



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Ancona**

**L'IMPATTO DEL BURNOUT SULLA QUALITÀ
DELL'ASSISTENZA NEL PAZIENTE
ONCOLOGICO.**

**THE IMPACT OF BURNOUT ON THE QUALITY
OF CARE IN ONCOLOGY PATIENTS.**

Relatrice:

Dott.ssa Alfia Amalia Lizzi

Tesi di Laurea di:

Agnese Agostinelli

Anno Accademico 2024/2025

*A me stessa, per il coraggio
di non arrendermi mai.*

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
Obiettivo	2
Materiali e metodi.....	2
Risultati e discussione.....	2
Capitolo 1. Il burnout.....	4
1.1 Caratteristiche e cenni storici del burnout.....	4
1.2 Cause e sintomi del burnout.....	6
1.3 Conseguenze del burnout e strategie di prevenzione	9
Capitolo 2. Il burnout in oncologia	13
2.1 Il burnout: uno sguardo alla professione infermieristica.....	13
2.2 Caratteristiche del setting oncologico	15
2.3 Fattori di rischio e impatto sulla qualità dell'assistenza oncologica.....	18
2.4 Prevenire il burnout in oncologia	21
Conclusioni	25
Sitografia	26
Bibliografia.....	28

ABSTRACT

Introduzione

Il burnout è una sindrome molto comune negli infermieri che operano nel contesto oncologico. La complessità dell'assistenza, il carico di lavoro e la componente emotiva della relazione infermiere e paziente espongono il professionista sanitario allo stress, rendendolo più suscettibile al burnout.

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è analizzare l'impatto del burnout sulla qualità dell'assistenza oncologica. Identificare i fattori di rischio, le strategie di prevenzione e i sistemi di monitoraggio per promuovere il benessere degli operatori sanitari.

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione della letteratura scientifica. Gli articoli selezionati per la realizzazione della tesi sono stati ricercati attraverso le principali banche dati biomediche, tra cui Pubmed e Google Scholar. In aggiunta sono stati consultati documenti istituzionali e normativi, tra cui il Codice Deontologico degli infermieri, il Decreto Ministeriale n.739 del 1994, il Piano Nazionale Oncologico 2023-2027 e documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Risultati

La letteratura scientifica definisce il contesto oncologico uno degli ambiti sanitari più esposti al burnout. I principali fattori di rischio sono l'elevato carico di lavoro, il coinvolgimento emotivo e il continuo contatto con il dolore, la sofferenza e talvolta la morte.

Discussione

Il burnout negli infermieri oncologici ha delle forti ripercussioni sia sul benessere del professionista che sulla qualità dell'assistenza erogata al paziente. Pertanto, è

fondamentale adottare adeguate strategie di prevenzione sia individuali che organizzative. È altrettanto importante monitorare il livello di stress negli infermieri oncologici attraverso strumenti validati, come il Maslach Burnout Inventory (MBI).

Parole chiave: burnout, oncologia, relazione infermiere-paziente, empatia, emozioni.

INTRODUZIONE

Il burnout è una sindrome caratterizzata da tre dimensioni principali: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale derivante dallo stress cronico lavorativo non adeguatamente gestito. Questa condizione è particolarmente diffusa nelle professioni di aiuto, tra cui il contesto sanitario, poiché gli operatori sanitari sono esposti quotidianamente a specifici fattori di rischio che possono aumentare lo sviluppo del burnout.

Tra questi sono inclusi l'elevato carico di lavoro, la componente emotiva e la continua esposizione alla sofferenza e, talvolta, alla morte dei pazienti.

L'oncologia è la branca della medicina che si occupa della gestione della malattia neoplastica e dell'assistenza al paziente oncologico. In tale contesto alcuni fattori di rischio risultano essere molto accentuati, soprattutto per l'elevata componente emotiva e relazionale nella gestione del paziente neoplastico, elementi che rendono l'assistenza infermieristica in questo ambito particolarmente complessa. Da ciò ne deriva la necessità per il professionista sanitario di sviluppare sia competenze tecniche ma soprattutto relazionali.

La relazione infermiere-paziente è un elemento fondamentale dell'assistenza oncologica che si fonda su dei principi fondamentali: ascolto attivo, comunicazione e empatia. Il coinvolgimento emotivo che deriva dalla relazione con il paziente permette di instaurare una relazione efficace e sicura, ma in alcuni casi può diventare un fattore di rischio sia per il professionista che per l'assistenza.

Da ciò deriva la necessità per le organizzazioni sanitarie di adottare un approccio integrato fondato su strategie di prevenzione e sul monitoraggio del burnout negli operatori sanitari, con lo scopo di intervenire precocemente e salvaguardare sia la salute del professionista che la qualità dell'assistenza.

Obiettivo

La presente tesi analizza l'impatto del burnout negli infermieri nel contesto oncologico, individuare i principali fattori di rischio e le rispettive conseguenze. L'obiettivo è comprendere come le dimensioni del burnout: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta efficacia professionale, si ripercuotono sul benessere dell'operatore e sull'assistenza del paziente. Inoltre, ulteriore scopo è quello di individuare le strategie di prevenzione più efficaci.

Materiali e metodi

E' stata condotta una revisione della letteratura utilizzando articoli scientifici, meta-analisi e revisioni sistematiche acquisite tramite la banca dati biomedica Pubmed. Per i documenti aggiuntivi è stato utilizzato Google Scholar. Inoltre sono stati visionati il Codice Deontologico degli infermieri, il Decreto Ministeriale n.739 del 1994 per delineare i principi etici e normativi della professione infermieristica, e il Piano Nazionale Oncologico 2023-2027, come riferimento per il percorso del paziente oncologico. Sono stati consultati inoltre documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per comprendere in modo accurato il fenomeno del burnout.

Risultati e discussione

L'analisi degli studi ha evidenziato che l'oncologia è uno dei contesti sanitari maggiormente esposto al rischio di burnout. Il carico di lavoro, il notevole coinvolgimento emotivo nella relazione con il paziente, la continua esposizione con la sofferenza e talvolta la morte risultano essere i principali fattori di rischio nel contesto oncologico. Il burnout causa nel professionista sanitario esaurimento emotivo, depersonalizzazione e la riduzione della realizzazione personale. Tali dimensioni si ripercuotono sul benessere del professionista ma anche sulla sicurezza e sull'efficacia dell'assistenza.

Per salvaguardare il benessere dell'operatore e ridurre il rischio di burnout risulta fondamentale mettere in atto adeguate strategie di prevenzione sia individuali, come la mindfulness, la resilienza e il self-care, sia organizzative, come il miglioramento del clima lavorativo, formazione di gruppo e leadership efficace. Inoltre è importante monitorare il burnout negli operatori sanitari attraverso appositi strumenti validati come il Maslach Burnout Inventory (BMI), il quale consente di individuare precocemente elevati livelli di stress. Questo approccio integrato consente di salvaguardare il benessere del professionista sanitario e, al tempo stesso, garantire un'assistenza adeguata in termini di qualità.

