supporto psicologico o di formazione continua non è sempre garantito o facilmente fruibile, soprattutto a causa di carenze di personale o di risorse.
- Applicabilità limitata: Le strategie individuali, come la *mindfulness* o la gestione dello stress, richiedono un impegno costante e personale che non tutti gli infermieri riescono a sostenere nel lungo periodo, soprattutto in presenza di condizioni di lavoro gravose.
- Mancanza di personalizzazione: Non tutte le strategie sono efficaci per tutti gli infermieri; le differenze individuali richiedono approcci personalizzati che tengano conto delle specifiche esigenze emotive, personali e professionali.

Questi limiti sottolineano la necessità di un miglioramento nell'approccio alla prevenzione del carico emotivo, soprattutto nel contesto dell'oncologia pediatrica, dove il supporto psicologico e professionale diventa una risorsa fondamentale per garantire la qualità delle cure.

6.2 Proposte per migliorare il supporto agli infermieri

Per migliorare il supporto agli infermieri che operano in oncologia pediatrica, è necessario adottare un approccio sistemico e multidimensionale, che coinvolga sia l'individuo che l'istituzione.

Dalla letteratura è emerso come varie metodiche riportate nella *tabella IV* sono atte a favorire un supporto dal punto di vista educativo, di benessere e psicosociale all'infermiere , andando ad agire incrementando tre caratteristiche importanti e indispensabili per il personale dell' oncologia pediatrica, che sono la:

- *resilienza:* capacità di superare situazioni negative e adattarsi di fronte a perdite, difficoltà o avversità. In cui l'individuo è capace di attuare cambiamenti a livello personale che gli consentono di sopravvivere e prosperare, a seguito di una situazione stressante, trasformando le esperienze negative in possibilità di crescita (Zander et al, 2010).
- *flessibilità psicologica:* capacità di stare nel momento presente nonostante le diverse difficoltà quali pensieri, impulsi, ricordi o emozioni negative. La quale permette di adattarsi alle diverse situazioni che si presentano, andando ad "abbracciare" le difficoltà e le sfide, per accettarle e condurre una vita in linea con i propri principi (Moderato et al., 2020 e Kashdan & Rottenberg, 2010).
- *autoefficacia*: caratteristica che consente lo sviluppo della consapevolezza di noi stessi nell' essere in grado di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti. Essa si basa su processi cognitivi, motivazionali, affettivi e di selezione: i primi consistono nella conoscenza delle diverse strategie e risorse, nella valutazione generale delle proprie capacità/abilità, nella selezione degli obiettivi primari e generazione delle opzioni di *problem solving* adattate al caso; i secondi indicano il nostro grado di motivazione interiore; i terzi l'affetto che noi riportiamo verso noi stessi e gli ultimi l'insieme delle decisioni che prendiamo per creare il *setting* fisico e sociale migliore che faciliterà il raggiungimento degli obiettivi (Bandura A., 2000).

Tabella IV: strategie di coping e resilienza, tratte da Zander et al. (2010), Negrisolo et al. (20212), Boyle et al. (2018) e Buckley et al. (2020)

STRATEGIE A LIVELLO INDIVIDUALE	**STRATEGIE A LIVELLO DI GRUPPO**	**STRATEGIE A LIVELLO ORGANIZZATIVO E UNIVERSITARIO**
		Programmi di lutto pediatrico che sostengono il dolore degli infermieri. (Un esempio è il corso di beta formazione "Accompagnare alla fine del ciclo di vita, morte e lutto", destinato a infermieri, medici, psicologi e OSS, il cui obiettivo è esplorare le difficoltà di affrontare il tema del lutto del paziente nel fine vita.)
Workshop, focus group, seminari educativi, Attività e laboratori di autoconsapevolezza per identificare i fattori di rischio/ situazioni per le quali l'infermiere può provare emozioni contrastanti, conoscere i fattori di protezione /strategie da poter usufruire e comprendere come particolari eventi della vita possano influenzare la vita professionale promuovendo la flessibilità psicologica Esempio: *Acceptance and Commitment Therapy*: forma di psicoterapia cognitiva comportamentale che mira a sviluppare la capacità dell'individuo di incrementare la sua consapevolezza e contatto con		Laboratori educativi, corsi, seminari, *workshop*, offerte di formazione continua e incontri periodici per istruire e formare il personale infermieristico riguardo: -parte medica e assistenziale dei tumori infantili -tecniche di comunicazione - valutazione aspetto psicologico del bimbo, adolescente e famiglia per la

l'esperienza del momento per riconoscere e perseguire i propri obiettivi mediante strategie di accettazione, mindfulness e modificazioni del comportamento volte a incrementare la flessibilità psicologica		promozione del benessere e cura durante le varie fasi del percorso di malattia, Il tutto per implementare la percezione di 'autoefficacia" degli infermieri Esempio: corso ECM sull' intelligenza emotiva e *mindfulness* per l'infanzia e adolescenza; pensato per tutti i professionisti che lavorano con bambini e adolescenti è volto all'esplorazione di tecniche volte alla promozione delle competenze sociali ed emotive in età scolare, mediante tecniche di gioco e creatività.
Svolgere attività all'aria aperta	*De-briefing* periodici in cui discutere di eventuali fattori di stress interni l'unità operativa, risultati assistenziali positivi ottenuti e aspetti emotivi insorti a seguito di una morte impegnativa o un incidente irrisolto, guidati da eventuali facilitatori qualificati	Educazione del personale riguardo fattori di rischio, caratteristiche, esiti e strategie per prevenire *burnout, moral distress, compassion fatigue* Esempio: corso ECM di "*Compassion Mind Training*": psicoterapia cognitiva comportamentale mindfulness-based volta a comprendere come senso di colpa, vergogna e autocritica

		siano ritenuti elementi centrali delle diverse sindromi psicologiche (incluse burnout, stress lavoro-correlato e dolore); con l'obiettivo di aiutare il professionista a riconoscere i segnali e , analizzarli e attuare strategie efficaci
Trovare un significato nella propria pratica infermieristica riconoscendone gli effetti positivi ottenuti dall'assistenza ai pazienti e alla famiglia.	Supporto di squadra con condivisione interna della squadra di storie (*Storytelling*), pensieri ed emozioni in maniera confidenziale per la creazione di un ambiente sicuro e gradevole	Monitoraggio periodico del personale mediante scale per riconoscere eventuali fattori o scenari scatenanti
Inserimento del journal: tecnica di scrittura giornaliera in cui l'individuo da parola a pensieri, emozioni e preoccupazioni	Comunicazione aperta tra dipendenti e supervisori basato su un modello del prendersi cura l'uno dell'altro con supporto tra pari	Programmi di sostegno spirituale
Attività di piacere come yoga, massaggi, arteterapia, aromaterapia e Reiki (antica pratica buddista-tibetana che mediante l'utilizzo delle	*Leadership* infermieristica Con incarico di un *leader* innovativo e creativo che sappia: -ascoltare,	Ritiri annuali a carattere didattico e pratico incentrati sulla cura di sé, rinnovamento emotivo, gestione stress, dolore e lutto

