

INDICE

ABSTRACT

1-INTRODUZIONE	1
1.1 La dimensione empatica dell'assistenza	4
1.2 Il costo emotivo della cura: il Burnout	6
1.3 L'affaticamento dell'empatia: la Compassion Fatigue	12
1.4 L'esperienza vicaria nelle professioni d'aiuto	13
2-OBIETTIVO	15
3-MATERIALI E METODI	16
4-RISULTATI	17
5-DISCUSSIONE	22
5.1 La correlazione esistente tra Empatia e Burnout	22
5.2 L'influenza del contesto lavorativo sul Burnout.....	28
5.3 L'origine multifattoriale del Burnout	29
6-CONCLUSIONI.....	32
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	

ABSTRACT

Introduzione e Obiettivo: Mentre in molti studi si indaga la relazione terapeutica e il ruolo fondamentale che giochi l'empatia nel costruirla, non si parla quasi mai di quali siano gli effetti collaterali di un uso eccessivo o improprio delle capacità empatiche nei professionisti. Nella relazione di cura infatti si verificano delle alterazioni dell'umore, di vario genere, sia nell'assistito, sia in chi assiste come i sanitari, i caregiver, il familiare, etc. Queste possono essere tradotte schematicamente in situazioni stressogene che vanno sotto il nome di: burnout, compassion fatigue e trauma vicario. L'obiettivo è quindi quello di individuare, valutare e riassumere, tramite una revisione narrativa della letteratura, le conoscenze riguardo la relazione tra empatia e burnout negli infermieri.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura. Sono state prese in considerazione le banche dati di Pubmed e Cochrane, al fine di individuare articoli pertinenti che rispondessero al quesito di ricerca. La consultazione di queste banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di parole chiave e filtri. Sono stati visionati tutti i titoli e gli abstract, rimuovendo gli articoli trovati più di una volta e quelli non inerenti all'obiettivo ultimo del lavoro di tesi.

Risultati: In base alla ricerca eseguita tramite le due banche dati, Pubmed e Cochrane, sono stati ricavati 18 articoli, pubblicati tra il 2014 e il 2023, che rispettano i criteri di inclusione previsti e che risultano pertinenti rispetto al quesito di ricerca. Gli articoli sono stati riportati in tabella evidenziando gli aspetti centrali.

Discussione: Nell'affrontare la prima domanda di questa revisione, ovvero se esista un'associazione tra burnout ed empatia, in tutti gli studi inclusi in questa revisione, sono state trovate evidenze a sostegno di questa ipotesi. Questi due costrutti distinti, il cui studio è considerato essenziale per poter garantire un'assistenza sanitaria efficace, sembrano quindi essere correlati.

Tuttavia, il rapporto e la causalità che lega le due, varia nei differenti studi. Infatti dall'analisi dei diversi articoli selezionati, le risposte riscontrate, alla seconda domanda di questa revisione, sono discordanti tra loro.

Conclusioni: L'empatia e la comunicazione empatica sono componenti chiave dell'assistenza sanitaria ormai ampiamente riconosciute, e sono presupposti necessari per erogare cure sanitarie di buona qualità. Tuttavia l'empatia, pur essendo un punto di forza, può talvolta diventare rischiosa, specie in ambiente sanitario in cui si ha un maggiore coinvolgimento interpersonale. La partecipazione emotiva è inevitabile e, se essa può arrecare soddisfazione e senso di efficacia personale, è in alcuni casi fonte di forte stress e porta ad un elevato rischio di burnout

1-INTRODUZIONE

Qualsiasi gesto di cura, dal più specialistico al più generico, si compie all'interno di una relazione.

Infatti citando il Codice Deontologico della professione infermieristica del 2019-2020, Capo 1, Articolo 4 "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura."

Emerge così, quindi, il concetto di relazione come elemento essenziale e imprescindibile nell'esercizio della professione, per garantire un'alta qualità di assistenza e quindi anche di vita al malato. Ciò che appare meno evidente è se in questo rapporto di cura esistano invece degli aspetti negativi, o se esista una cosiddetta "distanza di sicurezza" da mantenere per non rimanere eccessivamente coinvolti nella sofferenza altrui.