Capitolo 1. Il burnout

1.1 Caratteristiche e cenni storici del burnout

Il termine *burnout*, tradotto dall'inglese letteralmente come “esaurito”, “scoppiato” o “bruciato”, indica una condizione caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, causata dallo stress cronico lavorativo non gestito con successo (World Health Organization, 2019).

Il termine viene utilizzato inizialmente nella letteratura, solo successivamente viene applicato al contesto scientifico e clinico (Arces, n.d). Nel contesto letterario il termine appare per la prima volta nel 1961, nel romanzo “Burn-out case” dell'autore Graham Greene, in cui il protagonista, un architetto che, deluso e insoddisfatto, decide di ritirarsi in Congo. Questo rappresenta metaforicamente una condizione di esaurimento (Arces, n.d.).

Ad applicare il concetto nell'ambito scientifico è lo psicologo americano di origine tedesca Herbert Freudenberger. Freudenberger pubblica nel 1974 un articolo “Staff Burnout” in “Journal of Social Issues”, in cui descrive il fenomeno come una condizione di esaurimento fisico ed emotivo riscontrato negli individui fortemente coinvolti nel proprio lavoro, in particolare nelle professioni di aiuto. Tra i sintomi principali, Freudenberger identifica stanchezza persistente, affaticamento, insonnia, frequenti mal di testa, disturbi gastrointestinali e mancanza di respiro. Secondo Freudenberger il burnout tende a colpire con maggiore incidenza gli individui più motivati e impegnati, che finiscono per rimanere intrappolati in un processo progressivo di esaurimento (Freudenberger, 1974).

Un contributo fondamentale è quello della psicologa statunitense Christina Maslach, che definisce il burnout come una sindrome caratterizzata da tre dimensioni differenti: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale (Zoccali et al., 1999).

L'esaurimento emotivo è caratterizzato dalla mancanza di energia tale da compromettere la capacità di affrontare la realtà quotidiana, per la continua persistenza di sentimenti quali l'apatia e il distacco emotivo nei confronti del lavoro.

Con il termine "depersonalizzazione", Maslach intende un atteggiamento di distacco e ostilità che influenza principalmente la relazione di cura e di aiuto, caratterizzata da sentimenti di distacco e malessere. Il soggetto sentendosi meno coinvolto, tende a limitare l'investimento delle energie, con un impatto negativo sulla qualità del proprio operato, fino a sottrarsi dalle richieste di aiuto del paziente.

Infine Maslach con il termine "ridotta realizzazione personale" indica un sentimento di "fallimento professionale", nonché una condizione in cui il soggetto percepisce una diminuzione della propria efficacia professionale e soddisfazione.

Christina Maslach ha inoltre introdotto uno strumento di valutazione importante del burnout, il **Maslach Burnout Inventory** (Zocali et al., 1999).

L'MBI è un questionario costituito da 22 item che identificano tre sotto-scale:

-**Esaurimento emotivo (EE)**: esamina sensazioni di essere povero emotivamente ed esausto dal lavoro;

-**Depersonalizzazione (DP)**: misura il distacco e l'empatia che si ha nel trattamento degli individui;

-**Realizzazione personale (PA)**: misura quanto ci si sente soddisfatti e competenti del proprio lavoro con gli altri.

Un punteggio elevato alle prime due scale aumentano il rischio di burnout, diversamente dal punteggio elevato nell'ultima.

In un primo momento il burnout è studiato nelle professioni di aiuto poiché è in queste che viene osservato per la prima volta, a partire dagli studi di Freudenberg. Negli anni successivi la ricerca delinea ulteriori fattori che possono essere attribuiti alle cause del burnout, tra i quali lo stress lavorativo cronico, permettendo così di applicare il concetto

anche ad altri contesti professionali e non essere confinato solo a quello delle professioni sanitarie.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il burnout è un “fenomeno occupazionale” e lo inserisce nell'ICD-11, come una sindrome causata dallo stress cronico mal gestito. Tale fenomeno è influenzato da tre fattori: mancanza di energia, distacco emotivo nel proprio lavoro e ridotta efficacia professionale. Secondo l'OMS tale fenomeno si applica esclusivamente al contesto lavorativo.

Inoltre L'OMS sta per introdurre delle linee guida per incrementare il benessere mentale nel posto di lavoro (World Health Organization, 2019).

1.2 Cause e sintomi del burnout

All'origine, a causare il burnout sono soltanto le caratteristiche individuali, solo successivamente sono considerati altri fattori. Maslach e Leiter sono i primi a sostenere che tale sindrome non è scaturita soltanto da fragilità e debolezze personali ma anche da altri elementi. Secondo la loro teoria, il burnout, non è un fallimento personale, ma il risultato di un contesto lavorativo alterato. In questa prospettiva, non sono le persone a “rompersi”, ma è spesso il contesto ad essere disfunzionale e a generare condizioni che comportano a esaurimento emotivo e professionale (Maslach & Leiter, 1999).

I due autori individuano sei aree di “discrepanza” tra il lavoratore e il contesto lavorativo che possono favorire l'insorgenza del burnout:

-**Carico di lavoro** (Workload): l'intensità e il volume del lavoro devono essere proporzionati alle risorse del lavoratore; un carico troppo elevato aumenta lo stress;

-**Controllo** (Control): riguarda l'autonomia e la possibilità di effettuare scelte lavorative; la mancanza di controllo aumenta il rischio di burnout;

-**Ricompensa** (Reward): riguarda il riconoscimento professionale ed economico, la mancanza di gratitudine diminuisce la soddisfazione professionale.

-**Comunità** (Community): la qualità delle relazioni con colleghi e superiori influisce sul benessere del lavoratore;

-**Equità** (Fairness): riguarda l'equità e correttezza nell'organizzazione; squilibri comportano insoddisfazione e stress;

-**Valori** (Values): corrispondenza tra i principi personali e i valori dell'organizzazione; discrepanze tra questi aumentano il rischio di burnout (Maslach & Leiter, 1999).

La ricerca scientifica permette nel tempo di considerare il burnout come una sindrome multi fattoriale, che si verifica quando più fattori si combinano tra loro. I fattori che scatenano tale sindrome sono divisi in: individuali, organizzativi e socio-culturali. (Castello, 2019).

I primi fanno riferimento alle caratteristiche di personalità e a quelle socio-demografiche. Alcune caratteristiche di personalità come introversione, perfezionismo, eccessiva dedizione al lavoro aumentano il rischio di burnout.

I fattori socio-demografici fanno riferimento invece all'età, il sesso in quanto le donne sembrano più esposte al burnout, e il livello di istruzione perché un maggiore livello di questo comporta maggiori aspettative dell'individuo. Anche la motivazione professionale e il grado di soddisfazione personale aumentano il rischio di tale sindrome: quando le aspettative professionali non riflettono la realtà del contesto lavorativo, il lavoratore può andare incontro a una condizione di frustrazione e a un progressivo esaurimento emotivo. Per ultimo le questioni emotive irrisolte rientrano in questa categoria, poiché anche se non riguardano direttamente il contesto lavorativo possono influenzarlo in maniera negativa.