mani riequilibra le energie dell'individuo)	-sostenere -trasmettere entusiasmo e impegno -incoraggiare -definire l'ideale da raggiungere con piccoli obiettivi, volti a coinvolgere tutto il personale nella creazione di un ambiente lavorativo soddisfacente e gradevole.	Esempio: il borgo tutto vita a Firenze è un luogo di vita all'aperto dove le persone, in particolare persone affette da patologie inguaribili, sono accompagnate a vivere in pienezza ogni istante partecipando a tutte le attività del villaggio per un sostegno sanitario e spirituale. Questo borgo offre, anche, la possibilità agli operatori professionali di effettuare dei ritiri annuali volti a rinnovamento emotivo e contributo per la formazione sull'umanizzazione della cura
Aspetti di cura di sé quali esercizio fisico, meditazione, sonno, umorismo, tecniche di pensiero positivo, visualizzazioni e affermazioni positive	Utilizzo di blog o gruppi di supporto online per esprimere opinioni, consigli e obblighi dei *setting* lavorativo	Corsi universitari che evidenzino strategie di prevenzione e mitigazione del malessere emotivo per studenti e neoassunti
Intraprendenza	Identificazione dei *mentor*: infermieri con maggiore esperienza che guidano gli altri nello sviluppare nuove	Inserimento di programmi specifici introduttivi o avanzati a partire dall'analisi generale dei bisogni e priorità del personale

	competenze, al fine di perseguire la strada più giusta per quel contesto/ necessità della famiglia	
Laboratori di riflessività sulla vita emozionale in cui dare spazio alla rielaborazione di emozioni connesse alla cura e determinare i confini personali professionali.		Introdurre programmi di supporto infermieristico con personale dedicato
Spiritualità/religione		Interventi sul work *setting* utili a gestire il lavoro emotivo degli infermieri come: -*time out:* riconoscimento di dieci minuti di tempo in ogni turno per ogni infermiere per consentirgli di prendere una pausa e riorganizzarsi in un ambiente confortevole -codice bianco: invocato al momento della morte di un paziente, consiste nell'arrivo di un'equipe che si recherà dall'infermiere incaricata di prendersi cura di egli, per offrigli un aiuto e supporto emotivo
Supporto sociale		Riduzione del numero di pazienti assegnati
Investire nelle relazioni con i pazienti e la famiglia		Rotazione dei turni

utilizzando strategie di autoconservazione	
	Garantire adeguati periodi di riposo
	Fornire periodicamente programmi di sviluppo professionale riguardo strategie di *coping*, comunicazione interdisciplinare, risoluzione dei conflitti, intelligenza emotiva, resilienza, *team building* e gestione dello stress Un esempio è il corso ECM "La *mindfulnes*s e la gentilezza nelle relazioni di cura " , pensato per tutti i professionisti che lavorano all'interno di contesti, in cui ci si trova di fronte a un continuo e lungo contatto con il dolore e sofferenza altrui ; cui obiettivo è di gestire stanchezza e fatica emotiva
	Promuovere incentivi per la salute personale
	Presa in carico globale del paziente da parte di tutta l'equipe medico-infermieristica, con

	condivisione problemi e presa in considerazione di entrambi i soggetti.
	Sottoscrizione di protocolli di fine vita e cure palliative

Le strategie di coping e resilienza, emerse dalla letteratura, che possono dunque prevenire *Burnout, Moral Distress e Compassion Fatigue*, e che possono essere utilizzate sia a livello individuale che di gruppo, possono essere quindi riassunte in:

Strategie individuali: gestione dello stress, tecniche di rilassamento e resilienza

La gestione del carico emotivo in oncologia pediatrica richiede un impegno attivo da parte dell'infermiere, che può sviluppare una serie di strategie individuali per prevenire o ridurre gli effetti negativi del *Burnout, del Moral Distress e della Compassion Fatigue.*

Tra questi ritroviamo:

- Gestione dello stress: Gli infermieri possono adottare tecniche di gestione dello stress, come l'identificazione precoce dei segnali di sovraccarico emotivo e l'implementazione di strategie pratiche per affrontarlo, come l'organizzazione del tempo, la pianificazione delle attività quotidiane, l'esecuzione di attività all'aria aperta e il bilanciamento tra lavoro e vita personale (Macityre et al., 2022)
- Tecniche di rilassamento: Tecniche come respirazione profonda, massaggi, aromaterapia, Reiki, rilassamento muscolare progressivo e meditazione sono strumenti efficaci per ridurre la tensione fisica e mentale. L'uso quotidiano di queste tecniche può aiutare a scaricare lo stress accumulato durante l'assistenza a pazienti gravemente malati.(Boyle et al., 2018)
- Benessere emotivo: il mantenimento di un atteggiamento positivo, una riflessione sulle esperienze di lavoro, la coltivazione del sostegno sociale e

la creazione di opportunità di crescita personale e professionale anche nei momenti di difficoltà, aiutano gli infermieri a sviluppare la propria resilienza e soddisfazione lavorativa. (Boyle et al., 2018 & Chen et al., 2018)

Tecniche per incrementare tale benessere, possono essere rappresentate da tecniche di pensiero positivo, visualizzazioni, affermazioni positive e umorismo. (Boyle et al., 2018)

Strategie organizzative: supporto dei colleghi, supervisione e formazione continua

Le istituzioni sanitarie possono svolgere un ruolo chiave nella prevenzione e nella gestione del carico emotivo, implementando strategie organizzative mirate a supportare gli infermieri.

Tra esse troviamo:

- Supporto dei colleghi: Il lavoro di squadra e il supporto reciproco tra colleghi rappresentano un'importante risorsa per la gestione dello stress. La condivisione di esperienze mediante lo *stoytelling*, la collaborazione e la costruzione di un ambiente lavorativo solidale, possono ridurre il senso di isolamento e migliorare il benessere emotivo del personale. (Macityre et al., 2022).

  Gruppi di discussione, de briefing, blog o la partecipazione a gruppi di supporto, dopo situazioni particolarmente emotive, possono, invece, aiutare gli infermieri a elaborare le proprie esperienze e ridurre il carico psicologico.(Boyle et al., 2018)
- Supervisione: Il supporto da parte di supervisori o responsabili clinici è fondamentale. Un supervisore attento può identificare precocemente i segni di *Burnout* o stress nei membri del team e offrirne il giusto sostegno. *Leadership* infermieristiche efficaci e l'identificazione di *"mentor*", ovvero infermieri con maggiore esperienza lavorativa che guidano i giovani professionisti verso lo sviluppo di nuove competenze utili per il *setting* assistenziale, costituiscono un enorme aiuto per guidare il personale verso

obiettivi comuni e creare un ambiente lavorativo soddisfacente e innovativo. (Roney et al., 2018)

Le supervisioni periodiche, invece, aiutano gli infermieri a riflettere sulle situazioni eticamente più complesse, e riconoscere precocemente eventuali segni e sintomi comparsi. (Buckley et al., 2020)

- Formazione continua: La formazione continua, con particolare attenzione alle competenze relazionali, con valutazione dell'aspetto psicologico del bambino, adolescente e famiglia nelle varie fasi di malattie, alla gestione dello stress, al riconoscimento precoce dei segnali di esaurimento emotivo e agli elementi medici e assistenziali dei tumori infantili, è essenziale per preparare gli infermieri ad affrontare le sfide della pratica oncologica. (Zander et al., 2010)

  Una parte integrante dello sviluppo professionale, è permesso anche da programmi di formazione dedicati alla salute mentale e alla cura di sé. (Boyle et al., 2018)
- Protocolli di cure palliative e di fine vita: la stesura di tali protocolli, risulta essere un importante aiuto per i professionisti nell'indirizzare la pratica medica verso obiettivi in livello con la situazione clinica. (Boyle et al., 2018)
- Interventi sul *work setting*: l' inserimento di "codici" come Time Out di 10 minuti o "Codice bianco" invocati a seguito della morte di un paziente, permettono agli infermieri di riconoscere le emozioni presenti, prendere una pausa e riorganizzarsi in un ambiente confortevole (Boyle et al. 2018).
- Collaborazione interdisciplinare: incoraggiare una presa in carico, globale, del paziente da parte di tutta la equipe medico-infermieristica, e di altre figure professionali, aumenta la soddisfazione lavorativa e rappresenta un importante fattore di prevenzione per l'insorgenza di *Burnout, Moral Distress e Compassion Fatigue*. (Negrisolo et al., 2012)

Approcci basati sulla mindfulness e sul benessere psicologico

Gli approcci basati sulla *mindfulness* si sono dimostrati particolarmente efficaci nella gestione del carico emotivo per gli infermieri in oncologia pediatrica. La *mindfulness* implica lo sviluppo di una consapevolezza non giudicante del momento presente, che aiuta a ridurre lo stress e a migliorare la regolazione emotiva.

