



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

Anno 2024/25

**L'UTILIZZO DELL'IPNOSI PER LA GESTIONE DELLO STRESS LAVORO
CORRELATO NELL'EQUIPE DI CURE PALLIATIVE**

Candidato

Anna Roveri

Relatore

Dott. Maicol Carvello

Correlatore

Dott.ssa Alessandra Nesazio

INDICE

CAPITOLO 1:

ANALISI DEL PROBLEMA

1.1 Background	pag 1-7
1.2 Obiettivo	pag 8
1.3 Domande di ricerca	pag 8

CAPITOLO 2:

MATERIALI E METODI

2.1 Disegno di studio	pag 9
2.2 Setting	pag 9
2.3 Strumenti	pag 9
2.4 Metodi	pag 9-10
2.5 Analisi dei dati	pag 10

CAPITOLO 3:

RISULTATI E DISCUSSIONI

3.1 Risultati	pag 11-15
3.2 Discussioni	pag 15-18

CONCLUSIONI	pag 18-19
-------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA	pag 20-23
--------------------	-----------

Abstract

BACKGROUND: l'ipnosi è uno stato di coscienza fisiologico, particolare e dinamico ed è uno strumento terapeutico utile per produrre cambiamenti sul piano psicosomatico grazie all'avvenire di un monoideismo plastico e alla particolare relazione tra operatore e soggetto. Permette di agire su diversi aspetti tra cui: migliorare la gestione dell'ansia, ridurre il dolore e potenziare il benessere psico-fisico. Questa tecnica viene quindi utilizzata anche in ambito sanitario per gestire lo stress-lavoro correlato, grazie alla sua capacità di favorire il rilassamento profondo, ridurre l'ansia e migliorare la consapevolezza emotiva.

OBIETTIVO: verificare l'efficacia dell'ipnosi clinica nella gestione dello stress lavoro-correlato nell'equipe di un Hospice.

METODI: il campione, formato da 16 professionisti (10 infermieri e 6 OSS) operanti nell'equipe dell'Hospice Villa Adalgisa di Ravenna, reclutato su base volontaria, è stato suddiviso in tre gruppi sulla base delle esigenze organizzative di reparto. Il protocollo prevedeva due incontri, lasciando la possibilità di effettuare sedute individuali di supporto. Durante il primo incontro è stato somministrato il questionario ed a seguire è stata praticata l'ipnosi a tutti i membri del gruppo. Il secondo incontro invece, svoltosi a distanza di un mese, prevedeva la somministrazione del questionario post procedura ipnotica per analizzare le differenze. I gruppi sono stati invitati a sperimentare l'ipnosi in autonomia nell'arco del mese, previo insegnamento. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario informatizzato composto da 4 strumenti rivisitati per adattarlo alle esigenze dello studio: il Maslach Burnout Inventory (MBI), la Job Stress Scale di Karasek, il Perceived Stress Scale (PSS) e la valutazione rapida dello stress (VRS). I dati sono stati trattati in forma aggregata rispettando l'anonimato e sono stati catalogati attraverso un database elettronico e analizzati con Excel.

RISULTATI: l'analisi dei dati ha consentito di evidenziare una correlazione positiva tra ipnosi clinica e riduzione dello stress lavoro-correlato. Tuttavia anche altre variabili incidono sullo stress lavoro-correlato quali: la percezione del carico di lavoro, la mancanza di supporto da parte del team, la stanchezza post-turno e la difficoltà nella gestione delle emozioni, in particolare nei confronti della morte e del lutto.

CONCLUSIONI: l'ipnosi si è dimostrata una strategia efficace nella riduzione dello stress lavoro-correlato, ancor più quando inserita in una cornice di azione che coinvolge altre variabili. Queste variabili, se adeguatamente gestite, portano ad un miglioramento del benessere psicologico che si ripercuote sull'ambito lavorativo, in quanto, influiscono sul professionista e sul suo stato d'animo. L'utilizzo di questa tecnica in ambito sanitario rappresenta una valida prevenzione e supporto per promuovere benessere psicofisico e prevenire il burnout.

CAPITOLO 1: ANALISI DEL PROBLEMA

1.1 Background:

1.1.1 La dimensione emozionale e fisica di un professionista in Hospice:

L'assistenza in Hospice rappresenta un ambito particolarmente delicato e complesso per i professionisti della salute, in quanto è richiesto il supporto a pazienti terminali e alle loro famiglie in un contesto di sofferenza e vicinanza alla morte. Il professionista operante in un Hospice è chiamato ad affrontare sfide emozionali e fisiche che derivano non solo dalla natura delle malattie trattate, ma anche dalla tensione e dall'intensità del lavoro quotidiano. La dimensione emozionale è particolarmente complessa e sfaccettata, infatti, l'intensità del lavoro quotidiano e la vicinanza con la sofferenza e la morte comportano un forte coinvolgimento emotivo. I professionisti in Hospice si trovano frequentemente ad affrontare il dolore, la tristezza, la frustrazione e talvolta il senso di impotenza di fronte alla malattia terminale e alla morte imminente dei pazienti (Doka, 2009). Non è raro che si sviluppino sentimenti di tristezza e stress, così come un senso di perdita, che possono influire negativamente sul benessere psicologico del professionista. Il contatto costante con la morte, sebbene possa promuovere una riflessione sul valore della vita, può anche portare a fenomeni di fatica empatica, dove l'intensità emotiva si trasmette al caregiver, esponendolo a un possibile esaurimento emotivo (Figley, 2002). Inoltre, sono richieste competenze relazionali avanzate per la gestione delle proprie emozioni e quelle dei pazienti e dei familiari. Il professionista è posto in una posizione psicologicamente sfidante per la gestione della comunicazione con le famiglie in lutto ed il supporto emotivo durante il processo di morte (Meier et al., 2012). Diventa quindi fondamentale, la capacità di mantenere una relazione empatica, pur mantenendo il distacco necessario per evitare un coinvolgimento eccessivo. Anche dal punto di vista fisico, il lavoro in Hospice può essere altrettanto impegnativo in quanto gli operatori sanitari sono spesso chiamati a gestire situazioni di cura intensiva che richiedono attenzione fisica continua. La gestione del dolore, la somministrazione di farmaci e il supporto nelle attività quotidiane dei pazienti (come il bagno, la nutrizione e il cambio della posizione) possono essere fisicamente estenuanti, soprattutto considerando che i pazienti spesso hanno esigenze complesse e necessitano di un'assistenza costante. Inoltre, la carica emotiva del lavoro, combinata con il ritmo frenetico e la necessità di rispondere tempestivamente alle emergenze, può contribuire allo stress fisico e mentale (Cohen et al., 2009). Le condizioni fisiche del professionista possono risentire di

affaticamento dovuto a turni di lavoro prolungati, a volte durante la notte, ed a una gestione complessa dei carichi emotivi e fisici. Lo stress lavoro-correlato quindi, si verifica quando le richieste del lavoro superano le capacità di una persona di farvi fronte, causando una risposta emotiva, fisica e comportamentale negativa. Esso può manifestarsi attraverso sintomi come ansia, irritabilità, esaurimento, difficoltà di concentrazione e cambiamenti nel comportamento (Cooper & Cartwright, 1994). A lungo termine, lo stress lavoro-correlato può contribuire all'insorgenza di malattie fisiche e psichiche, come disturbi cardiaci, depressione e ansia generalizzata (Kabat-Zinn, 1990). Questo stress cumulativo può, nel tempo, portare anche al burnout, un esaurimento fisico e psicologico che può compromettere la qualità della cura fornita. La resistenza allo stress fisico ed emotivo è quindi cruciale per prevenire lo stress lavoro correlato ed il burnout, per garantire un'assistenza di qualità (Maslach & Leiter, 2008).