I fattori di rischio organizzativi hanno un ruolo centrale nello sviluppo del burnout e fanno riferimento all'ambiente e all'organizzazione del contesto lavorativo. Ambienti di lavoro poco confortevoli, orari poco flessibili e mansioni ripetitive e prive di stimolazioni ne fanno parte. Tra i fattori organizzativi uno di notevole importanza è la qualità delle relazioni interpersonali, poiché rapporti conflittuali tra colleghi, mancanza di comunicazione e ridotto riconoscimento professionale aumentano il rischio di

sviluppare il burnout. Per finire i fattori socio-culturali fanno riferimento alle caratteristiche dell'organizzazione sociale, alla storia politica e ai cambiamenti nei comportamenti, ai valori della società, i quali possono ripercuotersi sul benessere dei lavoratori (Castello, 2019).

Il burnout non insorge improvvisamente. La letteratura scientifica propone negli anni, diversi modelli teorici che spiegano tale processo condividendo tutti un'idea ovvero che il burnout è un processo con un decorso progressivo e graduale. Tali modelli possono differenziarsi per il numero delle fasi o per aspetti strutturali.

Tra i modelli, il più noto, è quello di Edelwich e Brodsky (citato in Castello, 2019), un modello composto da quattro differenti stadi:

-Stadio dell'entusiasmo: l'operatore è fortemente motivato della propria professione, ignaro delle difficoltà della stessa;

-Stadio della stagnazione: l'operatore diventa consapevole che i risultati del proprio lavoro sono incerti e difficili. Si assiste inoltre a una diminuzione dell'entusiasmo, sentimenti di noia e di preoccupazione per il proprio lavoro;

-Stadio della frustrazione: l'operatore si accorge delle differenze tra le aspettative e la realtà innescando in lui sentimenti di rabbia e di sconforto insieme a un senso di inutilità e impotenza;

-Stadio dell'apatia: l'operatore è distaccato emotivamente dal lavoro e si ha gradualmente una perdita di interesse nei confronti di quest'ultimo, vera e propria fase del burnout.

Cherniss (citato in Castello, 2019) invece, proponeva un modello a tre fasi:

-Fase dello stress: il soggetto prova ad adattarsi alla situazione utilizzando le sue risorse fisiche e psichiche, provocando in lui una condizione progressiva di esaurimento e di demotivazione per il proprio lavoro;

-Fase della crisi interiore o tensione emotiva: il soggetto risponde alla situazione creatasi attraverso atteggiamenti di rabbia e nervosismo;

-Fase della **difesa**: il soggetto per proteggersi apporta delle modifiche ai suoi comportamenti diventando più freddo e distaccato. Questo distacco rappresenta per lui un meccanismo di difesa per fuggire dalla situazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità facendo riferimento alle tre dimensioni proposte nel modello teorico Maslach & Leiter definisce i principali segni e sintomi che si possono ricondurre alla sindrome (Morgese, 2023).

Le dimensioni proposte nel modello sono: esaurimento fisico ed emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

I segni e i sintomi che l'OMS include nella prima dimensione sono: stanchezza persistente, disturbi del sonno, difficoltà cognitive, diminuzione delle difese immunitarie e sentimenti di rabbia, nervosismo e di tristezza.

Alla successiva dimensione l'OMS attribuisce la diminuzione nella capacità di provare piacere e interesse, accompagnata da pessimismo e allontanamento sociale con una riduzione dell'empatia e della compassione. Il burnout riduce l'empatia e la compassione favorendo invece atteggiamenti di cinismo e di indifferenza verso gli altri. Per finire alla ridotta percezione dell'efficacia professionale riconosce segni e sintomi, quali sentimenti di indifferenza emotiva, irritabilità e ridotta produttività. Il soggetto accusa una stanchezza estrema la quale comporta un peggioramento della performance lavorativa (Morgese, 2023).

1.3 Conseguenze del burnout e strategie di prevenzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce lo stress come una risposta "naturale" dell'essere umano per far fronte alle situazioni difficili della vita, che genera una condizione di pressione mentale e preoccupazione. Lo stress si manifesta generalmente come un episodio di breve durata, caratterizzato da sintomi sia fisici sia psicologici. Tra quelli fisici rientrano mal di testa, dolori muscolari, disturbi del sonno e perdita di appetito; quelli emotivi includono ansia, irritabilità e difficoltà di concentrazione (World Health Organization, 2023).

Diversamente, il burnout è considerato dall'OMS un fenomeno “occupazionale”, ovvero una condizione confinata al contesto lavorativo, scaturita principalmente dallo stress lavorativo cronico non adeguatamente gestito. È caratterizzato da tre dimensioni principali: esaurimento delle energie, distacco mentale dal lavoro e ridotta efficacia professionale. I segnali più comuni del burnout sono svuotamento emotivo, mancanza di energia, atteggiamenti di cinismo e disinteresse (World Health Organization, 2023).

Stress e burnout si differenziano sotto vari aspetti. In primo luogo, per la durata: lo stress è generalmente un episodio acuto e transitorio, mentre il burnout è una condizione cronica. Un'altra differenza riguarda la natura da cui insorgono, lo stress può derivare da qualsiasi ambito della vita, mentre il burnout è fortemente legato al contesto lavorativo. Anche le reazioni emotive sono diverse, nello stress si presenta una condizione di iperattività, ansia e preoccupazione, mentre il burnout si caratterizza per sentimenti di apatia, cinismo e disinteresse. Infine, i due fenomeni si distinguono per la motivazione: nello stress si è generalmente motivati a superare la difficoltà, mentre nel burnout si osserva una marcata perdita di motivazione. Nonostante queste differenze, i due fenomeni sono strettamente correlati, lo stress rappresenta infatti il principale fattore che può condurre al burnout, soprattutto quando non viene gestito correttamente e può evolvere in una condizione cronica (Healthline, 2023).

Il burnout può influenzare in maniera significativa la salute e la qualità della vita della persona. Il persistere della sintomatologia può avere conseguenze sul piano fisico, psicologico e professionale. A livello fisico si presenta un deterioramento dello stato di salute generale; lo stress cronico può comportare un indebolimento del sistema immunitario, rendendo la persona più suscettibile alle malattie.

Inoltre, possono verificarsi alterazioni del metabolismo ormonale e un aumento del rischio di patologie cardiovascolari (Fondo ASIM, n.d.). A livello psicologico si assiste a un declino del benessere mentale; apatia, insoddisfazione e senso di inefficacia aumentano il rischio di sviluppare disturbi d'ansia e depressione (Fondo ASIM, n.d.).