- *Mindfulness*: Le pratiche di *mindfulness*, come la meditazione o la consapevolezza corporea, sono strumenti utili per aiutare gli infermieri a rimanere centrati nel presente e a distanziarsi emotivamente dai pensieri negativi o dai sentimenti di stress. La *mindfulness* può essere utilizzata come strumento per prevenire il *Burnout,* facilitando una maggiore autoconsapevolezza e la gestione delle emozioni. Inoltre, lo svolgimento di attività e laboratori di autoconsapevolezza, permettono agli infermieri , non solo di essere consapevoli delle emozioni contrastanti che possono provare in certe situazioni, ma comprendere anche quali sono le strategie da poter usufruire, promuovendo la flessibilità psicologica e l'intelligenza emotiva. (Zander et al., 2010)
- Benessere psicologico: Oltre alla *mindfulness*, tecniche di cura di sé come la pratica di hobby rilassanti, l'esercizio fisico, il mantenimento di una dieta equilibrata, ritiri annuali a carattere didattico, e un'adeguata gestione del sonno sono essenziali per il benessere psicologico. (Boyle et al., 2018 & Buckley et al., 2020)

Gli infermieri che svolgono la loro attività nei contesti dell' oncologia pediatrica dovrebbero essere incoraggiati a prendersi cura della propria salute fisica e mentale in modo proattivo, riducendo così il rischio di sviluppare esaurimenti emotivi.

Interventi specifici da incrementare nelle organizzazioni per la prevenzione del Burnout, Moral Distress e Compassion Fatigue

Diversi interventi basati sull'evidenza sono stati sviluppati per prevenire il *Burnout, il Moral Distress e la Compassion Fatigue* tra gli infermieri. Questi interventi sono

stati validati in numerosi studi e rappresentano approcci efficaci nella gestione del carico emotivo.

I principali sono:

- Programmi di supporto psicologico: Offrire agli infermieri accesso a consulenze psicologiche o a gruppi di supporto emotivo può essere un intervento efficace per ridurre il *Burnout e la Compassion Fatigue*. Le sessioni di supporto psicologico forniscono uno spazio sicuro per elaborare le esperienze lavorative più stressanti e favoriscono il rilassamento e la rielaborazione delle emozioni difficili. (Boyle et., 2018)
- *Debriefing* strutturato: Dopo situazioni ad alto impatto emotivo, come la morte di un paziente pediatrico, sessioni di d*ebriefing* strutturato offrono agli infermieri l'opportunità di riflettere sull'accaduto, confrontarsi con i colleghi e ricevere supporto per elaborare il proprio vissuto. Questo tipo di intervento riduce il rischio di *Moral Distress* e aiuta a prevenire l'accumulo di stress emotivo.(Boyle et al., 2018)
- Programmi di resilienza: Alcune organizzazioni implementano programmi di resilienza basati su tecniche cognitive e comportamentali, insegnando agli infermieri strategie specifiche per affrontare lo stress emotivo e sviluppare competenze di *coping* efficaci. Questi programmi aiutano gli infermieri a sviluppare una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e a costruire meccanismi di difesa più solidi contro lo stress. (Zander et al., 2010)

L'adozione di queste strategie, individuali e organizzative, risulta cruciale per mantenere il benessere psicologico degli infermieri in oncologia pediatrica e garantire che siano in grado di fornire cure di alta qualità, nonostante il carico emotivo associato alla loro pratica professionale.

CAPITOLO 7: CONCLUSIONI

Il carico emotivo affrontato dagli infermieri che operano in oncologia pediatrica rappresenta una sfida significativa e complessa. L'intensità delle emozioni vissute, la responsabilità nella cura di bambini gravemente malati e il confronto costante con la sofferenza e la morte possono esporre questi professionisti a rischi elevati di *Burnout, Moral Distress e Compassion Fatigue.* Attraverso questa tesi è emerso come tali condizioni non solo influenzino il benessere degli infermieri, ma possano anche compromettere la qualità delle cure fornite ai pazienti e il funzionamento complessivo delle organizzazioni sanitarie.

Le strategie di prevenzione individuate nella letteratura evidenziano l'importanza di interventi multifattoriali che includano supporto psicologico, formazione continua sulle tecniche di gestione dello stress, creazione di spazi di riflessione, confronto tra pari e l'adozione di pratiche organizzative che promuovano un ambiente di lavoro sostenibile. È fondamentale che le istituzioni sanitarie si impegnino a implementare tali strategie, favorendo un approccio proattivo e integrato alla gestione del benessere degli infermieri.

Infine, questa tesi ha sottolineato la necessità di una maggiore consapevolezza e sensibilizzazione sul tema del carico emotivo nel contesto dell'oncologia pediatrica. Solo attraverso un impegno congiunto e una visione olistica del benessere del personale sanitario sarà possibile prevenire in modo efficace il *Burnout, il Moral Distress e la Compassion Fatigue*, garantendo così una cura più empatica e umana per i piccoli pazienti e le loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA

Bellantuono C., Nardi B. & Mircoli G. (2009) *Manuale essenziale di psichiatria.* Il pensiero scientifico editore.

Biggs A. & Brough P.& Drummond S. (2017) Lazarus and Folkman's *Psychological Stress and Coping Theory. Chapter 21. The handbook of stress and Health: a guide to research and Practice, First edition*. https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21

Boyle D. A. (2011). *Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. Online journal of issues in nursing,* 16(1), 2. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02

Boyle, D. A., & Bush, N. J. (2018*). Reflections on the Emotional Hazards of Paediatric Oncology Nursing: Four Decades of Perspectives and Potential. Journal of paediatric nursing*, 40, 63–73. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.03.007

Booth, J.W., Neill, J.T. *Coping strategies and the development of psychological resilience. Journal of Outdoor and Environmental Education* 20, 47–54 (2017). https://doi.org/10.1007/BF03401002

Brown, J. L. C., Ong, J., Mathers, J. M., & Decker, J. T. (2017). *Compassion Fatigue and Mindfulness: Comparing Mental Health Professionals and MSW Student Interns. Journal of evidence-informed social work*, 14(3), 119–130. https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1302859

Buckley, L., Berta, W., Cleverley, K., Medeiros, C., & Widger, K. (2020). *What is known about paediatric nurse burnout: a scoping review. Human resources for health,* 18(1), 9. https://doi.org/10.1186/s12960-020-0451-8

Chen, Y. P., Tsai, J. M., Lu, M. H., Lin, L. M., Lu, C. H., & Wang, K. K. (2018). *The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. Journal of advanced nursing,* 74(5), 1180–1188.
https://doi.org/10.1111/jan.13516

Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*, *33*(2), 250–256. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., & Sinsky, C. A. (2017). *Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care*. *National Academy of Medicine Perspectives*.