1.1.2 Stress lavoro-correlato negli operatori in Hospice:

Come anticipato in precedenza, l'esposizione ripetuta a fattori di stress che derivano sia dal carico emotivo, sia da un sovraccarico di lavoro fisico e psicologico, se non adeguatamente gestiti, possono portare al manifestarsi dello stress lavoro-correlato, presentandosi in diverse forme come: il burnout, la fatica da compassione e il disturbo morale.

Il burnout è una delle manifestazioni più comuni dello stress lavoro-correlato tra gli operatori sanitari degli Hospice. È caratterizzato da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. Il continuo contatto con pazienti terminali e le difficili decisioni etiche da prendere riguardanti il fine vita espongono i professionisti a un alto rischio di esaurimento psicologico (Maslach & Leiter, 2008). Inoltre, la fatica da compassione, che si manifesta come una forma di esaurimento emotivo causato dall'esposizione alla sofferenza altrui, è una problematica frequentemente osservata tra coloro che operano in contesti di cure palliative (Figley, 1995). L'esposizione continua alla sofferenza, combinata con l'isolamento emotivo che può derivare dalla difficoltà di condividere tali esperienze con colleghi e superiori, crea una pressione psicologica significativa. La mancanza di supporto sociale e la gestione del carico emotivo sono fattori che contribuiscono significativamente al rischio di stress tra gli operatori degli Hospice (Shanafelt et al., 2009). Inoltre, la difficoltà nel trovare un equilibrio tra le esigenze professionali e il proprio benessere personale rappresenta una sfida costante per questi professionisti, in quanto il lavoro in Hospice non si limita a rispondere a necessità

cliniche, ma richiede anche un supporto emotivo continuo per i pazienti e i loro familiari (Pines & Maslach, 2005).

Per questo motivo, le organizzazioni sanitarie che offrono assistenza in Hospice devono adottare strategie per prevenire l'esaurimento fisico dei professionisti. È fondamentale che gli operatori ricevano formazione, supporto psicologico e strategie per la gestione dello stress, al fine di preservare il proprio benessere e garantire un'assistenza di qualità.

1.1.3 Strategie di prevenzione e gestione dello stress lavoro-correlato:

Per contrastare e prevenire lo stress lavoro-correlato, è fondamentale adottare approcci integrati che includano sia il supporto psicologico che la promozione di un ambiente di lavoro sano. L'adozione di un approccio che riconosca l'importanza di tutelare la salute mentale e fisica degli operatori, non solo migliora la loro qualità di vita, ma si traduce in un'assistenza più empatica e di qualità per i pazienti (McHugh et al., 2013). Le principali strategie di prevenzione dello stress lavoro-correlato si basano su interventi individuali, organizzativi e di supporto emotivo, che mirano a ridurre i fattori di rischio e a promuovere il benessere psicologico e fisico degli operatori. Diverse sono le tecniche convenzionali da poter attuare nel contesto lavorativo di un Hospice:

- La formazione continua rappresenta uno degli strumenti più efficaci per prevenire lo stress lavoro-correlato. Educare gli operatori alle competenze emotive, come la gestione del proprio stato emotivo, l'empatia, la comunicazione efficace con i pazienti e le famiglie, e le tecniche di coping, aiuta a prevenire il burnout e la fatica da compassione. La formazione può includere anche corsi specifici sulla gestione dello stress e la promozione della resilienza, che sono particolarmente utili in contesti ad alto stress come quelli degli Hospice (Raab, 2014). Un approccio formativo che includa queste competenze è dimostrato essere particolarmente efficace nel ridurre il rischio di burnout (Figley, 1995).
- La supervisione emotiva e il supporto psicologico regolare sono fondamentali per prevenire l'insorgenza di stress cronico e per aiutare gli operatori a gestire le emozioni legate al lavoro. Le supervisioni emotive possono essere organizzate sotto forma di gruppi di discussione o incontri individuali con psicologi o consulenti esperti. Questi incontri offrono un luogo sicuro dove gli operatori possono esprimere i propri vissuti, discutere le difficoltà incontrate nel lavoro quotidiano e ricevere supporto psicologico per affrontare il trauma emotivo derivante dal

lavoro in Hospice (Shanafelt et al., 2009). Inoltre, la consulenza psicologica individuale può essere una risorsa fondamentale per gli operatori che manifestano segnali di stress o di burnout. Il supporto emotivo aiuta a rafforzare la resilienza degli operatori e a migliorare la loro capacità di affrontare situazioni di sofferenza e morte (Aiken et al., 2002).

- Il supporto sociale gioca un ruolo cruciale nel prevenire lo stress lavoro-correlato. Creare un ambiente di lavoro che favorisca la collaborazione tra colleghi e che promuova un forte senso di comunità è essenziale per ridurre il rischio di stress e burnout. La condivisione di esperienze e l'offerta di supporto reciproco tra colleghi possono aiutare a ridurre il senso di isolamento emotivo, che è uno dei fattori di rischio principali per il burnout (Pines & Maslach, 2005). Le strutture organizzative degli Hospice dovrebbero incentivare il lavoro in team e promuovere una cultura di ascolto reciproco e di supporto. Ad esempio, le riunioni di gruppo settimanali per discutere casi particolari e strategie di gestione emotiva dei pazienti possono essere utili per affrontare le difficoltà insieme e trovare soluzioni condivise. Un ambiente di lavoro che favorisca il supporto tra pari e l'interazione sociale riduce significativamente il rischio di solitudine emotiva e contribuisce al benessere generale degli operatori (McHugh et al., 2013).
- La gestione equilibrata dei carichi di lavoro è essenziale per prevenire lo stress fisico e psicologico negli operatori. La distribuzione equa dei turni e delle pause e l'assicurazione che gli operatori abbiano tempo sufficiente per il riposo sono elementi fondamentali per la gestione dello stress, in quanto aiutano a ridurre il sovraccarico psicologico e a prevenire l'esaurimento fisico (Aiken et al., 2002). Inoltre, un'attenzione particolare deve essere data alla flessibilità del lavoro: la possibilità di scegliere turni e di fare cambiamenti nel calendario lavorativo può contribuire a ridurre il livello di stress, consentendo agli operatori di organizzare il loro tempo in modo più adatto alle proprie necessità di recupero (Shanafelt et al., 2009).
- L'integrazione di pratiche di mindfulness e tecniche di rilassamento nel contesto lavorativo è una strategia promettente per ridurre lo stress e migliorare il benessere degli operatori sanitari. La mindfulness aiuta gli operatori a concentrarsi sul presente e a sviluppare una consapevolezza non giudicante delle proprie emozioni, riducendo la reattività emotiva e il rischio di stress. Studi hanno dimostrato che la pratica della mindfulness è particolarmente utile per migliorare la regolazione emotiva e per aumentare la resilienza agli eventi traumatici quotidiani del lavoro

in Hospice (Raab, 2014). Le tecniche di rilassamento, come la respirazione profonda, il rilassamento muscolare progressivo e le visualizzazioni guidate, possono anche essere incorporate nella routine quotidiana degli operatori per aiutare a ridurre il livello di stress e migliorare la concentrazione e il benessere psicologico (Figley, 1995).