Mentre le ricerche che indagano la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari sono sempre più numerose, anche al fine d'indirizzare la ricerca sperimentale e sensibilizzare ai molteplici problemi che i malati devono affrontare, molto meno frequentemente, ci si preoccupa della qualità della vita dei professionisti assistenziali che ogni giorno si prendono cura dei pazienti (Napolitano S., 2018).

Uno strumento utile alla misurazione della qualità di vita degli operatori sanitari è rappresentato dalla scala ProQOL inventata da Stamm (2005) e successivamente riadattato per gli utenti italiani da Palestini et al. (2009)

La Professional Quality of Life Scale (ProQOL) è un questionario self-report di 30 item progettato per misurare la compassion fatigue, la compassion satisfaction e il burnout. I professionisti a cui viene applicata sono definiti in maniera ampia, da quelli che operano in ambito sanitario come psicologi, infermieri, medici, oss, fisioterapisti fino

agli operatori dei servizi sociali come gli insegnanti, gli agenti di polizia, i vigili del fuoco o altri operatori di primo intervento. È utile per i lavoratori che svolgono un lavoro che implica un carico emotivo forte e per i professionisti esposti a situazioni traumatiche.

La qualità di vita professionale è la qualità che si percepisce in relazione al proprio lavoro di aiuto ed è influenzata sia dagli aspetti positivi che quelli negativi dello svolgimento del proprio lavoro. Il ProQOL misura tre aspetti della qualità di vita professionale e attribuisce ad ognuno di questi punteggi grezzi tra 10 e 50. Nello specifico le tre sotto-scale sono:

- Compassion Satisfaction, cioè il piacere che si trae dall'essere in grado di svolgere bene il proprio lavoro. Ad esempio, si può provare il piacere di aiutare gli altri attraverso il proprio lavoro. Si può provare una sensazione positiva nei confronti dei colleghi o della propria capacità di contribuire all'ambiente di lavoro o addirittura al bene della società. Punteggi più alti su questa scala rappresentano una maggiore soddisfazione legata alla capacità di essere un caregiver efficace nel proprio lavoro.
- Burnout. I punteggi più alti di questa scala indicano un rischio maggiore di burnout e possono riflettere la sensazione che ogni sforzo personale non faccia alcuna differenza, oppure possono essere associati a un carico di lavoro molto elevato o a un ambiente di lavoro non favorevole.
- Stress traumatico secondario, cioè la sensazione di paura in relazione a un trauma primario o secondario legato al lavoro.

La scala è particolarmente utile ai professionisti per auto-monitorare la propria soddisfazione e come stimolo per l'auto-cura. Inoltre, i responsabili dei servizi che cercano di favorire il benessere del personale possono utilizzare il ProQOL per monitorare la qualità della vita professionale nel corso del tempo, al fine di informare le decisioni relative al carico di lavoro, ai congedi e all'assistenza.

Ritornando all'argomento precedente si può notare come, anche a livello accademico, si senta sempre più spesso parlare di relazione terapeutica e del ruolo fondamentale che giochi l'empatia nel costruirla, ma non si parli mai di quali siano gli effetti collaterali di un uso eccessivo o improprio delle capacità empatiche nei professionisti.

Nella relazione di cura infatti si verificano delle alterazioni dell'umore, di vario genere, sia nell'assistito, sia in chi assiste come i sanitari, i caregiver, il familiare, etc.

Queste possono essere tradotte schematicamente in situazioni stressogene che vanno sotto il nome di: burn out, compassion fatigue e trauma vicario.

Tutte queste sono conseguenze che vengono sviluppate dai professionisti sanitari molto più frequentemente di quanto si possa immaginare. Ad esempio secondo una ricerca condotta dalla Federazione dei medici internisti ospedalieri (Fadoi), su un campione rappresentativo di oltre duemila professionisti sanitari, presentata a Milano al 28° Congresso Nazionale della Federazione (2023), a dichiararsi in "burnout" è il 49,6% del campione ma la percentuale sale al 52% quando si parla di medici, per riscendere al 45% nel caso degli infermieri. Proiettando poi i dati più significativi delle medicine interne all'interno del mondo dei professionisti della nostra sanità pubblica, abbiamo oltre 56mila medici e 125.500 infermieri che lavorano in burnout.