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Routledge

Kaplan H., Sadock B.J., & Grebb J.A. (1997) *Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica.* Centro Scientifico Int.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2000). *Preventing Burnout and Building Engagement: A Complete Program for Organizational Renewal*. Jossey-Bass

Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1).

Macintyre, M. R., Brown, B. W. J., & Schults, J. A. (2022). Factors *Influencing Paediatric Haematology/Oncology Nurse Retention: A Scoping Review. Journal of paediatric haematology/oncology nursing*, 39(6), 402–417.
https://doi.org/10.1177/27527530221099899

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: The Cost of Caring*. Malor Books

Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). *What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. Nursing ethics,* 26(3), 646–662. https://doi.org/10.1177/0969733017724354

Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2020). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing ethics*, *27*(5), 1297–1314. https://doi.org/10.1177/0969733019874492

Negrisolo, A., & Brugnaro, L. (2014). Il *moral distress* nell'assistenza infermieristica. PROFESSIONI INFERMIERISTICHE, 65(3). Recuperato da https://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/84

Peters, E. (2018). *Compassion Fatigue in Nursing: A Concept Analysis*. *Nursing Forum*, 53(4), 466-480.

Pfifferlin John-Henry & Kay Gilley (2000) Superare la fatica della compassione Quando praticare la medicina sembra più un lavoro che un lavoro d'amore, prendi provvedimenti per guarire il guaritore. Fam Pract Manager. 7(4):39-44.

Roney, L. N., & Acri, M. C. (2018). *The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses. Journal of pediatric nursing*, 40, 74–80. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.016

Rothschild, B. (2006). *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. W. W. Norton & Company.

Rushton, C. H., Schoonover-Shoffner, K., & Kennedy, M. S. (2017). *Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience*. *American Journal of Nursing*, 117(2), 52-56.

Salins, N., Hughes, S., & Preston, N. (2022*). Palliative Care in Paediatric Oncology: an Update. Current oncology reports*, 24(2), 175–186. https://doi.org/10.1007/s11912-021-01170-3

Zander, M., Hutton, A., & King, L. (2010). *Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses. Journal of pediatric oncology nursing: official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses,* 27(2), 94–108. https://doi.org/10.1177/1043454209350154

Zarenti, M., Kressou, E., Panagopoulou, Z., Bacopoulou, F., Kokka, I., Vlachakis, D., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2021). *Stress among pediatric oncology staff. A systematic review. EMBnet.journal*, 26, e981. https://doi.org/10.14806/ej.26.1.981

SITOGRAFIA

Classificazione internazionale delle malattie (ICD).
Retrieved from:
https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases

Definizione di Coping.
Retrieved from:
https://www.stateofmind.it/2023/06/strategie-coping/

Definizione di Stress.
Retrieved from:
https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress

Definizione moral distress
Retrieved from:
https://www.merriam-webster.com/dictionary/compa ssion%20fatigue

Flessibilità e vicinanza emotiva per gestione stress.
Retrieved from:
https://www.stateofmind.it/2018/10/stress-coping/

Il codice deontologico delle professioni sanitarie.
Retrieved from:
https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/#1571846131365-8f70c763-6358

Studio Nursing Up: “Crisi infermieristica in Italia: il 56% degli infermieri abbandona il SSN”
Retrieved from:
https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/crisi-infermieristica-italia-56-degli-infermieri-abbandona-ssn.html?Itemid=1920

Servizio di analisi dei costi del turnover italiano:
Retrieved from:
https://www.infermiereonline.org/2022/09/15/turn-over-ed-intent-to-leave/

Interpretazione punteggio di ProQOL.
Retrieved from:
https://www.asstpavia.it/sites/default/files/COVID_19_e_stress_professionale_3_1.pdf

Report Nazionale AOPI.
Retrieved from:
http://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2683/RN4CAST-IT-%20PED%20Report%20generale%20%20-1-.pdf

Studio BENE: in burnout 6 infermieri su 10. Qualità delle cure e sicurezza dei pazienti a rischio:
Retrieved from:
https://www.bing.com/search?q=Studio+BENE%3A+in+burnout+6+infermieri+su+10.+Qualità+delle+cure+e+sicurezza+dei+pazienti+a+rischio&cvid=bcdb9f1c1986408b9b02f4ed12c0f84c&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDIxODIqMGo0qAIIsAIB&FORM=ANAB01&PC=ACTS

Incidenza tumori pediatrici in Italia dal 2016 al 2020
https://www.airc.it/pediatrici

Rapporto numeri di diagnosi di cancro in soggetti di età compresa tra i 0 e 14 anni in Italia nel 2023
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6481#:~:text=Secondo%20i%20dati%20forniti%20dal,1.000.000%20di%20soggetti).

Psicoterapia Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
https://www.intherapy.it/tecnica/acceptance-and-commitment-therapy-act#:~:text=Come%20si%20svolge%20la%20Acceptance%20and%20Commitment%20Therapy%20(ACT),-In%20linea%20generale&text=È%20una%20terapia%20esperienziale%2C%20che,in%20prima%20persona%20dell'esperienza.

Corsi di BetaFormazione per professionisti sanitari:
https://www.betaformazione.com/corsi/accompagnare-alla-fine-del-ciclo-di-vita-morte-e-lutto/

Corsi ECM:
https://www.corsiecmbenessere.it/

Borgo tutto vita:
https://tuttovita.it/

World Health Organization (WHO). *Mental Health in the Workplace*.

Retrieved from

https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-in-the-workplace

American Nurses Association (ANA). *Moral Distress and Resilience*.

Retrive from
https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/moral-resilience/

National Cancer Institute (NCI). *Pediatric Oncology*.
Retrived from
https://www.cancer.gov/types/pediatric

Mindful.org. *How Mindfulness Helps Health Care Workers Prevent Burnout*.
Retrieved from
https://www.mindful.org/mindfulness-health-care-workers/

Compassion Fatigue Awareness Project. *Understanding Compassion Fatigue*.
https://www.compassionfatigue.org

Carta dei diritti del bambino in ospedale

Retrieved from:

https://www.ospedalebambinogesu.it/carta-dei-diritti-del-bambino-in-ospedale-97484/

ALLEGATI:

allegato 1: Carta dei diritti del bambino in ospedale

La carta dei diritti

AOPI onlus Associazione Ospedali Pediatrici Italiani

1

Il bambino ha diritto al godimento del massimo grado raggiungibile di salute.

L'Ospedale si impegna alla promozione della salute del bambino fin dall'epoca prenatale attraverso interventi educativi e di assistenza durante la gravidanza ed il parto.
L'Ospedale concorre ad attuare interventi di educazione sanitaria nei confronti del bambino e della famiglia e alla promozione dell'allattamento al seno, alla nutrizione, all'igiene personale e ambientale, e alla prevenzione degli incidenti e delle malattie.

2

Il bambino ha diritto ad essere assistito in modo "globale".

L'assistenza del personale si esprime oltre che nella "cura" anche nel "prendersi cura" del bambino e del suo contesto di vita. Il personale opererà integrandosi con le altre strutture sanitarie, educative e sociali competenti sul territorio.