1.1.4 Le applicazioni dell'ipnosi in ambito clinico:

L'ipnosi clinica è una tecnica terapeutica che utilizza lo stato di trance ipnotica per favorire cambiamenti positivi a livello psicologico, emotivo e fisico nei pazienti. Questo stato di coscienza alterata, caratterizzato da una focalizzazione dell'attenzione e una riduzione della consapevolezza esterna, permette di accedere a risorse psicologiche profonde per il trattamento di una varietà di disturbi (Jensen & Patterson, 2014). Dal punto di vista neuroscientifico, l'ipnosi è stata oggetto di numerosi studi per comprendere come il cervello elabori le informazioni durante questo stato. La ricerca ha dimostrato che l'ipnosi può alterare l'attività cerebrale, specialmente nelle aree coinvolte nell'attenzione, nella percezione e nel controllo emotivo (Rainville et al., 1999). In particolare, studi di neuroimaging, come la risonanza magnetica funzionale (fMRI), hanno evidenziato modifiche nelle aree cerebrali responsabili della consapevolezza e della regolazione emozionale, suggerendo che l'ipnosi possa agire attraverso meccanismi di modulazione dell'attenzione e dell'elaborazione sensoriale (Graziano et al., 2011). A livello teorico, l'ipnosi si fonda su principi psicologici ben consolidati, tra cui il concetto di suggestione. L'ipnosi utilizza quindi in modo specifico determinate suggestioni mentali per facilitare l'immaginazione (Sawni e Breuner, 2017); tali suggestioni agiscono sia a livello verbale sia a livello non verbale, tramite l'utilizzo di immagini mentali, e possono avere effetto anche su processi involontari. Durante la trance ipnotica, il soggetto è più suscettibile alla suggestione, che può essere utilizzata per indirizzare il cambiamento nei pensieri, nei comportamenti e nelle sensazioni (Hammond, 2010). Gli "stati di trance", a cui si rifà l'ipnosi, fanno parte del quotidiano collettivo, basti pensare a quando ci si immerge completamente nella trama di un libro, o quando si guida in una strada che si percorre giornalmente. Lo stato di trance può essere indotto sia da un'altra persona, chiamata ipnotista, che da sé stessi, in questo caso si parla di autoipnosi (Häuser et al., 2016). L'induzione ipnotica comporta la focalizzazione dell'attenzione e il coinvolgimento dell'immaginazione ad un punto tale che ciò che si immagina sembri reale, il paziente però rimane consapevole e, sebbene più ricettivo, mantiene il controllo delle proprie azioni (Kroger, 2008). La

formazione e l'esperienza del personale sono due dei fattori principali che andranno a determinare la tecnica più appropriata da utilizzare. Anche il tono di voce dell'ipnotista gioca un ruolo chiave nelle varie fasi dell'induzione ipnotica: infatti, esso dovrà parlare con voce ferma e tranquilla, senza lasciarsi distrarre dalle numerose e rumorose attività che molto spesso fanno parte del quotidiano in ambito ospedaliero. Contrariamente a ciò che si pensa, l'ipnosi non è autoritaria o passiva, ma è un metodo che incentra l'attenzione sulle potenzialità del paziente stesso (Häuser et al., 2016). Infatti, a tal proposito, la scoperta più sorprendente è data dal fatto che il "potere" di tale pratica risiede nel paziente, non nel dottore, che invece aiuta la persona ad utilizzare questo suo potenziale (Häuser et al., 2016). Lo scopo dell'ipnosi è proprio quello di evitare che il soggetto si distraiga, che si concentri su ciò che andrà a fare e su ciò che è più importante per lui in quel momento (Uldal et al., 2023). L'utilizzo dell'ipnosi nella pratica clinica è stato controverso per più di 200 anni (Häuser et al., 2016), e, ancora oggi, è vista con diffidenza da molti professionisti della salute, a causa del suo utilizzo, quasi improprio, per l'intrattenimento, in cui il soggetto ipnotizzato sembra essere fuori controllo (Williamson Ann, 2019). Un crescente numero di ricerche è a supporto dell'efficacia dell'ipnosi nel trattamento di diverse patologie, infatti, in ambito clinico, l'ipnosi ha una vasta gamma di applicazioni terapeutiche. È utilizzata per trattare il dolore cronico (Milling et al., 2012), ridurre l'ansia, l'insonnia e i disturbi psicosomatici, e per supportare interventi chirurgici senza l'uso di anestesia (Jensen et al., 2011). In psicoterapia, l'ipnosi si è dimostrata utile nel trattamento di fobie, disturbi post-traumatici da stress (PTSD), dipendenze e altre problematiche psicologiche (Lynn & Kirsch, 2006). Inoltre, numerosi studi scientifici evidenziano come l'ipnosi possa favorire la gestione dello stress (Elkins et al., 2016).

Il crescente interesse per l'ipnosi clinica negli ultimi decenni è anche dovuto alla sua capacità di integrarsi in modo complementare con altre forme di trattamento, come la terapia cognitivo-comportamentale, l'approccio psicoanalitico e persino il trattamento farmacologico. Nonostante l'accettazione crescente tra i professionisti, esistono ancora alcuni dubbi e resistenze, alimentati dalla lunga storia dell'ipnosi, che ha visto alternarsi periodi di discredito a fasi di grande popolarità, spesso per motivi non scientifici. Tuttavia oggi l'ipnosi clinica è riconosciuta come un intervento basato su prove scientifiche, grazie alle sue applicazioni pratiche e ai risultati ottenuti in numerosi contesti terapeutici.