Nella mia esperienza di tirocinio clinico presso la "SOD Clinica Oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche" ho avuto la possibilità di notare come questi aspetti diventino concreti soprattutto nell'assistenza al paziente terminale, dove il dolore, l'impossibilità di guarigione e la morte rendono ancora più coinvolgente e complessa la relazione di cura, anche in quanto risulta quasi impossibile solo immaginare quella che è la sofferenza fisica e psicologica altrui. Ciò che però si sviluppa spesso nei confronti del paziente è un senso di compassione. La compassione infatti chiede di andare dove fa male, di entrare nei luoghi del dolore, di condividere la rottura, la paura, la confusione e l'angoscia, permettendo il compiersi di atti compassionevoli grazie ai quali, citando le parole di Mortari (2013): *"il dolore dell'altro, non resta altro"*.

Tuttavia, l'espressione del sentimento di compassione, se mal regolato, espone gli infermieri ad un alto rischio di affaticamento emotivo, definito anche "compassion fatigue", ovvero uno stato di esaurimento che si manifesta come un declino di energie fisiche ed emotive derivante dall'esposizione cronica alla sofferenza degli altri. (Arcadi et al., 2021)

Per comprendere quindi la possibile esistenza di una correlazione tra empatia e alcune condizioni stressogene, e in particolare il burnout, è necessario prima comprendere il significato dei concetti alla base.

1.1 La dimensione empatica dell'assistenza

Il termine empatia deriva dal greco en-pathos, “*sentire dentro*”, e consiste nel riconoscere le emozioni degli altri come se fossero proprie, calandosi nella realtà altrui per comprenderne: punti di vista, pensieri, sentimenti, emozioni (Pugliese, 2022).

Provare empatia significa mettersi nei panni degli altri e dividerne lo stato emotivo in maniera vicaria cioè provare un'emozione uguale o simile a quella dell'altro con la consapevolezza che la causa del proprio vissuto è l'emozione dell'altro.

Questo concetto di “mettersi nei panni degli altri” rappresenta metaforicamente l'immagine di indossare i vissuti di un'altra persona, sentendo ciò che questa prova esattamente. Per riuscire in tale obiettivo è necessario possedere o sviluppare, per quanto possibile, determinate abilità (Pugliese,2022):

- saper identificare e riconoscere l'emozione che l'altro prova;
- sintonizzarsi con il vissuto dell'altro, sia a livello cognitivo che emotivo, mettendosi cioè sullo stesso livello, così da sentirsi come si sente l'altro nelle emozioni, nelle sensazioni e nei pensieri che vive;
- rispecchiare il vissuto interiore dell'altro nel momento in cui viene interiorizzato il suo stato d'animo, consentendogli di vedersi dall'esterno e di acquisire la consapevolezza che non è più solo;
- possedere capacità di autoregolazione emotiva, sia per non confondere l'emozione dell'altro con la propria, sia per evitare di venire disturbati.

Secondo la teoria dello psicologo Martin Hoffman (2008) l'empatia si suddivide in tre componenti: affettiva, cognitiva e motivazionale.

L'empatia affettiva comprende diversi fenomeni con vari gradi di complessità come l'empatia affettiva propriamente detta, la simpatia, il contagio emotivo o l'angoscia personale e consiste generalmente in una serie di risposte emotive che possiamo avere di fronte a ciò che gli altri provano o alla situazione in cui si trovano.

Al contrario, l'empatia cognitiva è solitamente considerata come la capacità di comprendere lo stato mentale di un'altra persona dal suo punto di vista. In questo caso, l'empatizzante, sposta consapevolmente e in maniera razionale la sua prospettiva per attribuire stati mentali o esperienze emotive dell'altra persona. Infine l'empatia motivazionale è la spinta ad agire con comportamenti prosociali sulla base della comprensione di ciò che sente un altro essere umano (Benelli, 2023).

La scala utilizzata per valutare l'empatia è stata sviluppata la Jefferson Scale of Empathy (JSE) (Hojat et al., 2018). Il JSE è uno strumento composto da 20 item sviluppato appositamente per misurare l'empatia nel contesto della formazione delle professioni sanitarie e della cura dei pazienti. La risposta agli item viene effettuata su una scala di tipo Likert a 7 punti (1 = Completamente in disaccordo, 7 = Completamente d'accordo). Metà degli item sono formulati positivamente e hanno un punteggio diretto, mentre l'altra metà è formulata negativamente e hanno un punteggio inverso (Hojat et al., 2018).