3

Il bambino ha diritto a ricevere il miglior livello di cura e di assistenza.

Tutto il personale dell'Ospedale, in base alle proprie specifiche responsabilità, funzioni ed attribuzioni, si adopera per garantire al bambino ed alla famiglia il migliore livello di cure e di assistenza, anche impegnandosi ad aggiornare la propria competenza professionale in rapporto allo sviluppo tecnico scientifico. Il bambino ha diritto ad essere ricoverato in zone a lui dedicate ed architettonicamente adeguate e ad essere accudito/assistito da personale formato nell'area pediatrica. Il ricorso all'ospedalizzazione è limitato solo alle situazioni in cui non sia possibile far fronte in altro modo alle esigenze assistenziali del bambino; vengono favoriti il day-hospital, il day-surgery e l'assistenza ambulatoriale. Nel caso in cui le risorse dell'Ospedale non consentano di far fronte alle esigenze del bambino è dovere dei sanitari indirizzare la famiglia presso altre strutture che offrano maggiori garanzie di cura e di assistenza.

4

Il bambino ha diritto al rispetto della propria identità, sia personale che culturale, ed al rispetto della propria fede religiosa.

Il personale ha il dovere di identificare il bambino con il suo nome in tutte le circostanze legate alla sua permanenza in ambiente ospedaliero, e di non sostituire il nome con termini che rimandino alla sua patologia, al numero di letto, ecc.

La carta dei diritti

AOPI onlus Associazione Ospedali Pediatrici Italiani

5

Il bambino ha diritto al rispetto della propria privacy.

Tutto il personale dell'Ospedale garantisce il rispetto del pudore e della riservatezza di cui hanno bisogno i bambini ed i loro familiari. Una particolare attenzione è rivolta alle esigenze degli adolescenti.

6

Il bambino ha diritto alla tutela del proprio sviluppo fisico, il bambino ha diritto alla sua vita di relazione anche nei casi in cui necessiti di isolamento. Il bambino ha diritto a non essere trattato con mezzi di contenzione.

Il personale assicura e promuove il rispetto delle esigenze affettive, espressive ed educative ed in particolare la continuità delle relazioni familiari. L'Ospedale offre la possibilità di un contatto diretto e continuativo madre-neonato (rooming-in) al fine di favorirne il reciproco attaccamento. La famiglia viene coinvolta attivamente nel processo di cura. Si garantisce la possibilità della permanenza di un familiare, o di un'altra figura di riferimento, anche nei servizi di cure intensive e nelle situazioni assistenziali in cui si prevedono interventi invasivi, compatibilmente con le esigenze cliniche. Un numero maggiore di visitatori al di fuori degli orari definiti, è subordinato alle condizioni del bambino, alle caratteristiche del reparto/servizio, e soprattutto al rispetto della privacy di tutti i ricoverati. Viene favorita la presenza di operatori dei servizi socio-educativi del territorio e delle associazioni di volontariato riconosciute in conformità alla normativa vigente, per garantire al bambino relazioni significative, qualora si dovesse trovare in situazione di "abbandono" o di temporanea difficoltà del nucleo famigliare. Il bambino può decidere di tenere con sé i propri giochi, il proprio vestiario e qualsiasi altro oggetto da lui desiderato

»»»

«««

purché questi non rappresentino un pericolo od un ostacolo per il suo o l'altrui programma di cure. In caso di ricovero prolungato, viene garantita al bambino la continuità del suo percorso educativo-scolastico. Il ricorso a mezzi limitanti la libertà di azione e di movimento avviene nelle situazioni in cui si ravvisa un rischio di compromissione del processo diagnostico terapeutico, ovvero nelle situazioni in cui venga messa in pericolo l'incolumità del bambino stesso o di altri.

7

Il bambino ha diritto ad essere informato sulle proprie condizioni di salute e sulle procedure a cui verrà sottoposto, con un linguaggio comprensibile ed adeguato al suo sviluppo ed alla sua maturazione. Ha diritto ad esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa. Le opinioni del bambino devono essere prese in considerazione tenendo conto della sua età e del grado di maturazione.

Il personale si impegna ad instaurare con il bambino e la sua famiglia una relazione improntata sul rispetto e sulla collaborazione. Lo spazio per l'ascolto, i tempi, le modalità e gli strumenti comunicativi più idonei andranno sempre ricercati. Si utilizzerà un linguaggio quanto più vicino a quello del bambino ricorrendo anche al gioco, alle narrazioni, ai disegni, alle immagini. Per le persone straniere con una scarsa padronanza della lingua italiana l'Ospedale attiva rapporti con le Associazioni di volontariato, con i mediatori culturali, e/o con i Consolati di riferimento.

8

IL BAMBINO HA DIRITTO AD ESSERE COINVOLTO NEL PROCESSO DI ESPRESSIONE DELL'ASSENSO/DISSENSO ALLE PRATICHE SANITARIE CHE LO RIGUARDANO.

Un assenso/dissenso progressivamente consapevole in rapporto alla maturazione del minore va sempre promosso e ricercato anche e soprattutto attraverso le relazioni familiari. Tenuto conto che il bambino non ha tutti gli strumenti per utilizzare appieno un'informazione adeguata ad esprimere un assenso/dissenso in merito a decisioni legate alla malattia, va tuttavia considerato che il silenzio aumenta le paure. E' difficile pensare ad un assenso/dissenso informato prima dei sette anni. Successivamente, quando il bambino esplora meglio le proprie motivazioni e le confronta con ciò che gli altri dicono e fanno, è concepibile un assenso/dissenso informato insieme con quello dei genitori.
A partire dai dodici anni, si può credere in un assenso o dissenso progressivamente consapevole, perché anche di fronte a situazioni di accanimento terapeutico i preadolescenti e gli adolescenti riescono a prefigurarsi il futuro e ad assumersi la responsabilità di fronte al proprio progetto di vita. Pertanto l'assenso/dissenso va sempre richiesto, non soltanto per un'esigenza giuridica o etica, ma soprattutto per far comprendere al bambino quanto gli sta accadendo intorno. E' opportuno presentargli tutti gli scenari che è in grado di comprendere o immaginare/pensare. L'asseriso/dissenso su atti concreti vicini alla sua esperienza farà nascere la necessaria alleanza tra l'adulto e il bambino.

9

IL BAMBINO HA DIRITTO AD ESSERE COINVOLTO NEL PROCESSO DI ESPRESSIONE DELL'ASSENSO/DISSENSO AD ENTRARE IN UN PROGETTO DI RICERCA - SPERIMENTAZIONE CLINICA.

I medici hanno l'obbligo di informare il bambino e i genitori, con un linguaggio comprensibile, della diagnosi, della prognosi, del tipo di trattamento sperimentale proposto, delle alternative terapeutiche disponibili, degli effetti collaterali e tossici, della libertà di uscire dal progetto in qualsiasi momento e della possibilità di conoscere i risultati conclusivi dello progetto stesso.
In caso di rifiuto ad entrare nel proggetto, i sanitari hanno comunque l'obbligo di garantire al bambino le cure convenzionali.

10

IL BAMBINO HA DIRITTO A MANIFESTARE IL PROPRIO DISAGIO E LA PROPRIA SOFFERENZA. HA DIRITTO AD ESSERE SOTTOPOSTO AGLI INTERVENTI MENO INVASIVI E DOLOROSI.