1.1.5 Applicazione dell'ipnosi per la gestione dello stress lavoro correlato:

L'utilizzo dell'ipnosi per la gestione dello stress lavoro-correlato è un argomento di crescente interesse in ambito psicologico e terapeutico. Come anticipato in precedenza, lo stress lavoro-correlato è un fenomeno ampiamente riconosciuto che può avere gravi ripercussioni sulla salute mentale e fisica dei lavoratori. Le ricerche neuroscientifiche hanno evidenziato che l'ipnosi può modulare l'attività delle aree cerebrali coinvolte nel controllo emotivo e nella regolazione della risposta allo stress, come la corteccia prefrontale dorsolaterale e la corteccia cingolata anteriore (Rainville et al., 1999). Queste aree sono cruciali per il controllo dell'attenzione e delle emozioni, e la loro modulazione durante l'ipnosi può contribuire a ridurre la percezione dello stress e migliorare la risposta al coping. Inoltre, studi di neuroimaging hanno mostrato che l'ipnosi riduce l'attività del sistema nervoso simpatico, che è generalmente associato alla risposta allo stress (Graziano et al., 2011). Durante una sessione ipnotica, il terapeuta utilizza suggerimenti verbali per facilitare il rilassamento e modificare le risposte emotive e fisiologiche associate allo stress (Lynn & Kirsch, 2006), infatti, il rilassamento profondo, tipico dell'ipnosi, consente di ridurre il livello di attivazione fisiologica, abbassando la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna e migliorando la respirazione (Barber, 1969). Diversi studi scientifici hanno quindi dimostrato che l'ipnosi può essere un intervento efficace per ridurre i sintomi legati allo stress lavoro-correlato, come l'ansia, la tensione muscolare e la difficoltà di concentrazione. Può migliorare la gestione delle emozioni e aumentare la resilienza psicologica, elementi chiave per affrontare le pressioni lavorative quotidiane (Lynn & Kirsch, 2006; Spiegel & Martin, 2010). Inoltre, può favorire la capacità di rimanere concentrati e di prendere decisioni in situazioni ad alta pressione, migliorando l'efficacia lavorativa (Oakley & Halligan, 2009). Altri studi presenti in letteratura oltre a quelli citati, sono a favore dell'utilizzo dell'ipnosi in questo ambito ad esempio: un ricerca condotta da (Jensen et al. 2011) ha mostrato che l'ipnosi è efficace nel ridurre l'ansia e migliorare il benessere psicologico nei lavoratori che affrontano situazioni di stress elevato. Un altro studio di (Milling et al. 2012) ha confermato che l'ipnosi ha un impatto significativo sulla riduzione dello stress, migliorando anche la qualità della vita e riducendo i sintomi fisici associati allo stress cronico. Ulteriori studi sono necessari per approfondire gli effetti a lungo termine di queste pratiche, le evidenze attuali suggeriscono che l'ipnosi possa essere una risorsa utile per prevenire il burnout e supportare i lavoratori delle cure palliative nella loro quotidiana attività.

1.2 Obiettivo:

Il seguente studio si pone come obiettivo quello di indagare quanto l'utilizzo dell'ipnosi possa rappresentare una strategia favorente rispetto alla gestione dello stress lavoro-correlato dell'equipe di cure palliative, più precisamente di un Hospice, con conseguente miglioramento della performance lavorativa. L'esigenza nasce perché in letteratura vi è una scarsità di dati in merito alla specificità di ambito di questo argomento.

1.3 Domande di ricerca:

- l'utilizzo dell'ipnosi nell'equipe di cure palliative può essere una strategia efficace per gestire lo stress lavoro-correlato?
- l'ipnosi può essere una strategia valida da adottare e da aggiungere alle metodiche già validate in letteratura?

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Disegno di studio:

Si tratta di uno studio osservazionale che ha coinvolto l'intera equipe di cure palliative operante in Hospice, nell'ambito territoriale di Ravenna.

2.2 Setting:

Hanno partecipato al seguente studio i componenti dell'equipe di cure palliative operante nell'Hospice di Ravenna, più precisamente i membri dell'equipe che hanno aderito alla partecipazione sono: infermieri e OSS. Lo studio è avvenuto nel periodo compreso tra aprile e maggio 2025.

2.3 Strumenti:

Lo strumento utilizzato è stato creato appositamente per lo scopo e le esigenze di tale ricerca, proprio per questo è stato necessario avvalersi di quattro questionari già presenti e validati in letteratura, facendo una selezione degli items per avere una specificità nel contesto di cure palliative. I questionari utilizzati sono i seguenti: il Maslach Burnout Inventory (MBI), la Job Stress Scale di Karasek, il Perceived Stress Scale (PSS) e la valutazione rapida dello stress (VRS). Il questionario è così suddiviso: è prevista una prima sezione contenente domande le quali vanno ad indagare informazioni socio-anagrafiche, al centro troviamo il corpo dello strumento composto da 17 items ed al termine sono presenti 4 domande, le quali fanno riferimento all'ipnosi, queste ultime verranno quindi proposte a distanza di un mese con la seconda somministrazione del questionario, dopo aver praticato l'ipnosi in autonomia.

2.4 Metodi:

I partecipanti sono stati arruolati, per prendere parte allo studio, su base volontaria, senza l'utilizzo di criteri specifici di inclusione e di esclusione alla ricerca. Ogni partecipante ha ricevuto informazioni complete sull'obiettivo della ricerca, sulle modalità di partecipazione allo studio ed è stato garantito l'anonimato dei dati forniti.

Gli incontri, così come la somministrazione del questionario, sono avvenuti nel terrazzo dell'Hospice dell'ambito territoriale di Ravenna, luogo di pausa e di conseguenza di comfort per gli operatori. Per

circostanze organizzative, i partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi, ciascuno dei quali ha preso parte allo studio in tre giornate diverse. La suddivisione dei gruppi è stata fatta casualmente, tenendo conto delle esigenze lavorative, con l'intento di formare gruppi di lavoro il più possibile omogenei dal punto di vista numerico. Ai partecipanti di ogni gruppo è stato chiesto inizialmente di compilare il questionario, il quale è stato somministrato tramite condivisione del link con i partecipanti per la compilazione online. Quando possibile è stato chiesto ai partecipanti di compilare il questionario al termine del turno lavorativo, in alternativa subito prima di iniziare il servizio. Il protocollo prevedeva a seguito del questionario, una sola seduta di ipnosi di gruppo della durata di circa 20 minuti, lasciando la possibilità di effettuare sedute individuali di supporto. Ogni incontro ha avuto una durata complessiva di circa 30 minuti. Durante la seduta di ipnosi, ad ogni partecipante del gruppo, è stata suggerita la medesima suggestione ed è stata insegnata la stessa tecnica per eseguire l'ipnosi in autonomia tramite autoipnosi, al termine, è stata fatta la verifica della riuscita dell'autoipnosi da parte dei partecipanti. L'incontro si conclude dando ad ognuno di loro il compito di eseguire l'autoipnosi ogni qual volta si trovassero ad affrontare situazioni di stress, in ambito lavorativo o in qualsiasi contesto di vita privata.

La somministrazione di tale questionario è avvenuta in due momenti distinti, la prima compilazione è stata proposta prima di praticare l'ipnosi, la seconda compilazione, a distanza di circa un mese dalla precedente. Il fine ultimo è quello di verificare eventuali cambiamenti negli stati percepiti di stress e di benessere.

2.5 Analisi dei dati:

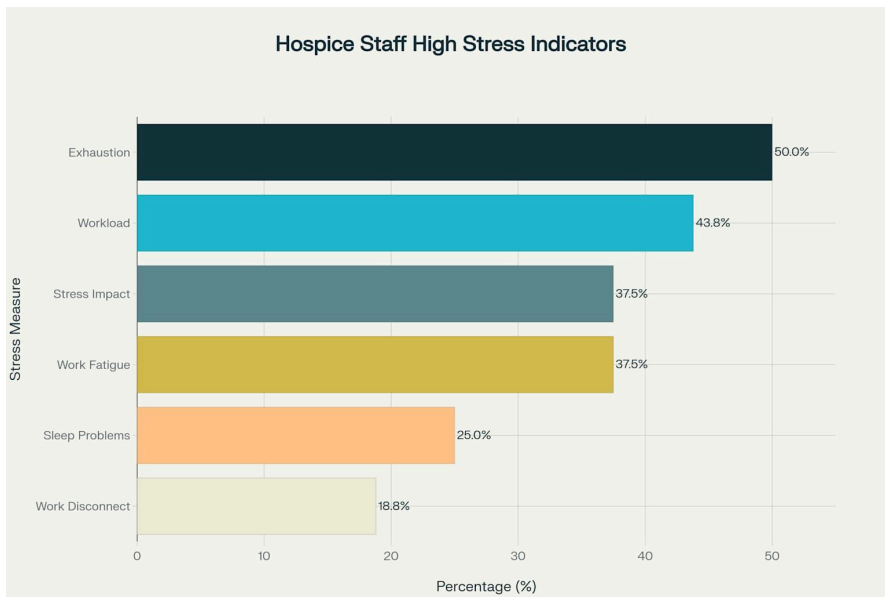
I dati sono stati catalogati attraverso un database elettronico ed analizzati con software statistici (Excel).