Il burnout può influire negativamente anche sulla vita professionale della persona. La mancanza di entusiasmo ed energie, insieme alla difficoltà di concentrazione, si ripercuote sulla qualità della performance lavorativa, determinando calo della produttività, insoddisfazione e aumento del rischio di errori o incidenti sul lavoro. In aggiunta, il burnout può compromettere la qualità delle relazioni interpersonali; atteggiamenti di isolamento, irritabilità e chiusura emotiva possono rendere difficile la comunicazione, il mantenimento dei rapporti, la gestione dei conflitti e la capacità di fornire supporto emotivo agli altri (Fondo ASIM, n.d.).

La sindrome di burnout è un fenomeno sempre più diffuso che può avere gravi ripercussioni sia sul lavoratore sia sull'organizzazione. Nella gestione del burnout è importante adottare un approccio proattivo, fondato su interventi mirati sia al singolo individuo sia al contesto organizzativo (INAIL, 2025).

La prevenzione del burnout si articola su tre livelli: primaria, secondaria e terziaria (INAIL, 2025). La prevenzione primaria comprende interventi di miglioramento dell'organizzazione, agendo direttamente sui fattori lavorativi che possono causare stress. La prevenzione secondaria agisce sul soggetto, potenziandone le risorse attraverso attività di formazione, percorsi di supporto psicologico ed elaborazione di strategie per la gestione dello stress. La prevenzione terziaria interviene invece sui casi conclamati attraverso percorsi di cura e riabilitazione finalizzati al recupero del benessere del lavoratore (Holman et al., 2018, citato in Ocera, 2024).

La prevenzione primaria riguarda principalmente il piano organizzativo e mira a intervenire sugli aspetti strutturali dell'organizzazione. Secondo tale prospettiva, Maslach e Leiter, nel volume *Il benessere sul lavoro* (2023), sostengono che il burnout non sia causato esclusivamente da fragilità individuali, ma rappresenta una discrepanza tra la persona e il contesto organizzativo. Gli autori evidenziano l'importanza di interventi di tipo organizzativo, poiché risultano tra i più efficaci nella prevenzione del burnout.

Maslach e Leiter sottolineano la necessità di garantire carichi di lavoro moderati e sostenibili, fondare l'organizzazione su principi di equità e riconoscimento professionale, promuovere un clima lavorativo sereno e sviluppare una leadership efficace. La chiarezza dei ruoli riduce il rischio di ambiguità e conflitti; la percezione di equità rafforza la fiducia dei lavoratori nei confronti dell'organizzazione; il riconoscimento professionale valorizza l'impegno e i risultati raggiunti, contrastando la percezione di inefficacia tipica del burnout. Una leadership capace di ascoltare, sostenere e organizzare adeguatamente il lavoro contribuisce ad accrescere il senso di appartenenza al team.

Secondo questa prospettiva, il concetto di work engagement rappresenta lo stato positivo che può manifestarsi quando le condizioni lavorative sono adeguate. Il termine engagement viene introdotto negli anni Novanta da Kahn, che lo descrive come una condizione in cui l'individuo è profondamente coinvolto nel proprio ruolo lavorativo, investendo energie fisiche, mentali ed emotive (Kahn, 1990, citato in Schaufeli, Forte & Consiglio, 2022).

Attualmente la definizione più diffusa di engagement è quella proposta da Schaufeli e colleghi, che lo definiscono come uno stato mentale positivo e persistente, non attribuibile a un singolo evento o a una situazione specifica (Schaufeli et al., 2002, citato in Schaufeli, Forte & Consiglio, 2022). L'engagement si fonda su tre dimensioni: vigore, dedizione e assorbimento. Il vigore si caratterizza per energia e resilienza; la dedizione indica coinvolgimento e motivazione; l'assorbimento fa riferimento a una condizione di piena concentrazione nell'attività svolta, al punto da rendere difficile distaccarsene.

Secondo quanto affermato, quando le risorse lavorative risultano adeguate favoriscono lo sviluppo del work engagement. Le sue dimensioni si contrappongono a quelle tipiche del burnout; pertanto, l'engagement può svolgere una funzione protettiva rispetto al fenomeno (Schaufeli & Salanova, 2007).

Capitolo 2. Il burnout in oncologia

2.1 Il burnout: uno sguardo alla professione infermieristica

Per comprendere come il burnout può interessare la professione infermieristica occorre definire la figura dell'infermiere.

Il Decreto Ministeriale n.739 del 1994 delinea la figura dell'infermiere, definendolo come il professionista sanitario che si occupa dell'assistenza generale infermieristica. Questo documento è il caposaldo della professione infermieristica, delinea le responsabilità, i compiti e gli ambiti di intervento dell'infermiere. L'infermiere, secondo tale normativa, si occupa di ambiti diversi, quali la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'educazione sanitaria (Decreto Ministeriale n. 739, 1994).

Il concetto di salute è cambiato nel corso degli anni. In passato, la salute è intesa solo come assenza di malattia e l'assistenza infermieristica si occupa principalmente di gestire i bisogni fisici della persona. Ad oggi, invece, alla salute viene attribuito un concetto molto più ampio, che comprende il benessere fisico, mentale ed emotivo della persona. Di conseguenza, anche l'assistenza infermieristica è cambiata nel tempo adottando un approccio di tipo olistico. Nel panorama attuale, l'infermiere non si occupa solo dei bisogni fisici della persona, ma presta attenzione anche alla sfera psicologica ed emotiva, mettendola al centro dell'assistenza nella sua interezza (Burrai et al., 2016).

La professione infermieristica si caratterizza per una forte componente emotiva che si sviluppa nel processo di assistenza. La relazione infermiere-paziente è un elemento rilevante nell'intero processo di cura. Hildegard Peplau promuove la teoria del Nursing Psicodinamico, definendo la relazione tra infermiere e paziente come una "relazione interpersonale terapeutica". (Peplau, 1952, citato in Vellone & Piras, 1997).

Secondo Peplau, l'assistenza infermieristica è un processo interattivo e dinamico, nel quale infermiere e paziente interagiscono per garantire il benessere, la crescita e

l'autonomia della persona assistita. La relazione infermiere e paziente si realizza attraverso quattro fasi distinte:

-Orientamento: primo contatto tra i due in cui, l'infermiere aiuta la persona a riconoscere il problema e a comprendere il bisogno di aiuto, attraverso ascolto attivo e osservazione;

-Identificazione: il paziente acquisisce consapevolezza e partecipa attivamente; l'infermiere favorisce accoglienza, disponibilità e ascolto;

-Sviluppo o utilizzazione: instaurazione di una relazione di fiducia basata sulla comprensione, fiducia e accettazione reciproca;

-Conclusione o risoluzione: termine della relazione terapeutica, coincidente con il progressivo raggiungimento dell'autonomia del paziente.