Una specifica attenzione del personale sanitario è dedicata alla prevenzione e al trattamento delle manifestazioni del dolore del bambino. Vengono adottate tutte le procedure atte a prevenirne l'insorgenza e a ridurne al minimo la percezione, nonché tutti gli accorgimenti necessari a ridurre le situazioni di paura, ansia e stress, anche attraverso il coinvolgimento attivo dei familiari. Un supporto particolare, sarà fornito ai familiari al fine di favorire la comprensione ed il contenimento del dolore dei propri figli.

11

IL BAMBINO HA DIRITTO AD ESSERE PROTETTO DA OGNI FORMA DI VIOLENZA, DI OLTRAGGIO O DI BRUTALITÀ FISICA O MENTALE, DI ABBANDONO O DI NEGLIGENZA, DI MALTRATTAMENTO O DI SFRUTTAMENTO, COMPRESA LA VIOLENZA SESSUALE.

Il personale sanitario ha il dovere di fornire al bambino tutto l'appoggio necessario ai fini dell'individuazione del maltrattamento e delle situazioni a rischio, che comportano la segnalazione alle autorità competenti e/o ai servizi preposti alla tutela del minore. Il personale si impegna altresì a collaborare, nell'ambito delle proprie specifiche competenze, con gli enti accreditati.

12

IL BAMBINO HA DIRITTO AD ESSERE EDUCATO AD ESEGUIRE IL PIÙ POSSIBILE AUTONOMAMENTE GLI INTERVENTI DI "AUTO-CURA" E IN CASO DI MALATTIA AD ACQUISIRE LA CONSAPEVOLEZZA DEI SEGNI E DEI SINTOMI SPECIFICI.

Il personale sanitario ha il dovere di mettere il bambino e la famiglia nella condizione di poter acquisire tutte le conoscenze, le capacità e le abilità richieste per una gestione il più possibile autonoma della malattia.

13

IL MINORE HA DIRITTO A USUFRUIRE DI UN RAPPORTO RISERVATO PAZIENTE-MEDICO, HA DIRITTO ALTRESÌ A CHIEDERE E DI RICEVERE INFORMAZIONI CHE LO AIUTINO A COMPRENDERE LA PROPRIA SESSUALITÀ.

Ha diritto inoltre a chiedere e a ricevere informazioni sull'uso di farmaci, sostanze nocive ed eventuali evoluzioni verso le tossicodipendenze, nonché a essere adeguatamente indirizzato ai servizi di riabilitazione se necessario. Il personale, adeguatamente preparato, si impegna a rispondere alle domande poste dal minore anche indirizzandolo ai servizi preposti alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione delle problematiche adolescenziali.

14

IL BAMBINO E LA FAMIGLIA HANNO DIRITTO ALLA PARTECIPAZIONE.

L'Ospedale promuove iniziative finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, coinvolgendo attivamente i bambini, le famiglie e le associazioni di volontariato. La tutela e la partecipazione degli utenti è conforme a quanto previsto dalla normativa vigente.

La Carta dei Diritti
Il bambino in ospedale

15

IL BAMBINO HA DIRITTO ALLE CURE PALLIATIVE

Il bambino in fase avanzata di malattia ha diritto a ricevere un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che gli provocano sofferenza.
Attraverso la valutazione continua dei suoi bisogni deve essere erogata un'assistenza globale e qualificata da parte di un team multi professionale e interdisciplinare adeguatamente formato.
Deve essere considerato nei suoi desideri e nelle sue volontà rispetto alle scelte che riguardano la sua vita, la sua malattia e la sua morte, sulla base dell'età, del suo sviluppo cognitivo e della sua condizione clinica. Deve essergli garantita la risposta ai bisogni educativi, sociali e di relazione per offrirgli la migliore qualità di vita e di crescita.
Il bambino e la sua famiglia hanno diritto al riconoscimento ad ed alla soddisfazione dei propri bisogni spirituali. Il bambino, in tutte le fasi della malattia inguaribile, ha diritto ad avere accanto a sè la sua famiglia che dovrà essere adeguatamente coinvolta e supportata.
Deve inoltre essergli garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero e domiciliare), ivi compresa la possibilità di ricevere risposte assistenziali di tipo residenziale alternative a quella tradizionale ospedaliera, in strutture organizzate sul modello dell'Hospice pediatrico. Il bambino ha diritto ad un approccio palliativo specifico al fine di non incorrere nel rischio di abbandono o, al contrario, di accanimento terapeutico.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n° 184, in tema di adozione di minori stranieri.*
- *Legge Regionale 1 giugno 1985, n° 22, "Norme per la salvaguardia dei diritti del cittadino nell'ambito dei servizi delle unità sanitarie locali".*
- *Legge 27 maggio 1991, n° 176, "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989".*
- *D. Lg.vo 30 dicembre 1992, n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni, art. 14 "Diritti dei cittadini".*
- *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici".*
- *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994, "Direttiva sui principi per l'istituzione e il funzionamento degli uffici relazioni con il pubblico".*
- *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari".*
- *Legge 28 agosto 1997 n° 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza".*
- *Legge 23 dicembre 1997, n°451 "Istituzione della Commissione Parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia".*
- *Legge 3 agosto 1998, n° 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù.*
- *Legge 31 dicembre 1998, n° 476 "Ratifica ed esecuzione della convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione con materia di adozione internazionale," fatta all'Aja il 29 maggio 1993.*
- *D.M. 24 aprile 2000 "Adozione dei progetti obiettivo materno-infantile relativo al P.S.N. per il triennio 1998-2000"*
- *D.PR. 13 giugno 2000 "Approvazione del Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2000/2001"*

DOCUMENTI INTERNAZIONALI

- *"International Conference on Population and Development (Cairo, 5-13 September 1994) addresses health and health-related issues," International Digest of Health Legislation, Vol. 46, No. 3, 1995, pp 365 - 385.*
- *"François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights (Harvard School of Public Health) convenes First International Conference on Health and Human Rights (Cambridge, MA, 23-24 September 1994)" International Digest of Health Legislation, Vol. 46, No. 3, 1995, pp. 385 - 387.*
- *"WHO issues Guidelines for Good Clinical Practice (GCP) for Trials on Pharmaceutical Products;" International Digest of Health Legislation, Vol. 46, No. 3, 1995, pp. 404 - 422.*
- *"Circular DGSSW No. 95-22 of 6 May 1995 on the rights of hospitalized patient, including the Hospitalized Patient's Charter, Bulletin official du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 25 July 1995, No. 95/21, Text No. 1347, pp 11-23, Jun International Digest of Health Legislation, Vol. 46, No. 4, 1995, pp. 495 - 496.*
- *Council of European Convention on human rights and biomedicine (Strasburgo 1997)*
- *"Carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale," European Association for Children in Hospital.*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- *Benciolini P e Maffina C. (a cura di), Da cavia a paziente, Fondazione Lanza - Gregoriana Libreria Editrice, Padova 1992.*
- *Bonati M., Tognoni G., "Alcuni fap-jpunti per una Carta dei diritti," Giornale italiano di Farmacia clinica, 10, 2, pagg. 176-177, 1996.*
- *Crocianti, E., Gianfaz, A. "Il consenso informato e i minorenni," in (a cura di) A. Santosuosso "Il consenso informato," Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.*
- *Condon P (a cura di), I bambini e i loro diritti, Società editrice il Mulino.*
- *Comitato Nazionale per la Bioetica, Informazione e consenso all'atto medico, pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri 20 giugno 1992.*
- *Comitato Nazionale per la Bioetica, Trapianti di organi nell'infanzia, pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 21 gennaio 1994.*
- *Comitato Nazionale per la Bioetica, "Bioetica con l'infanzia," pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 22 gennaio 1994.*
- *Comitato Nazionale per la Bioetica, Vivere al mondo, pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 15 dicembre 1995.*
- *Comitato Nazionale per la Bioetica, infanzia e ambiente, pubblicazione a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri (in stampa).*
- *Gracia D., Fundamentos de bioética, Eudema, S.A. (Ediciones de la Universidad Complutense, S.A.), Madrid 1989, (trad. it. di Ada Jachia Fedeiani e Sandro Spinsanti, Fondamenti di bioetica - sviluppo storico e metodo, Edizioni San Paolo, Milano 1993).*
- *Petrillo M. e Sanger S., Emotional Care of Hospitalized Children, II ed. J.B. Lippincot Company, Philadelphia -Toronto, 1980 (trad. it. Assistenza psicologica al bambino ospedalizzato, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1980).*
- *Robertson J., Young Children in Hospital, Tavistock Publication Ltd., London 1958; Tavistock Institute of Human Relations, London 1970 (trad. it. Leo Rubini, Bambini in ospedale, Feltrinelli, Milano 1973).*
- *Santosuosso A. (a cura di), Il consenso informato, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.*