CAPITOLO 3: RISULTATI E DISCUSSIONI

3.1 Risultati:

Lo studio ha coinvolto 16 operatori sanitari dell'Hospice Villa Adalgisa di Ravenna, con prevalenza femminile di 15 donne (93,8%) e 1 uomo (6,2%). Il campione comprendeva due gruppi professionali principali: 10 infermieri e 6 assistenti sanitari (OSS - Operatori Socio-Sanitari). I partecipanti avevano un'età compresa tra 23 e 62 anni, con un'età media di 36,8 anni, indicando una distribuzione per età diversificata che spazia dai professionisti all'inizio della carriera a quelli esperti (l'esperienza lavorativa variava da un minimo di 3 mesi a 20 anni). Tutti i partecipanti, ad eccezione di uno, avevano scelto volontariamente di lavorare in Hospice, il che suggerisce una decisione di carriera ponderata piuttosto che un inserimento casuale. Il background formativo variava in modo appropriato a seconda del ruolo: gli infermieri erano in possesso di lauree o master, mentre gli assistenti sanitari possedevano qualifiche professionali (Qualifica OSS).

La valutazione dello stress ha rivelato livelli di stress occupazionale su più dimensioni, con metà dei partecipanti che ha segnalato alti livelli di esaurimento e di sentirsi sopraffatti dopo i turni di lavoro. L'analisi ha identificato l'esaurimento come l'indicatore di stress grave più diffuso, che colpisce il 50% dei membri dello staff a livelli elevati. La percezione del carico di lavoro è emersa come un altro fattore di stress significativo, con il 43,8% dei partecipanti che ha segnalato elevati livelli di stress correlati alle proprie esigenze lavorative. Inoltre, il 37,5% del personale ha riferito che le situazioni di stress hanno un impatto significativo sulle proprie prestazioni lavorative e una percentuale uguale ha indicato che l'affaticamento correlato al lavoro influisce sulla loro salute generale. I disturbi del sonno, sebbene meno diffusi rispetto ad altri indicatori, hanno comunque interessato il 25% dei partecipanti a livelli elevati, il che suggerisce che lo stress correlato al lavoro si estende oltre il luogo di lavoro e ha un impatto sui bisogni fisiologici fondamentali. Una percentuale relativamente più bassa coinvolge coloro che segnalano difficoltà a disconnettersi dal lavoro (18,8%). L'identificazione di specifici fattori di stress sul posto di lavoro ha rivelato che le preoccupazioni relative al carico di lavoro predominano, con l'81,2% dei partecipanti che le identifica come fonte primaria di difficoltà.

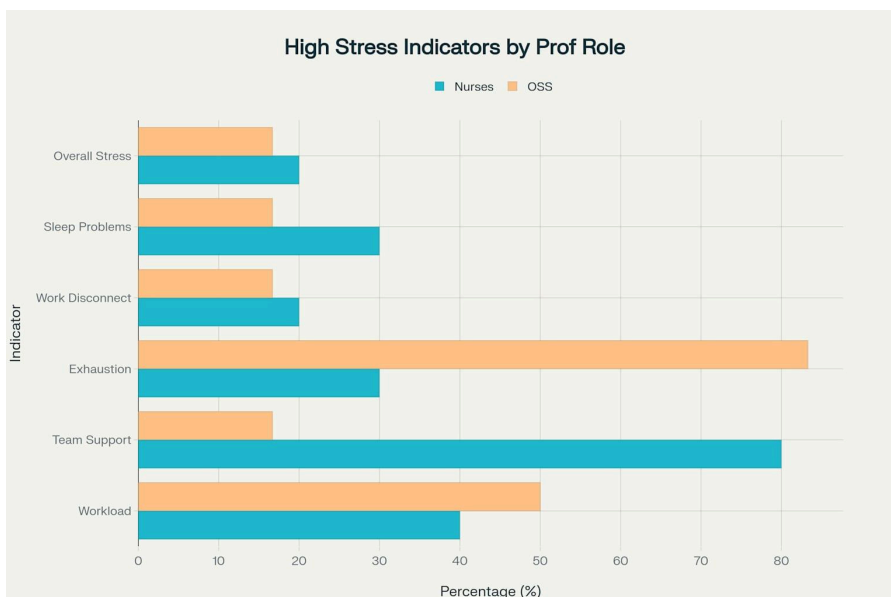


La gestione emotiva e le relazioni con le famiglie dei pazienti hanno interessato ciascuna il 31,2% dei partecipanti, evidenziando le complesse dinamiche interpersonali insite nelle cure di fine vita. Questi risultati sottolineano il lavoro emotivo richiesto negli Hospice, dove il personale deve gestire non solo il proprio dolore e le proprie risposte emotive, ma anche supportare le famiglie nei momenti più difficili. L'ambiente di lavoro fisico è stato identificato come problematico solo dal 12,5% dei partecipanti.



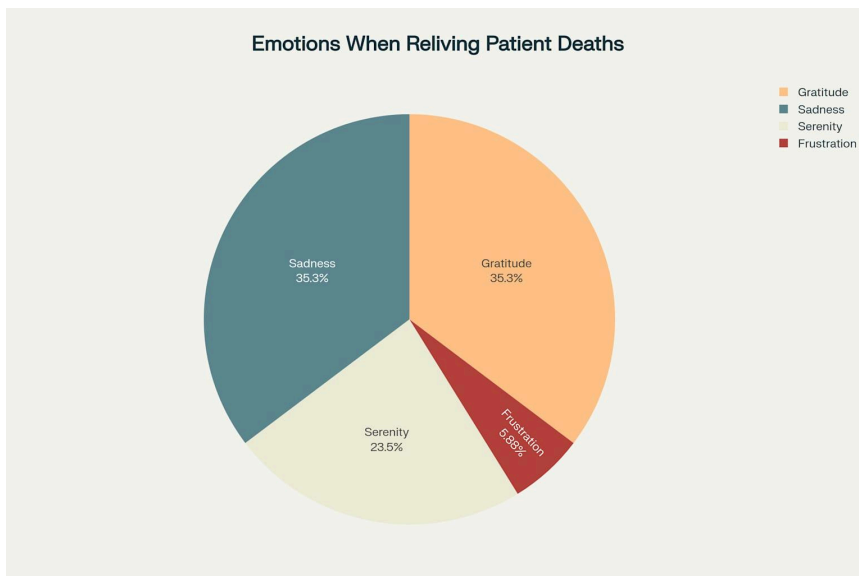
Analizzando questi dati ancor più nello specifico, valutando le differenze di ruolo professionale nell'esperienza di stress, è emerso che:

sono presenti notevoli differenze nei modelli di stress tra infermieri e assistenti sanitari (OSS), con il personale OSS che sperimenta livelli significativamente più elevati di esaurimento e sensazione di sopraffazione (83,3% contro il 30% degli infermieri). Al contrario, gli infermieri hanno segnalato livelli di stress più elevati correlati al supporto di squadra, con l'80% che indica livelli di stress elevati rispetto a solo il 16,7% del personale OSS. Questo risultato potrebbe riflettere diverse aspettative per l'integrazione di squadra o diversi gradi di responsabilità per il coordinamento dell'assistenza tra gli infermieri. I punteggi simili di percezione del carico di lavoro tra i due gruppi (40% per gli infermieri, 50% per OSS) suggeriscono che le richieste di lavoro sono avvertite in tutti i ruoli professionali. I problemi di sonno e le difficoltà di disconnessione dal lavoro hanno mostrato una maggiore prevalenza tra gli infermieri rispetto al personale OSS, riflettendo potenzialmente la maggiore responsabilità clinica e l'onere decisionale a carico del personale infermieristico.