Gli elementi relazionali fondamentali secondo Peplau sono l'ascolto, l'empatia e il supporto emotivo, i quali possono talvolta esporre l'infermiere a rischi professionali. Rispetto ad altre professioni sanitarie, l'infermieristica risulta più esposta al burnout, a causa del contatto prolungato con il paziente e dell'impatto emotivo connesso (Duzzi et al., 2014). Diversi studi evidenziano un rischio maggiore di burnout nelle strutture che si occupano di patologie croniche, quali oncologia e psichiatria, contesti in cui il coinvolgimento emotivo con il paziente si riflette sugli operatori, i quali percepiscono il fallimento della cura come fallimento personale.

Alcuni autori sostengono che il lavoro dell'infermiere è un lavoro "emozionale" e che la professione infermieristica è caratterizzata da una forte componente emotiva. L'infermiere non si occupa esclusivamente di svolgere attività tecniche ma deve essere in grado di relazionarsi con la persona assistita, comprendere i suoi bisogni e soprattutto adeguare le proprie emozioni in base al contesto. Il lavoro emozionale comporta nel professionista uno sforzo psicologico notevole, deve garantire empatia e professionalità in termini di qualità dell'assistenza e allo stesso tempo saper gestire le emozioni. Questa componente emotiva può diventare anche fonte di stress se non accompagnata

ad adeguate strategie di supporto, poiché richiede un impegno costante da parte del professionista in termini di ascolto e di relazione con il paziente (Castello, 2019).

In sintesi, l'empatia è una competenza del professionista sanitario. Consente a quest'ultimo di comprendere i bisogni e le emozioni dell'altra persona, migliorando la qualità della relazione e dell'assistenza.

L'empatia viene definita come la capacità del professionista sanitario di comprendere e percepire le emozioni altrui. La letteratura scientifica attribuisce all'empatia due componenti diverse. L'empatia cognitiva (Cognitive Empathy, CE) rappresenta la capacità di comprendere accuratamente i pensieri e lo stato emotivo altrui. Diversamente, l'empatia affettiva (Affective Empathy, AE) indica la percezione delle emozioni altrui ma, implica la condivisione emotiva del professionista (Ngo et al., 2025).

La relazione tra empatia e burnout in letteratura è molto complessa poiché sono presenti pareri talvolta contrastanti. Alcuni studi mostrano che l'empatia è un fattore protettivo dal burnout aumentando la capacità di relazione e riducendo lo stress (Pires et al., 2025). Altri invece, sostengono che l'empatia espone a un maggior rischio di burnout (Romani et al., 2021).

2.2 Caratteristiche del setting oncologico

Il setting oncologico è il contesto organizzativo nel quale avviene la gestione del paziente affetto da neoplasia. Il setting oncologico comprende diversi contesti assistenziali: l'ospedale, il domicilio, l'ambulatorio e l'hospice. In questi contesti, un team multidisciplinare assiste la persona in ogni fase della malattia: dalla diagnosi fino all'erogazione delle cure palliative. La rete ospedaliera è composta da:

-Reparto di degenza: garantisce le cure intensive, la gestione delle complicanze e dei trattamenti che richiedono un ricovero;

-Day Hospital: permette la somministrazione di terapie oncologiche, come la chemioterapia o l'immunoterapia, in regime di ricovero diurno;

-Ambulatori di follow-up: luoghi per i controlli periodici finalizzati alla valutazione dell'evoluzione della malattia o della stabilità clinica.

A livello territoriale, l'assistenza al paziente oncologico avviene attraverso strutture come l'hospice o mediante l'assistenza domiciliare. L'obiettivo è l'erogazione delle cure palliative, il supporto e il monitoraggio dei sintomi, assicurando la presa in carico globale della persona e la continuità assistenziale anche al di fuori del contesto ospedaliero.

Il percorso del paziente oncologico, come delineato dal Piano Oncologico Nazionale (PON 2023-2027) si compone di varie fasi integrate tra loro:

-Prevenzione e diagnosi: programmi di screening e identificazione precoce del tumore;

-Presa in carico e trattamento: valutazione clinica, presa in carico della persona da parte di un team multidisciplinare e trattamento;

-Follow-up e continuità assistenziale: controlli periodici per monitorare le recidive, le complicanze e lo stato generale di salute della persona (Ministero della Salute, 2023).

L'assistenza infermieristica in oncologia è particolarmente complessa, non solo per la varietà dei bisogni fisici ed emotivi della persona, ma anche per la natura stessa della malattia. Gli infermieri in questo contesto devono possedere competenze tecniche e relazionali integrate. Le competenze tecniche comprendono la somministrazione farmaci chemioterapici e immunoterapici, la gestione dei dispositivi di accesso e degli effetti collaterali dei trattamenti oncologici. Sul piano relazionale, l'infermiere garantisce una comunicazione efficace sia con la persona sia con il caregiver, offrendo supporto emotivo e psicologico nelle varie fasi del percorso di cura. Allo stesso tempo, collabora con l'equipe multi-professionale e mette in atto l'ascolto attivo per comprendere i bisogni dei pazienti (MasterIN.it, 2024).

L'articolo 4 del Codice Deontologico è uno dei principi fondamentali della professione infermieristica. Tale articolo afferma: «L'infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l'empatia è una componente fondamentale. L'infermiere si fa garante che le persone assistite non siano mai lasciate in abbandono, coinvolgendo, con il consenso degli interessati, le persone di riferimento nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di cura è tempo di relazione» (FNOPI, 2025, art. 4).

Nel contesto oncologico, la relazione infermiere-paziente assume un ruolo più significativo rispetto ad altri contesti, a causa della complessità della malattia e dei molteplici bisogni fisici ed emotivi della persona. Questo principio trova applicazione nel lavoro di Fumai, un infermiere che lavora nell'ambito oncologico, che descrive come «il tempo di relazione è tempo di cura». Fumai sostiene che ogni momento dedicato all'ascolto e alla comunicazione dell'infermiere è un vero e proprio atto terapeutico, sottolineando quanto le competenze relazionali siano importanti nella pratica infermieristica (Fumai, 2024).

Dunque, l'articolo 4 del Codice Deontologico, le evidenze riportate da Fumai e le caratteristiche del setting oncologico esaltano il concetto che prendersi cura non si riferisce esclusivamente alla gestione clinica della malattia, ma significa fornire anche e soprattutto supporto emotivo e psicologico.

Il termine emozione indica un processo interiore determinato da uno stimolo o un evento significativo per l'individuo. L'emozione si manifesta attraverso esperienze personali, cambiamenti fisiologici e comportamentali (Treccani, 2010).

In oncologia, l'infermiere è esposto quotidianamente a un carico emotivo elevato, derivante dalla gestione della sofferenza, della paura, del dolore e talvolta dalla morte (Nurse24, 2016).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il tumore o neoplasia è un'alterazione di cellule che si moltiplicano e si diffondono, sfuggendo ai meccanismi che mantengono

l'equilibrio nei vari organi. Le neoplasie possono essere benigne o maligne. La malignità della neoplasia è data dalla capacità di queste cellule di diffondersi in altri organi e dare origine alle cosiddette metastasi. La terapia dei tumori normalmente consiste nella chirurgia nelle forme localizzate, la chemioterapia, la radioterapia e l'uso di farmaci specifici (Istituto Superiore di Sanità, 2025).