La Carta dei Diritti

il bambino in ospedale

Il bambino ha diritto ad un aiuto ed a un'assistenza particolari tesi a favorire il suo pieno sviluppo e la completa maturazione della sua persona sotto il profilo fisico, intellettuale, morale e sociale. La malattia può costituire per il minore un momento critico di dipendenza sia fisica che psicologica dagli adulti se non un ostacolo al suo percorso di crescita.

Nella dichiarazione universale dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite si afferma che l'infanzia ha diritto ad un aiuto particolare e si riconosce il ruolo peculiare e centrale della famiglia per l'armonico sviluppo e per il benessere del minore. Il bambino ha il diritto di vivere in un ambiente familiare in un clima di felicità, amore e comprensione.

Tutto il personale degli ospedali AOPI "Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani" si impegna a rispettare i diritti enunciati nella presente carta ed a garantirli a tutti i minori che fruiscono delle prestazioni sanitarie erogate, senza alcuna distinzione ed a prescindere da ogni considerazione di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di ogni opinione politica, dalla loro origine nazionale, etnica o sociale, dalla loro situazione finanziaria, dalla loro incapacità, dalla loro nascita o da ogni altra circostanza.

L' AOPI è una associazione non a fini di lucro che promuove lo sviluppo culturale, scientifico e gestionale delle strutture assistenziali ad alta specialità dell'area materno-infantile ed dell'età evolutiva. Ad AOPI partecipano le Direzioni Generali degli Ospedali **Gaslini** di Genova, **Meyer** di Firenze, **Burlo Garofolo** di Trieste, **Regina Margherita** di Torino, **Bambino Gesù** di Roma, **Salesi** di Ancona, **Santobono-Pausilipon** di Napoli, **Civico Di Cristina** di Palermo, **Vittore Buzzi** di Milano, il Dipartimento Salute della Donna e del Bambino ("LA PEDIATRIA") dell'**Azienda Ospedaliera di Padova** e l'Ospedale dei Bambini **A.O. Spedali Civili Brescia**

- **IRCCS Istituto G. Gaslini**
  Dr. Paolo Petralia - Direttore Generale
- **IRCCS Ospedale Bambino Gesù**
  Prof. Giuseppe Profiti - Direttore Generale
- **AORR Santobono-Pausilipon**
  Dr.ssa Anna Maria Marciano - Direttore Generale
- **IRCCS Burlo Garofolo**
  Prof. Mauro Melato - Direttore Generale
- **AOU Meyer**
  Dr. Tommaso Langiano - Direttore Generale
- **Ospedale Infantile R.Margherita-S.Anna**
  Dr. Giuseppe De Intras - Dir. Medico di Presidio
- **Azienda Ospedali Riuniti Ancona-Presidio G. Salesi**
  Dr.ssa Nadia Storti - Direttore Sanitario Aziendale
- **Ospedale dei Bambini A.O. Spedali Civili Brescia**
  Dr. Raffaele Spiezia - Direttore Medico di Presidio
- **A.O. Università di Padova**
  Prof. Giorgio Perilongo - Direttore UOC Clinica Pediatrica
  Dipartimento ACS Salute della Donna e del Bambino
- **A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano**
  Dr. Alessandro Visconti - Direttore Generale
- **ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli Palermo**
  Dr. Carmelo Pulizzi - Commissario Straordinario

con il patrocinio di:

Società Italiana di **Pediatria**

Allegato 2 : tabulazione studi

N	Autori Anno di pubblicazione contesto	Disegno di studio	Scopo dello studio	Materiali e metodi	Popolazione	Outcome	conclusioni
1° STUDIO *Factors Influencing Pediatric Haematology/Oncology Nurse Retention: A Scoping Review*	Madeleine R. Macintyre, Brandon W. J. Brown, Jessica A. Schults, 2022	*Revisione*	Identificazione dei fattori che influenzano l'intenzione di lasciare il contesto lavorativo dell'oncologia pediatrica /ematologica	Nove articoli	Ricerca sistematica in cinque database elettronici Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Joanna Briggs Institute, MEDLINE, PubMed e Web of Science, utilizzando MeSH e parole chiave correlate alla permanenza degli infermieri in ematologia/oncologia pediatrica (Presenza di *abstract* e testo completo)	Identificazione dei fattori di stress specifici dell'area ed eventuali soluzioni / meccanismi di *coping* da attuare per prevenire il *burnout*	Data l'inevitabilità dell'esposizione dei fattori di stress in tali contesti, i fattori organizzativi si rilevano molto influenti per colmare il divario nel supporto educativo, di benessere e psicosociale volto al supporto degli infermieri.

2° STUDIO *What is known about paediatric nurse burnout: a scoping review*	Laura Buckley, Whitney Berta, Kristin Cleverley, Christina Medeiros, and Kimberley Widger 2020	*Revisione esplorativa*	Indagare la prevalenza di *burnout*, i fattori correlati, gli esiti e interventi volti alla prevenzione	78 studi	Ricerca in sei database CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, ASSIA, and The Cochrane Library Per identificare studi qualitativi, quantitativi e con metodi misti rilevanti (Presenza *abstract e full text)*	Elenco dei fattori associati al *burnout* divisi in personali e del contesto lavorativo; e dei possibili interventi da poter attuare	Data la prevalenza e l'impatto del *burnout* è Rilevate che scuole, organizzazioni sanitarie, associazioni professionali degli infermieri e management infermieristico lavorino per sviluppare e testare diversi interventi volti ad affrontare i principali fattori stressanti
3° STUDIO *Coping and Resilience Factors in Pediatric Oncology Nurses*	Melissa Zander, Alison Hutton Lindy King, 2010	*Revisione di letteratura*	Indagare ciò che è noto sul *coping* e sua relazione con resilienza degli infermieri pediatrici oncologici nella gestione dei fattori di stress legati al lavoro	24 articoli	Ricerca nei database MedLine (Ovid), Cumulative Index to Nursing e Allied Health Literature (Ovid), PsychINFO (Ovid), MediText (InformIT), and CureforKids (St Jude Children's Research Hospital, Memphis, USA) (Full text, lingua inglese, abstarct	Identificazione di tutti i fattori di coping e resilienza che hanno permesso la diminuzione del *moral distress e burnout* con esempi pratici	Una maggiore consapevolezza delle strategie. Di resilienza e meccanismi di *coping* rende possibile l'implementazione di strategie all'interno di tali contesti che permettono di prevenire le conseguenze estreme del *burnout*