Un risultato significativo di questo studio è che il 62,5% degli operatori sanitari riferisce di rivivere emotivamente la morte dei pazienti dopo aver prestato cure palliative. Questo fenomeno rappresenta un aspetto cruciale del carico psicologico sostenuto dal personale degli Hospice. Le emozioni provate durante questi episodi erano prevalentemente gratitudine (35.5%) e tristezza (35.3%), seguite da serenità (23.5%) e frustrazione (5.88%). L'elevata prevalenza di gratitudine insieme alla tristezza suggerisce un complesso schema di elaborazione emotiva in cui il personale trova significato e scopo nel proprio lavoro nonostante il dolore intrinseco coinvolto. La presenza di serenità nel 23,5% dei casi

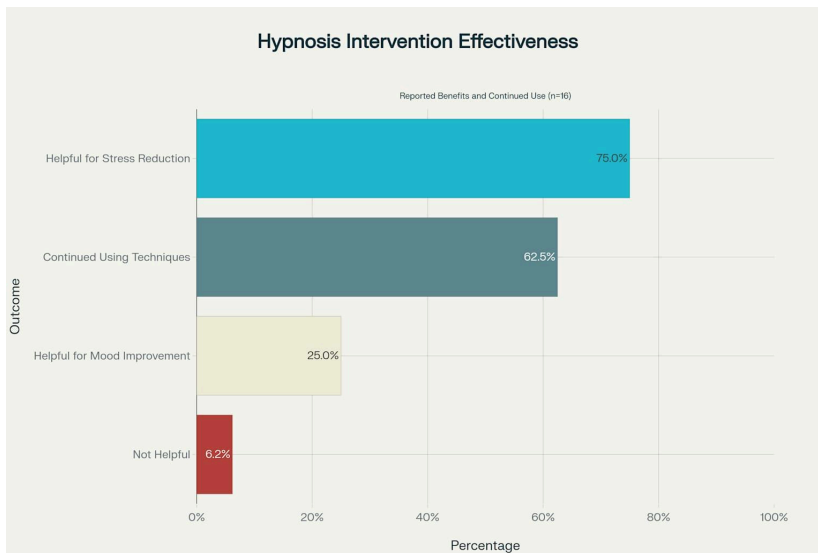
suggerisce che molti lavoratori sviluppano meccanismi di elaborazione sani che consentono loro di trovare pace con la morte e il processo del morire.



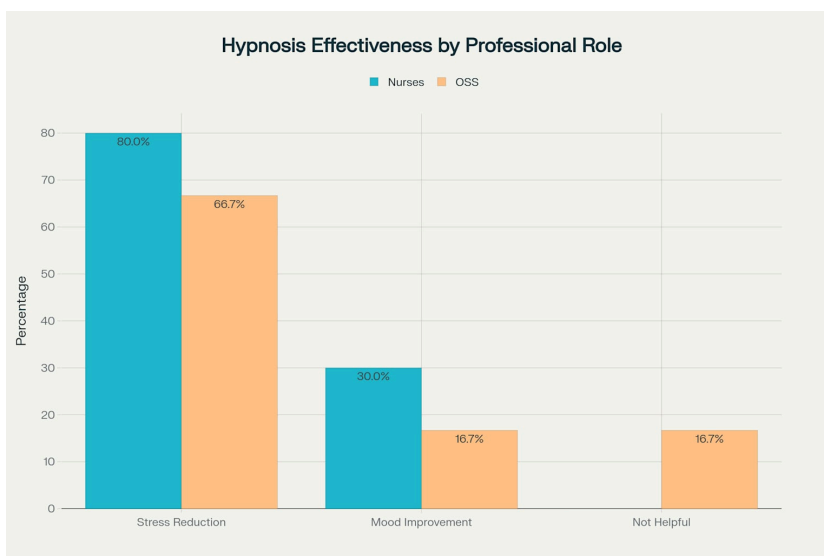
La valutazione dei sistemi di supporto ha rivelato che l'87,4% degli operatori sanitari degli Hospice ha accesso a supporto psicologico o emotivo, con il 31,2% che segnala una disponibilità costante e il 56,2% che ne ha accesso occasionale.

Le capacità di gestione dello stress dei partecipanti hanno mostrato risultati contrastanti, con il 56,2% che ha dichiarato elevati livelli di capacità di adottare strategie di gestione dello stress.

L'intervento di ipnosi ha dimostrato una notevole efficacia in diverse misure, con il 75% dei partecipanti che lo ha trovato utile per la riduzione e la gestione dello stress. L'uso continuato delle tecniche apprese è stato segnalato dal 62,5% dei partecipanti, indicando che l'intervento ha fornito competenze pratiche che si estendevano oltre le sessioni di formazione formale. La distribuzione dell'uso continuato è stata suddivisa tra applicazioni legate al lavoro (31,2%) e applicazioni nella vita personale (31,2%), suggerendo versatilità nell'applicabilità dell'intervento.



Le differenze professionali nell'efficacia dell'ipnosi hanno rivelato che gli infermieri hanno risposto in modo più favorevole rispetto al personale OSS, con l'80% degli infermieri che l'ha trovata utile per la riduzione dello stress rispetto al 66,7% del personale OSS. Nessun infermiere ha segnalato l'intervento come inutile, mentre il 16,7% del personale OSS lo ha ritenuto inefficace.



3.2 Discussioni:

L'analisi dei questionari somministrati al personale sanitario che ha preso parte allo studio, consente di effettuare alcune riflessioni generali. Si rileva una forza lavoro che sperimenta un significativo stress occupazionale in più ambiti, con particolari vulnerabilità legate alla gestione del carico di lavoro, all'elaborazione emotiva e alle sfide specifiche del ruolo professionale. L'elevata prevalenza di esaurimento (50%) e di stress correlato al carico di lavoro (43,8%) indica problemi sistemici che

richiedono interventi sia individuali che organizzativi. Numerosi studi affermano quanto rilevato dall'analisi dei dati di questo studio. Lo stress lavoro-correlato infatti rappresenta una delle principali problematiche psicologiche tra gli operatori sanitari che lavorano in contesti ad alta intensità emotiva, come gli Hospice. Questi professionisti si confrontano quotidianamente con il dolore, la sofferenza e la morte, situazioni che possono generare un notevole carico emotivo, fisico e psicologico (Pereira et al., 2011). Le fonti di stress più comuni includono il carico di lavoro elevato, la gestione del lutto, le richieste emotive da parte dei pazienti e dei familiari e la sensazione di impotenza di fronte al limite della cura (Kearney et al., 2009). Nonostante l'alto potenziale di burnout, molti operatori trovano significato e soddisfazione nel loro lavoro, soprattutto quando sono supportati da un'équipe coesa e da spazi di elaborazione emotiva (Rushton et al., 2015). È quindi fondamentale promuovere strategie di coping efficaci, supporto psicologico e formazione continua per prevenire l'esaurimento professionale e tutelare il benessere psicofisico del personale.