Sono disponibili tre versioni di JSE. Una versione viene utilizzata per gli studenti di medicina (versione S). La seconda versione è stata sviluppata per gli operatori sanitari tra cui medici, infermieri, dentisti, farmacisti, psicologi clinici e altri medici coinvolti nella cura dei pazienti (versione HP). La terza versione (versione HPS) è stata sviluppata per tutti gli studenti di professioni sanitarie diversi dagli studenti di medicina. Tutte e tre le versioni sono molto simili nel contenuto con sole piccole differenze in alcuni item per adattare lo strumento alla popolazione target. Il JSE è stato riconosciuto come lo strumento più ricercato e ampiamente utilizzato nella ricerca sulla formazione medica ed è stato tradotto in 56 lingue e utilizzato in più di 80 paesi (Hojat et al., 2018).

In ambito sanitario l'empatia manifestata dalla figura curante diventa un elemento chiave per la buona riuscita del trattamento del paziente in quanto può aumentare la

compliance del paziente e la sua fiducia nella terapia, ma anche migliorare la prognosi di malattia e la soddisfazione della persona in cura (Decety et al., 2014).

Tuttavia, l'empatia può talvolta diventare rischiosa, specie per le professioni sanitarie, che sono, più di altre, caratterizzate da un costante coinvolgimento interpersonale e da un contatto con la sofferenza umana e la morte. La partecipazione emotiva in questo ambito è inevitabile e se essa può arrecare soddisfazione personale, è in alcuni casi fonte di forte stress e di burnout (Morelli, 2020).

1.2 Il costo emotivo della cura: il Burnout

Il "Burn out" è un termine di origine inglese che letteralmente significa "bruciato", "esaurito" o "scoppiato". Indica una condizione di stress lavorativo protratto e intenso che determina un malessere a livello fisico ed emotivo, cui seguono demotivazione, svuotamento interiore, disinteresse e senso di inefficacia per l'attività lavorativa con riduzione della produttività. Nel maggio 2019 il burnout è stato riconosciuto dall'OMS come sindrome e, come tale, è elencato nell'undicesima revisione dell'International Classification of Disease (ICD), il testo di riferimento globale per tutte le patologie e le condizioni di salute.

Tra gli aspetti epidemiologici della sindrome del burnout descritti in letteratura, non sembra esistere un accordo unanime tra i differenti autori, sebbene si riscontri un determinato livello di coincidenza per alcune variabili sia soggettive, sia oggettive (Mordini et al., 2013). Tra le variabili soggettive si è individuato:

- Età: sembra esistere un preciso periodo di sensibilizzazione, in quanto durante i primi anni di carriera professionale il soggetto sarebbe maggiormente vulnerabile;
- Sesso: le donne risultano maggiormente vulnerabili rispetto agli uomini. Questo è dovuto al doppio carico lavorativo, professionale e familiare, a cui spesso sono sottoposte;
- Stato civile: la presenza di una relazione stabile, di una famiglia e di figli sembra rappresentare un fattore protettivo.

Tra le variabili oggettive si è individuato:

- Turnazione lavorativa: turnazione e orario di lavoro possono favorire l'insorgenza della sindrome. Si è constatato ad esempio che l'orario di lavoro degli infermieri, che presenta anche una turnazione notturna, richieda un dispendio psicofisico superiore a quello di molte altre professioni e per questo gli infermieri sono maggiormente esposti al burnout;
- Anzianità professionale: su questo tema esistono dati discordanti in quanto alcuni autori hanno individuato una relazione positiva mentre altri una relazione inversa, individuando nei soggetti con più anni lavorativi un minor livello di associazione con la sindrome stessa;
- Sovraccarico lavorativo: produce una diminuzione sia qualitativa che quantitativa della prestazione offerta soprattutto per ciò che riguarda i professionisti assistenziali;
- Salario;
- Contesto organizzativo: la struttura e il funzionamento del contesto lavorativo plasmano il modo in cui le persone interagiscono tra loro e il modo in cui eseguono il loro lavoro. Quando l'ambiente lavorativo non riconosce l'aspetto umano del lavoro, il rischio di burnout cresce, portando con sé un alto prezzo da pagare. È pertanto necessaria una rigorosa analisi del contesto organizzativo del lavoro.