La malattia neoplastica rappresenta per la persona un evento traumatico. I trattamenti utilizzati possono causare cambiamenti fisici e psicologici con notevoli ripercussioni sul benessere emotivo e sulla qualità di vita. I cambiamenti fisici comprendono fatica e stanchezza, modificazioni dell'immagine corporea, dolore e sintomi specifici per il tipo di trattamento. A livello psicologico, i pazienti possono sperimentare elevati livelli di stress che, se protratti nel tempo, comportano l'insorgenza di disturbi depressivi e ansiosi. Le alterazioni ormonali possono influenzare l'umore e il benessere emotivo. Inoltre, la paura e la preoccupazione vissute dalla persona possono generare reazioni emotive significative (Sant'Agostino, 2023).

Questi aspetti rispecchiano quanto affermato dalla letteratura scientifica, secondo cui la malattia oncologica e i trattamenti associati ad essa hanno un impatto importante sulla sfera psicologica della persona, da cui deriva la necessità di un supporto emotivo integrato nell'assistenza (Galen Medical Journal, 2024). La complessità del contesto oncologico e la pressione emotiva a cui sono esposti gli operatori sanitari possono aumentare il rischio di sviluppare il burnout, fenomeno che può avere conseguenze significative sulla qualità dell'assistenza oncologica.

2.3 Fattori di rischio e impatto sulla qualità dell'assistenza oncologica

In oncologia diversi fattori possono esporre gli infermieri al burnout. La letteratura scientifica suddivide tali fattori in tre differenti categorie: socio-demografici, occupazionali e psicologici (Vargas et al., 2015). I fattori socio-demografici includono: età, genere, stato civile e formazione che non hanno una ripercussione significativa. I

fattori occupazionali comprendono il carico di lavoro, il contatto con il dolore e la morte dei pazienti, lo stress derivante dal contesto organizzativo e la qualità dell'ambiente di lavoro. L'anzianità professionale rientra tra questi e risulta un fattore protettivo del burnout. Infine, i fattori psicologici comprendono ansia, depressione e la percezione di non essere all'altezza nel lavoro, che aumentano il rischio di burnout. La soddisfazione lavorativa, il supporto sociale e le competenze comunicative lo riducono (Vargas et al., 2015).

Il burnout è quindi il risultato dell'interazione di questi fattori, che possono ripercuotersi sulla qualità dell'assistenza al paziente e sul benessere del lavoratore (Vargas et al., 2015).

Alcuni studi evidenziano come tali fattori risultano più accentuati in specifici ambiti dell'oncologia, come quello pediatrico (De la Fuente-Solana et al., 2020).

In questo contesto la gestione della malattia oncologica è più difficile, poiché l'infermiere non deve relazionarsi soltanto con il paziente pediatrico, ma anche con la famiglia, determinando così un carico emotivo e relazionale maggiore. Inoltre, la possibile perdita del paziente pediatrico ha un impatto psicologico sull'operatore molto rilevante, tale da rendere gli operatori sanitari che operano in determinati setting più suscettibili al burnout.

Il burnout è una sindrome che si manifesta attraverso tre dimensioni principali a seguito dello stress cronico lavorativo mal gestito. La letteratura scientifica mostra che il burnout ha effetti diretti sulla qualità delle cure e quindi sul paziente. Una importante meta-analisi pubblicata su *JAMA Network Open* evidenzia che il burnout è associato a una riduzione della sicurezza dei pazienti e minore soddisfazione, nonché all'aumento degli errori clinici (Li et al., 2024).

Altri studi, analizzano le conseguenze focalizzandosi sul contesto oncologico. Uno studio recente, condotto su diversi infermieri in diversi ospedali della Cina, analizza in che modo il burnout può influenzare la sicurezza delle cure. I risultati di questo studio

evidenziano che un elevato livello di burnout negli operatori è associato a una diminuzione dei comportamenti di sicurezza in quest'ultimi, come la minore adesione alle pratiche di sicurezza, minore attenzione ai processi assistenziali e minore competenza percepita nella sicurezza del paziente (Ma et al., 2025).

La diminuzione della sicurezza può essere osservata nella pratica clinica attraverso esempi riportati in letteratura, tra cui: errori nella somministrazione dei farmaci, cure mancate o incomplete, aumento delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e cadute dei pazienti (Kennedy, 2025).

Il burnout influenza anche la relazione infermiere-paziente, fondamentale nell'assistenza oncologica. Uno studio mostra come la relazione infermiere-paziente si modifica a causa del distacco emotivo dell'infermiere. Questo distacco si manifesta attraverso riduzione dell'ascolto e dell'empatia. L'operatore sanitario appare freddo, distaccato e la relazione perde efficacia (Gomez et al., 2016). In tal modo, il burnout compromette la relazione terapeutica, considerata cruciale da Peplau (Vellone & Piras, 1997).

La sindrome si ripercuote anche sul professionista sia sul livello fisico sia su quello psicologico. A livello fisico può manifestarsi con stanchezza cronica, insonnia, problemi cognitivi, dolori muscolari e riduzione delle difese immunitarie (Morgese, 2023). A livello psicologico, uno studio mostra che gli infermieri in burnout hanno un elevato livello di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione e una riduzione della realizzazione personale (Gomez et al., 2016).

Queste tre dimensioni, che rappresentano uno svuotamento emotivo, un distacco relazionale e una percezione di inefficacia professionale, si ripercuotono nel modo di lavorare del professionista. L'esaurimento emotivo comporta una riduzione dell'energia e della concentrazione, rendendo più difficile affrontare il carico di lavoro. La depersonalizzazione provoca un distacco emotivo dal paziente o anche il sentimento di cinismo, riducendo l'empatia e la comunicazione con quest'ultimo. La ridotta efficacia

professionale rappresenta la diminuzione della motivazione professionale, nonché senso di incompetenza e frustrazione, aumentando il rischio di errori clinici (Li et al., 2024).

In linea generale, queste dimensioni determinano un calo della “performance lavorativa”, ovvero il modo con cui il professionista svolge il proprio lavoro, nonché l’efficacia e l’efficienza con la quale porta a termine i propri compiti e raggiunge gli obiettivi dell’organizzazione.

L’articolo di Gomez non parla esplicitamente delle ripercussioni del burnout a livello organizzativo, ma riporta l’associazione tra burnout e turnover del personale, suggerendo che l’impatto del burnout va oltre l’esperienza individuale e può influenzare in maniera globale l’organizzazione del team (Gomez et al., 2016).

2.4 Prevenire il burnout in oncologia

La prevenzione del burnout in oncologia è un elemento rilevante per salvaguardare il benessere del lavoratore, ma anche garantire un’adeguata qualità dell’assistenza ai pazienti. Gli operatori sanitari che lavorano in questo contesto sono esposti quotidianamente a situazioni emotive intense, come la gestione della malattia neoplastica e la sofferenza dei pazienti, elementi che rendono l’ambiente lavorativo particolarmente complesso.