Il successo dell'intervento di ipnosi, con il 75% che lo trova utile per la riduzione dello stress, suggerisce che una breve e pratica formazione sulla gestione dello stress può offrire benefici significativi agli operatori dell'Hospice. L'elevato tasso di utilizzo continuato della tecnica (62,5%) dimostra la sostenibilità di tali interventi e il loro potenziale di impatto a lungo termine sul benessere degli operatori. Troviamo conferma di quanto espresso in precedenza, in letteratura, la quale afferma che l'ipnosi si sta rivelando uno strumento psicologico efficace per la gestione dello stress lavoro-correlato, soprattutto nei contesti sanitari ad alta pressione emotiva. Le tecniche ipnotiche permettono un rilassamento profondo, la riduzione dell'attivazione psicofisiologica e il potenziamento delle risorse interne dell'individuo, favorendo una migliore regolazione emotiva e una maggiore resilienza (Hammond, 2010). Studi recenti indicano che l'ipnosi può contribuire significativamente a ridurre i livelli di ansia, burnout e stress nei professionisti sanitari, migliorando la qualità della vita lavorativa e prevenendo il deterioramento psico-fisico (Facco & Fracas, 2018). In particolare, l'ipnosi ericksoniana e le tecniche di autoipnosi sono state applicate con successo in programmi di supporto per operatori in ambito palliativo, dove la gestione delle emozioni e della fatica empatica è centrale (Elkins & Barabasz, 2020). L'integrazione dell'ipnosi nei percorsi di formazione e cura può quindi rappresentare un valido supporto per promuovere il benessere del personale.

Le differenze nei ruoli professionali, sia nei modelli di stress che nell'efficacia degli interventi, evidenziano la necessità di approcci su misura che affrontino le sfide specifiche affrontate dagli

infermieri rispetto agli assistenti sanitari. Infatti, la percezione dello stress lavoro-correlato varia sensibilmente tra le diverse figure professionali in ambito sanitario, in particolare tra Operatori Socio-Sanitari (OSS) e infermieri. Mentre entrambe le categorie affrontano quotidianamente situazioni di sofferenza, carichi emotivi e pressioni organizzative, gli infermieri sono spesso soggetti a una maggiore responsabilità clinica e decisionale, che può incrementare lo stress percepito (Van Bogaert et al., 2014). Tuttavia, studi recenti evidenziano come anche gli OSS, pur avendo un ruolo tecnico-assistenziale, vivano un forte carico emotivo, soprattutto legato al contatto diretto e prolungato con pazienti in condizioni critiche, come negli Hospice (Khamisa et al., 2015). Le differenze emergono anche rispetto agli strumenti di coping e alla formazione ricevuta: gli infermieri tendono ad avere una maggiore preparazione nel gestire le dinamiche stressanti, mentre gli OSS riferiscono più frequentemente una mancanza di strumenti per affrontare la sofferenza emotiva e la gestione dei familiari (Søvold et al., 2021). Queste discrepanze possono influire non solo sul benessere del singolo, ma anche sull'efficacia del lavoro d'équipe. È quindi fondamentale personalizzare gli interventi di supporto psicologico in base al ruolo professionale, valorizzando la formazione emotiva e comunicativa di entrambe le figure.

Il complesso modello di elaborazione del lutto, in cui il 62,5% degli operatori rivive emotivamente la morte dei pazienti mantenendo prevalentemente emozioni positive (gratitudine e serenità), suggerisce uno staff resiliente ma emotivamente coinvolto che trarrebbe beneficio da un supporto continuo e dal riconoscimento del proprio lavoro emotivo. Le organizzazioni dovrebbero prendere in considerazione l'implementazione di regolari sessioni di debriefing, programmi di supporto tra pari e formazione sulla gestione dello stress per supportare questa forza lavoro vulnerabile, mantenendo al contempo l'assistenza compassionevole che definisce i servizi di Hospice di qualità. La letteratura afferma che l'elaborazione del lutto rappresenta una sfida significativa per gli operatori sanitari che lavorano in contesti come gli Hospice, dove la morte è una realtà quotidiana. A differenza della popolazione generale, questi professionisti vivono una "ripetuta esposizione al lutto", che può generare un accumulo di stress emotivo noto come "**grief overload**" (Papadatou, 2000). Sebbene il personale sanitario sviluppi spesso strategie di difesa per gestire la perdita, l'assenza di spazi adeguati per l'elaborazione emotiva può portare a disturbi da stress, burnout o forme di lutto complicato (Schulz et al., 2007). Proprio per questo motivo, la presenza di un supporto psicologico strutturato si è dimostrata

un fattore protettivo fondamentale. Gruppi di supervisione, sostegno individuale o debriefing dopo eventi critici permettono agli operatori di condividere le proprie emozioni, normalizzare vissuti dolorosi e sviluppare resilienza (Abendroth & Flannery, 2006). Inoltre, la possibilità di rileggere il proprio lavoro in chiave significativa e umanamente ricca riduce il rischio di disinvestimento emotivo o di cinismo professionale. Investire nel benessere psicologico degli operatori non è solo un dovere etico, ma anche un elemento essenziale per garantire qualità, empatia e continuità nell'assistenza.

Limiti:

Il seguente studio non è privo di limiti metodologici, nonostante si sia cercato di raggiungere il maggior numero possibile di adesione allo studio, l'ampiezza del campione osservato dovrebbe essere ampliato allo scopo di aumentare la validità dei risultati ottenuti.

Conclusioni:

L'analisi condotta ha evidenziato come lo stress lavoro-correlato sia una realtà concreta e significativa all'interno dell'équipe che opera in Hospice. I dati raccolti prima dell'intervento ipnotico mostrano che molti professionisti, pur dichiarando livelli di stress moderati, convivono quotidianamente con sintomi come affaticamento fisico, esaurimento emotivo, difficoltà a "staccare" mentalmente dal lavoro, disturbi del sonno e un impatto tangibile sulla salute psicofisica. A influire maggiormente sui livelli di stress sono stati fattori come la percezione del carico di lavoro, la mancanza di supporto da parte del team, la stanchezza post-turno e la difficoltà nella gestione delle emozioni, in particolare nei confronti della morte e del lutto. In questo contesto, emerge con chiarezza quanto sia fondamentale una gestione attiva dello stress, non solo per tutelare il benessere degli operatori, ma anche per garantire cure di qualità e un'assistenza umana, empatica e competente ai pazienti e alle loro famiglie. È emersa inoltre una differenza nella percezione dello stress tra figure professionali: gli OSS hanno mostrato livelli di stress generalmente più alti rispetto agli infermieri, probabilmente a causa della natura delle mansioni svolte e di una minore autonomia decisionale. Questo suggerisce l'importanza di sviluppare interventi personalizzati, capaci di rispondere ai diversi bisogni degli operatori. Un altro aspetto centrale riguarda l'elaborazione del lutto. In Hospice, la morte è parte integrante della quotidianità lavorativa e, se non accompagnata da adeguati spazi di elaborazione emotiva, può portare a un accumulo di sofferenza che

incide sulla salute mentale e sulla motivazione professionale. A tal proposito, l'accesso a un supporto psicologico regolare e strutturato è emerso come un fattore di protezione fondamentale.