Tutte le professioni socioassistenziali implicano un inteso coinvolgimento emotivo tra l'operatore e l'utente: la loro interazione, infatti, è incentrata sui problemi contingenti di quest'ultimo (psicologici, sociali o fisici) ed è, perciò, accompagnata e spesso gravata da sensazioni di ansia, disagio, paura o disperazione. In quest'ambito la risoluzione dei problemi dell'utente non è affatto semplice e molto spesso non ottenibile, motivazione

per cui la condizione lavorativa diviene sempre più frustrante e lo stress cronico può logorare emotivamente l'operatore e condurlo al burnout (Mordini et al. 2013)

Questa sindrome consiste dunque in uno stato di malessere e di disagio che consegue ad una situazione lavorativa percepita come stressante e che conduce gli operatori a diventare apatici, cinici con i propri utenti, indifferenti e distaccati dall'ambiente di lavoro. In casi estremi il burnout può comportare gravi danni psicopatologici (insonnia, problemi familiari, incremento nell'uso di alcol o farmaci), cui consegue un deterioramento della qualità delle cure o del servizio prestato dagli operatori e spesso assenteismo e alto turnover (Mordini et al. 2013).

L'azione patogena degli agenti stressogeni protratti nel tempo può determinare reazioni disadattive che si estendono alla sfera extralavorativa fino a favorire l'insorgenza di quadri nevrotici o depressivi. Tra le conseguenze della sindrome si descrivono: alterazioni emozionali e comportamentali, psicosomatiche e sociali, perdita dell'efficacia lavorativa e alterazioni della vita familiare (Orlowski e Gullledge, 1986). Secondo Alboreda Flòrez (1991), l'alto livello di assenteismo lavorativo tra questi professionisti si giustificerebbe inoltre, tanto per problemi di salute fisica, quanto per problemi di natura psicologica, a causa della frequente insorgenza di situazioni depressive, fino all'autoprescrizione incongrua di psicofarmaci e l'assunzione di altre sostanze psicotrope.

Per la psicologa Maslach (1982) il burnout costituisce una sindrome da stress cronico caratterizzato da tre dimensioni:

- **Esaurimento emotivo:** la sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi dal rapporto con gli altri. È dovuto alla percezione delle richieste come eccessive rispetto alle risorse disponibili. L'operatore si sente come svuotato dalle risorse personali e emotive e con l'impressione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico. L'esaurimento emotivo è la caratteristica centrale del burnout, è la sensazione di aver oltrepassato i propri limiti sia fisici che emotivi, sentendosi incapaci di rilassarsi e recuperare energie per affrontare nuovi progetti o persone.

L'esaurimento non è semplicemente un vissuto, piuttosto spinge ad allontanarsi dal punto di vista emotivo e cognitivo della professione, un modo per far fronte al carico di lavoro eccessivo.

- **Depersonalizzazione:** rappresenta il distacco nella relazione con gli utenti derivante da un processo di “deumanizzazione”. È la risposta negativa nei confronti delle persone che ricevono la prestazione professionale; costituisce un modo per porre una distanza tra sé e i destinatari del servizio, ignorando attivamente le qualità che li rendono unici. Le richieste di queste persone sono maggiormente gestibili quando queste ultime vengono considerate oggetti impersonali. In questa condizione l'operatore cerca di evitare il coinvolgimento emotivo con un atteggiamento distaccato e con comportamenti di rifiuto o palese indifferenza verso l'utente. Questi atteggiamenti negativi di distacco, cinismo, freddezza e ostilità costituiscono il tentativo di proteggere sé stessi dall'esaurimento e dalla delusione, riducendo al minimo il proprio coinvolgimento nel lavoro. Una frequente conseguenza della depersonalizzazione è la percezione del senso di colpa da parte dell'operatore.
- **Ridotta efficacia personale:** è definibile come la componente di valutazione di sé ed è caratterizzata da sensazioni di incompetenza e di mancanza di risultati nella propria attività. È la sensazione che, nel lavoro a contatto con gli altri, la propria competenza e il proprio desiderio di successo stiano venendo meno. L'operatore si percepisce come inadeguato e incompetente sul lavoro e perde la fiducia nelle proprie capacità di realizzare qualcosa di valido. La motivazione al successo cala drasticamente, l'autostima diminuisce e possono emergere sintomi di depressione. Questo costrutto ha una relazione complessa con gli altri due, sembra sia in funzione di entrambi o una combinazione tra i due. Una situazione lavorativa caratterizzata da richieste croniche e opprimenti, che contribuiscono all'esaurimento e al cinismo, è probabile possa erodere il senso di efficacia dell'individuo. Ancora, esaurimento e depersonalizzazione interferiscono con l'efficacia: è difficile raggiungere un senso di

realizzazione quando ci si sente esauriti o si aiuta persone verso le quali si prova indifferenza.