La letteratura scientifica sottolinea l’importanza di mettere in atto strategie di prevenzione mirate sia al singolo individuo che al contesto organizzativo, in quanto un approccio integrato risulta maggiormente efficace nel ridurre il burnout e proteggere il benessere del lavoratore (Alabi et al., 2021).

Tra gli interventi individuali, Duarte e Pinto-Gouveia (2016) evidenziano come la mindfulness rappresenta una delle strategie più efficaci nella prevenzione del burnout. La mindfulness, intesa come la capacità di prestare attenzione al momento, consente

infatti di ridurre il burnout e lo stress, migliorando la capacità di gestione delle emozioni, favorendo maggiore consapevolezza dei propri vissuti emotivi.

Tuttavia, i risultati di una revisione sistematica indicano che la mindfulness risulta essere più efficace se integrata con altri interventi di prevenzione, come programmi volti a incrementare la resilienza e strategie di self-care. Gli interventi basati sulla mindfulness risultano molto validi nel ridurre il burnout e comprendono la meditazione, tecniche di riduzione dello stress e gli esercizi di consapevolezza. Le strategie self-care includono educazione all'auto-cura, attività creative, supporto psicologico e attività per la gestione del lutto. Infine, gli interventi volti ad aumentare la resilienza aumentano la capacità dell'operatore di fronteggiare eventi stressanti, migliorando il benessere individuale e riducendo il turnover del personale (Dou et al., 2025).

Sulla base di queste evidenze, l'articolo di Caruso, Tramontana e Bigazzi (2011), propone tra gli interventi individuali la formazione psicologica degli operatori sanitari come strategia centrale per prevenire il burnout. Lo studio, dopo aver definito le peculiarità del contesto oncologico e le criticità emotive legate al paziente oncologico, introduce la formazione psicologica come importante strategia di prevenzione del burnout. Secondo gli autori, la formazione psicologica risulta efficace, poiché consente all'operatore di esplorare e di comprendere il suo "mondo interno". In questo modo, il professionista acquisisce consapevolezza delle proprie emozioni e dei vissuti legati all'assistenza oncologica, attraverso l'elaborazione delle esperienze emotive intense che caratterizzano il lavoro in oncologia.

Inoltre, la formazione psicologica consente l'acquisizione di competenze comunicative e relazionali efficaci per la gestione della relazione con il paziente e il caregiver. Allo stesso tempo, può estendersi all'intera équipe multidisciplinare, favorendo la collaborazione e unione tra i professionisti. Tra gli strumenti principali utilizzati nella formazione psicologica ci sono attività di role playing, visione di film, tecniche di psicodramma, analisi di casi clinici e gruppi tipo Balint.

Il role-playing o gioco di ruolo consiste in una tecnica formativa nella quale i partecipanti sono chiamati ad assumere dei ruoli a seconda dello scenario mentre altri

fungono da osservatori, con l'obiettivo di sviluppare competenze tecniche e relazionali. Le tecniche di psicodramma utilizzano delle rappresentazioni teatrali per risolvere conflitti interiori e relazionali, garantendo all'operatore uno spazio in cui esprimere le emozioni e migliorare la gestione di situazioni stressanti.

Parallelamente agli interventi individuali, la letteratura scientifica evidenzia l'importanza di adottare strategie organizzative volte a migliorare l'ambiente di lavoro e a favorire la creazione di un clima sereno (Alabi et al., 2021).

Tra queste, la formazione educativa consente al lavoratore di acquisire competenze per affrontare difficoltà nel contesto lavorativo, mentre le terapie artistiche e le attività di intrattenimento aumentano il benessere emotivo e il rilassamento. Altrettanto importanti sono la formazione basata sul lavoro di squadra e le riunioni di gruppo, che, aumentano il senso di unione e di appartenenza al team. Infine, i programmi motivazionali, la leadership efficace, il cambiamento delle politiche interne e il supporto allo staff contribuiscono a creare un ambiente di lavoro positivo.

Oltre all'attuazione delle strategie di prevenzione individuali e organizzative, è inoltre importante effettuare il monitoraggio e la relativa valutazione del livello del burnout, attraverso appositi strumenti validati. Tra i principali strumenti riconosciuti a livello internazionale vi sono:

-Maslach Burnout Inventory (MBI): lo strumento più utilizzato, inizialmente nel contesto sanitario e successivamente in altri contesti con la versione MBI-GS (Maslach Burnout Inventory General Survey). Quest'ultimo valuta le tre dimensioni del burnout: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

-Questionario per la valutazione della sindrome da burnout (CESQT): Valuta l'entusiasmo per il lavoro, il burnout psichico, indolenza e il senso di colpa.

-Copenhagen Burnout Inventory (CBI): Valuta tre fattori principali ovvero il burnout personale, quello legato al contesto lavorativo e quello legato all'utenza (INAIL, 2025).

In linea generale per mitigare in modo efficace il burnout negli infermieri oncologici è necessario mettere in atto interventi individuali e organizzativi al tempo stesso monitorare il benessere del lavoratore. L'uso di strumenti di valutazione validati permette di individuare in maniera precoce i livelli di stress e di conseguenza intervenire in modo precoce, prevenire le conseguenze negative del burnout, proteggendo in questo modo la salute del professionista e la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.

Conclusioni

Il presente elaborato nasce dalla mia esperienza di tirocinio svolta nel reparto di oncologia. Quando mi viene assegnato questo reparto, mi chiedo fin da subito se sono all'altezza di affrontarlo poiché quest'ultimo suscita in me ansia e preoccupazione.

Durante la permanenza in reparto ho notato in modo particolare come la gestione del paziente oncologico richiede al professionista sanitario un forte coinvolgimento emotivo. La domanda che mi pongo fin da subito è la seguente: come fanno gli infermieri che lavorano in tale ambito a non farsi coinvolgere emotivamente e, soprattutto, cosa può innescare nel professionista questo coinvolgimento emotivo e nell'assistenza?

Da questa riflessione è nato il mio interesse per il tema del burnout.

Dalla letteratura emerge che il burnout è una sindrome che si manifesta attraverso tre dimensioni principali: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione dell'efficacia professionale; particolarmente diffuso nel contesto oncologico. Il coinvolgimento emotivo risulta avere due duplici effetti, da un lato consente al professionista sanitario di instaurare una relazione efficace con il paziente, dall'altro lo espone a un rischio maggiore di stress e di burnout.

Quando il burnout si manifesta nell'operatore sanitario non si ripercuote soltanto sul benessere individuale ma anche sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza del paziente e sulla relazione di cura.

Dai risultati della letteratura e dalla mia esperienza di tirocinio nel reparto oncologico, ritengo importante che vengano attuate adeguate strategie di prevenzione del burnout, al fine di tutelare il benessere degli operatori e garantire una maggiore qualità dell'assistenza ai pazienti.