4° STUDIO *Reflections on the Emotional Hazards of Pediatric Oncology Nursing: Four Decades of Perspectives and Potential*	Deborah A. Boyle e Nancy Jo Bush 2018	Revisione di letteratura	Delineare e rivedere le conseguenze emotive del lavoro degli infermieri in oncologia pediatrica, per suggerire interventi a sostegno del benessere alla luce di un'assistenza prolungata		Ricerca nei database di Pub Med, CINAHL, Psych Info and Google Scholar (Full text, abstact)	Elenco di strategie da implementare nella pratica per evitare *bornout, moral distress*, fatica della compassione e dolore del lutto, visti uno per volta.	Dato che l'assistenza infermieristica oncologica pediatrica presenta un elevata carica emotiva la conoscenza dei rischi, aumenta la probabilità di creare interventi sul posto di lavoro, così da poter fronteggiare queste problematiche
5° STUDIO *The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses*	Linda Nancy Roney, Mary C. Acri 2018	Introduzione di una revisione di letteratura, seguita da Una raccolta dati	Descrivere i livelli di soddisfazione per compassione, fatica per compassione e soddisfazione lavorativa tra gli infermieri pediatrici	*Partecipazione di 318 infermieri*	Progettazione e invito elettronico a Tutti i membri della *society of pediatric nurses* degli stati uniti di un questionario demografico e due scale: *scala job satification survey* e misura della qualità della vita professionale.	Identificazione delle principali cause di minore soddisfazione nel campo lavorativo e contrario	Sebbene gli Infermieri siano estremamente motivati a prendersi cura dei propri pazienti, vi è la necessita di ricordare gli effetti negativi cumulativi della cura e garantire adeguato supporto

6 STUDIO *The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue*	Yi-Pin Chen, Jung-Mei Tsai, Ming-Huei Lu, Li-Man Lin, Ching-Hui Lu, Kai-Wei K. Wang 2017	Studio descrittivo trasversale	Determinare l'associazione tra personalità e compassione; soddisfazione e fatica; e identificare le determinanti della compassione, soddisfazione e fatica	*Partecipazione di 173 infermieri pediatrici*	Somministrazione di tre strumenti: -test di soddisfazione e fatica della compassione, -test della personalità -test sociodemografico a infermieri che lavorano nell'ambito pediatrico	Identificazione e analisi dei tratti di personalità che più aiutano ad aumentare la soddisfazione lavorativa e diminuire il rischio di fatica e compassione con conseguente *moral distress*	Programmi di gestione senza stress, sviluppo positivo delle relazioni, estroversione, gradevolezza, coscienzosità, aumento della connessione sociale, stabilità emotiva e incoraggiamento a attività all'aria aperta sono tutte modalità che mi permettono di aiutare il personale infermieristico a evitare la fatica da compassione sul lavoro e conseguente abbandono del campo.
7 STUDIO *Stress among pediatric oncology staff. A systematic review*	Maria Zarenti, Evangelia Kressou, Zacharo Panagopoulou, Flora Bacopoulou, Ioulia Kokka, Dimitrios Vlachakis, George P. Chrousos, Christina Darviri 2021	Revisione sistematica	Riassumere le prove relative allo stress professionale degli operatori sanitari che lavorano con pazienti pediatrici affetti da cancro	*23 studi*	*Ricerca nei database di Pub med e Scopus*	Dopo aver analizzato le diverse cause di aumento di stress, si provvede a raccomandare: formazioni sulla gestione dello stress (come *workhop, focus gropu*,), tecniche di consapevolezza, seminari educativi, supporto psicologico e supporto clinico accessibile da parte di tutti i professionisti	Sono stati dunque identificati due ambiti di stress lavoro-correlato il primo in ambito di questioni organizzative e il secondo riguardo le interazioni dell'operatore sanitario con il paziente e famiglia

8 STUDIO *Moral diress in nursing care*	Adriana Negrisolo e Luca Brugnaro 2012	Studio trasversale-osservazionale	Adattare l'originale scala di Corley *sul moral distress* al contesto italiano e identificare le situazioni cliniche associate in modo significativo al MD (moral distress)	*Partecipazione di 132 infermieri*	*Scala di moral distress (likert a 5 modalità)* Composta da 25 item Suddivisa in tre aree che sono: -organizzazione -potere decisionale -responsabilità individuale	Le situazioni maggiormente associate al MD sono: -lavorare con un carico di lavoro Ritenuto pericoloso per l'assistenza - somministrare farmaci senza scopo terapeutico per ordini medici -assistere medici incompetenti -iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale che prolungano solo la morte -eseguire per ordini medici trattamenti non necessari	L'area organizzativa e il forte potere decisionale medico, con mancanza di coinvolgimento da parte degli infermiere, mettono quest'ultimi in condizioni di dover aderire ai valori che non sono propri, aumentando drasticamente il rischio di MD (*moral distress).* Per questo un maggiore coinvolgimento, una maggiore comunicazione e una collaborazione multiprofessionale rappresentare dei punti chiave per la prevenzione del disagio morale.

9 STUDIO *What is 'moral distress? A narrative synthesis of the literature*	Georgina Morley e Jonathan Ives, Caroline Bradbury-jones e Fiona Irvine 2017	Sintesi narrativa	Esplorare le condizioni necessarie e sufficienti per definire il disagio morale	*34 studi*	*Ricerca nei database Ovid MEDLINE® In-Process, PsycINFO®, CINAHL®; EMBASE British Nursing Index ; Social Care Online and Social Policy and Practice Database; ERIC (EBSCO), EUROETHICS*	La combinazione di un'esperienza di un evento morale, di un disagio psicologico e una relazione causale diretta tra essi sono condizioni necessarie e sufficienti per il disagio morale	Analizzando la definizione di *MD* e definendo le condizioni necessarie e / o sufficienti. Aumentiamo la Comprensione del disagio morale e possiamo supporre strategie per prevenirlo
10 STUDIO *Palliative Care in Paediatric Oncology: An Update*	Naveen Salins, Sean Hughes, Nancy Preston 2022	Revision e di letteratura	Descrivere L'evoluzione delle cure palliative in oncologia pediatrica ed evidenziare i bisogni dei bambini e le loro famiglie	*PALLIATIVE MEDICINE A JATOI, SECTION EDITOR*	*Ricerca bibliografica di articoli, linee guida e studi*	Le esigenze dei bambini e famiglia sono: -dolore -controllo effetti collaterali delle terapie quali nausea, affaticamento, perdita dell'appetito, diarrea, ulcere etc -supporto emotivo e psicologico -comunicazione continua	L'invio dei piccoli pazienti alle cure palliative una volta che la prognosi viene identificata come negativa ha permesso di migliorare la loro qualità di vita, gestione dolore, supporto emotivo dei bambini e della famiglia, l'incoraggiamento di attività che hanno aggiunto un significato alle loro vite, migliorato la comunicazione, supportato un processo decisionale condiviso, diminuito interventi invasivi inutili, meno ricoveri di emergenza e degenze ospedaliere più brevi.