In questo scenario complesso, è essenziale promuovere strategie efficaci di gestione dello stress. Tra queste, l'ipnosi si configura come uno strumento particolarmente utile: consente un rilassamento profondo, favorisce la regolazione emotiva e aiuta l'operatore a rafforzare le proprie risorse interiori. L'ipnosi può essere utilizzata sia in contesti individuali che di gruppo, ed è facilmente integrabile con altri approcci come la mindfulness, la meditazione, il training autogeno o la supervisione clinica.

In conclusione, la tutela del benessere degli operatori che lavorano in Hospice deve essere considerata una priorità organizzativa e professionale. Prendersi cura di chi cura non è solo un dovere etico, ma una condizione indispensabile per garantire la qualità delle cure e la dignità dell'assistenza nei momenti più delicati della vita. Tecniche come l'ipnosi possono rappresentare un valido alleato in questo percorso di sostegno e prevenzione.

BIBLIOGRAFIA:

- Elkins, G., Johnson, A., & Fisher, W. (2016). *Evidence-Based Hypnotherapy for Pain and Anxiety: A Review*. *Journal of Pain Research*, 9, 99–110. <https://doi.org/10.2147/JPR.S88268>
- Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). *Hypnosis and Pain Management: A Review of the Literature*. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(3), 193–205. <https://doi.org/10.1080/00029157.2013.818230>
- Cohen, J. A., Pizzo, P. A., & Popple, B. (2009). The Impact of Hospice Care on Patients and Families. In *The Oxford Handbook of Palliative Care* (pp. 181-195). Oxford University Press.
- Doka, K. J. (2009). The Hospice: Theoretical and Practical Perspectives. In *The Handbook of Hospice and Palliative Care* (pp. 57-72). Cambridge University Press.
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Stress and Vicarious Traumatization. *Psychotherapy*, 39(2), 141-148.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Meier, D. E., Beresford, L., & Keating, L. (2012). Palliative Care and the Health Professional: Key Elements of an Effective Hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), 1301-1305.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. Jossey-Bass.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner/Mazel.
- Shanafelt, T. D., et al. (2009). *Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance among US Physicians: A National Survey*. *JAMA*, 302(12), 1294-1302.
- Pines, A. M., & Maslach, C. (2005). *Chronic burnout in professionals: An existential perspective*. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 7(4), 439-448.
- Raab, K. (2014). *Mindfulness and self-compassion in the helping professions: A review of the literature*. *The Journal of Positive Psychology*, 9(5), 352-368.
- Aiken, L. H., et al. (2002). *The Impact of Nurse Staffing on Hospital Costs and Patient Mortality*. *Nursing Research*, 51(6), 332-338.

- McHugh, M. D., et al. (2013). *Nurse Staffing, Quality of Care, and Patient Outcomes in Hospitals*. *Journal of the American Medical Association*, 310(16), 1697-1704.
- Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Van Nostrand Reinhold.
- Graziano, M. S. A., et al. (2011). *The neural basis of hypnotic suggestion*. *Current Biology*, 21(12), 1042-1046.
- Jensen, M. P., et al. (2011). *Hypnosis for the management of chronic pain*. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), 814-822.
- Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-Based Approach*. American Psychological Association.
- Milling, L. S., et al. (2012). *Hypnosis and pain management: A meta-analytic review of the literature*. *Psychological Bulletin*, 138(3), 393-417.
- Rainville, P., et al. (1999). *Pain processing during hypnosis: A functional magnetic resonance imaging study*. *Psychological Science*, 10(3), 147-153.
- Häuser W., Hagl M., Schmierer A., Hansen E., (2016), The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis, *Dtsch Arztebl Int.*, vol. 113, pp.289-96. doi: 10.3238/arztebl.2016.0289.
- Sawni A., Breuner C. C., (2017), Clinical Hypnosis, an Effective Mind-Body Modality for Adolescents with Behavioral and Physical Complaints, *Children (Basel, Switzerland)*, vol. 4, pp.19. <https://doi.org/10.3390/children4040019>
- Uldal T., Østmoen M. S., Dahl B., Røseth I., (2023), Women's experiences with hypnobirth – A qualitative study, *Sexual & Reproductive Healthcare*, vol. 37, 100890, ISSN 1877-5756. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100890>.
- Williamson A., (2019), What is hypnosis and how might it work?, *Palliative Care*, vol. 12:1178224219826581. doi:10.1177/1178224219826581
- Kroger, W. (2008). *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry, and Psychology* (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
- Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the Treatment of Pain and Anxiety. In *Casebook of Clinical Hypnosis* (pp. 87-105). American Psychological Association.
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1994). *Healthy mind; healthy organization: A proactive approach to occupational stress*. *Personnel Review*, 23(1), 3-28.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delacorte.
- Spiegel, D., & Martin, D. (2010). *Hypnosis in the treatment of pain: A systematic review of the literature*. *Psychological Bulletin*, 136(2), 246–268.
- Oakley, D. A., & Halligan, P. W. (2009). *Hypnosis and Consciousness: The Cognitive Neuroscience Perspective*. In *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research, and Practice* (pp. 379-409). Oxford University Press.
- Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L., Harrison, R. L., & Mount, B. M. (2009). *Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “Being connected... a key to my survival”*. *JAMA*, 301(11), 1155–1164. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.352>
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). *Burnout in palliative care: A systematic review*. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). *Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings*. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
- Elkins, G. R., & Barabasz, A. (2020). *Hypnotherapy for stress management: A systematic review*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/00207144.2020.1690483>
- Facco, E., & Fracas, F. (2018). *Ipnosi e professioni sanitarie: tra neuroscienze, etica e umanizzazione della cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Hammond, D. C. (2010). *Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders*. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(2), 263–273. <https://doi.org/10.1586/ern.09.14>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). *Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). *Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: An urgent global public health priority*. *Frontiers in Public Health*, 9, 679397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>

- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2014). *Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey*. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1123–1134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>
- Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). *Predicting the risk of compassion fatigue: A study of Hospice nurses*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346–356. <https://doi.org/10.1097/00129191-200611000-00010>
- Papadatou, D. (2000). *A proposed model of health professionals' grieving process*. *Omega: Journal of Death and Dying*, 41(1), 59–77. <https://doi.org/10.2190/RGJ1-E9AU-0TTN-4H0X>
- Schulz, R., Hebert, R. S., Dew, M. A., Brown, S. L., Scheier, M. F., Beach, S. R., & Nichols, L. (2007). *Patient suffering and caregiver compassion: New opportunities for research, practice, and policy*. *The Gerontologist*, 47(1), 4–13. <https://doi.org/10.1093/geront/47.1.4>