Sitografia

<https://leparoledellasalute.federsanitatoscana.it/burn-out/>

<https://www.psicologiadelavoro.org/la-sindrome-di-burnoutteorie/>

<https://www.psicologiadelavoro.org/burnout-d1/>

https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_publicazioni_3292_allegato.pdf

<https://www.saracolognesi.it/lempatia-nelle-professioni-sanitarie-un-fattore-protettivo-dal-burnout/>

<https://www.fondoasim.it/sindrome-da-burnout-cause-sintomi-rimedi/>

https://www.researchgate.net/publication/399671018_L'infermiere_in_ambito_oncologico_Il_tempo_di_relazione_e_tempo_di_cura

<https://www.psicologodibase.com/psicologia-e-territorio/417-burnout-da-empatia-sintomi-stress-emotivo.html>

<https://www.cdi.it/news/infortuni-sul-lavoro-errore-medico-successivo-non-esclude-la-responsabilita/>

<https://www.iss.it/omm-tumori>

<https://www.healthline.com/health/stress-vs-burnout>

<https://www.masterin.it/start/5469-le-competenze-chiave-per-il-nursing-oncologico-una-guida-completa/>

<https://www.stateofmind.it/burnout/>

<https://www.stateofmind.it/2024/02/burnout-prevenzione-trattamento/>

[https://www.treccani.it/enciclopedia/emozione_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/emozione_(Dizionario-di-Medicina)/)

<https://www.uilpa.it/inail-il-burnout-un-fenomeno-occupazionale/>

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281>

Bibliografia

Alabi, R. O., Hietanen, P., Elmusrati, M., Youssef, O., Almangush, A., & Mäkitie, A. A. (2021). *Mitigating burnout in an oncological unit: A scoping review*. *Frontiers in Public Health*, 9, 677915.

Arces, A. (n.d.). *Burn-out*. Le parole della salute. Federsanità ANCI Toscana.

Burrai, P., Cenerelli, L., Pesci, M., & Valentini, C. (2016). *L'assistenza infermieristica olistica*. Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bologna.

Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249.

Castello, A. (2009, January 20). *Burnout: Uno sguardo al fenomeno*. *Psicologia del lavoro*.

Castello, A. (2019). *La sindrome di burnout: teorie*. *Psicologia del lavoro*.

Castello, A. (n.d.). *Il lavoro emozionale in ambito infermieristico*. *Psicologia del lavoro*.

De La Fuente-Solana, E. I., Pradas-Hernández, L., Ramiro-Salmerón, A., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Burnout syndrome in paediatric oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 8(3), 309.

D.M. 14 settembre 1994, n. 739 (1994). Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. FNOPI.

- Dou, J., Lian, Y., Lin, L., Asmuri, S. N. B., Wang, P., & Rajen Durai, R. A. (2025). Effectiveness of mindfulness-based interventions on burnout, resilience and sleep quality among nurses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Nursing*, *24*(1), 739.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, *64*, 98–107.
- Fereidouni, Z., Dehghan Abnavi, S., Ghanbari, Z., Gashmard, R., Zarepour, F., Khalili Samani, N., Sharma, A. R., & Ghasemi, A. (2024). The impact of cancer on mental health and the importance of supportive services. *Galen Medical Journal*, *13*, e3327.
- Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2025). *Codice Deontologico delle professioni Infermieristiche 2025*.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, *30*(1), 159–165.
- Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A systematic review. *Oncology Nursing Forum*, *43*(3), E104–E120.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1999). Six areas of worklife: A model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, *21*(4), 472–489.
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*.
- Ma, F., Zhu, Y., Liu, L., Chen, H., Liu, Y., & Zhang, F. (2025). Assessing the impact of burnout on nurse safety behaviors and patient safety competence: A latent profile analysis study. *Journal of Nursing Management*.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2023). *Il benessere sul lavoro: Come evitare il burnout e valorizzare le relazioni professionali*. Giunti Psicologia.IO.

Ministero della Salute. (2023). *Piano Oncologico Nazionale 2023-2027*.

Ngo, H. L., Sokolovic, N., & Jenkins, J. M. (2025). Teaching cognitive and affective empathy in medicine: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Education Online*, 30(1), 2501263.

Pires, B., & Barbosa, M. (2025). Exploring empathy's role as a buffer against physician burnout: A narrative review. *Journal of Communication in Healthcare*, 18(2), 83–91.

Romani-Sponchiado, A., Jordan, M. R., Stringaris, A., & Salum, G. A. (2021). Distinct correlates of empathy and compassion with burnout and affective symptoms in health professionals and students. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(6), 582–589.

Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132.

Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S. W. Gilliland, D. D. Steiner, & D. P. Skarlicki (Eds.), *Research in Social Issues in Management: Managing Social and Ethical Issues in Organizations* (Vol. 5, pp. 135–177). Information Age Publishing.

Shaufeli, W. B., Forte, S., & Consiglio. (2022). Il forte investimento nel lavoro: dal work engagement al workaholism.

Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245–264). American Psychological Association.

Vellone, E., & Piras, G. (1997). [The psychodynamic nursing theory by Hildegard E. Peplau]. *Professioni Infermieristiche*, 50(4), 39–44.

Zoccali, R., Campolo, D., Carroccio, C., Cedro, C., Muscatello, M. R. A., Pandolfo, G., Di Rosa, A. E., & Meduri, M. (1999). Il burnout e l'emozione di rabbia. *Journal of Psychopathology*.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare la mia relatrice, la Dott.ssa Alfia Amalia Lizzi per avermi supportata e guidata durante tutto il percorso di stesura della tesi. Grazie.

*Ai miei genitori,
vi ringrazio per tutti i sacrifici che avete fatto per la mia felicità.
A voi dedico ogni traguardo raggiunto e sogno realizzato.*

Un grazie speciale va a mia sorella Alessia e al mio piccolo nipote Diego: grazie per le risate, la gioia e la leggerezza che portate nelle mie giornate, rendendo più bello ogni momento, anche i periodi più bui della mia vita.

Ad Angelica, quella persona che ho incontrato a metà percorso: compagna di risate, di giornate infinite e a volte di pianti, ma con la quale il reciproco sostegno ci ha permesso di arrivare fin dove siamo arrivate. Ti voglio bene.

All'amore, a Michael.

A te più di chiunque altro devo dire grazie e ti dedico questo momento.

Ogni pagina porta con sé un frammento del tuo sostegno, del tuo amore e della tua presenza costante.

Grazie di aver creduto in me anche quando non ci riuscivo.

Alle mie nonne,

che non sono più qui ma continuano ad essere nei miei ricordi, nei valori che mi hanno trasmesso e nell'amore con cui mi hanno sempre accompagnata. Questo traguardo è anche vostro.

A Eva e a Chiara,

Grazie per aver reso questo percorso speciale.

Infine il ringraziamento più sentito e profondo lo dedico a me stessa.

Alle mie fragilità e alle mie paure.

Cara me, ce l'hai fatta.