Più recentemente, Folgheraiter (1994), introduce un quarto elemento descritto come perdita della capacità di controllo, vale a dire smarrimento di quel senso critico che consente di attribuire all'esperienza lavorativa la giusta dimensione. La professione finisce per assumere un'importanza smisurata nell'ambito della vita e delle relazioni e l'individuo non riesce a distaccarsi mentalmente, tendendo a lasciarsi andare a reazioni emotive, spesso anche impulsive e violente (Folgheraiter, 1994).

In un altro modello elaborato successivamente, le cause oggettive del burnout vengono organizzate in sei classi, rispettivamente relative a: carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazione, senso di appartenenza, equità e valori. Nel medesimo lavoro si perviene alla conclusione che il burnout derivi principalmente dai fattori oggettivi dello stress professionale, relegando in secondo piano le cause oggettive (Maslach et al., 1996).

Esistono diversi strumenti di rilevazione del burnout e quasi tutti quelli che sono reperibili in letteratura misurano gli effetti di questa sindrome sugli operatori. Lo strumento più utilizzato per la misurazione della sindrome di burnout è il Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1996).

La scala Maslach è usata dalle organizzazioni e dai ricercatori per stabilire come i dipendenti vivano il loro lavoro. Esistono tre differenti versioni dell'MBI, ma la scala utilizzata in ambito sanitario è la M.B.I. H.S.S. (M.B.I. – Human Service Survey). La versione attuale è costituita da 22 item; le risposte dei soggetti vengono valutate su una scala Likert a 7 punti. I 22 item sono suddivisi a loro volta in tre sottoscale, che rappresentano le tre dimensioni principali del burnout, e sono:

1) Esaurimento emotivo:

- Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro?
- Mi sento stanco la mattina quando devo affrontare una giornata di lavoro?
- Sento di non farcela più?
- Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro?
- Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione?
- Mi pare che lavorare tutto il giorno a contatto con la gente mi pesi?
- Credo di lavorare troppo duramente?

- Mi sento esaurito dal mio lavoro?
- Mi sento frustrato dal mio lavoro?

2. Depersonalizzazione:

- Ho l'impressione che alcuni utenti diano la colpa a me dei loro problemi?
- Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni utenti?
- Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente?
- Mi pare di trattare alcuni utenti come fossero degli oggetti?
- Da quando lavoro qui sono diventato più insensibile con la gente?

3. Realizzazione personale:

- Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti?
- Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma?
- Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro?
- Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio?
- Mi sento pieno di energie?
- Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone con il mio lavoro?

I punteggi della scala Likert sono:

- 0 = mai
- 1 = qualche volta all'anno
- 2 = una volta al mese o meno
- 3 = qualche volta al mese
- 4 = una volta alla settimana
- 5 = qualche volta alla settimana
- 6 = ogni giorno.

Il burnout è considerato come una variabile continua, da basso, a moderato, ad alto grado di sentimenti provati. Un alto grado di burnout è determinato da alti punteggi nelle sotto-scale dell'esaurimento emotivo e depersonalizzazione e da bassi punteggi nel

sottoscala della realizzazione personale; un medio grado di burnout è determinato da punteggi medi nelle tre sotto-scale, mentre un basso grado di burnout è determinato da punteggi bassi in tutte e tre le sotto-scale (Galluzzo M.G., 2020).

1.3 L'affaticamento dell'empatia: la Compassion Fatigue

Un'altra conseguenza dell'empatia potrebbe essere quella che alcuni autori chiamano "*compassion fatigue*" letteralmente "stanchezza da compassione". La *compassion fatigue* è "una condizione che può colpire chi aiuta persone in difficoltà, è uno stato di estrema tensione e preoccupazione per la sofferenza della persona che si cerca di aiutare, tale da innescare uno stato di stress traumatico nell'aiutante" (Figley, 1995).

Spesso tutto questo è dovuto all'estremo carico emotivo connesso alla professione; l'empatia necessaria a svolgere questo tipo di professioni mette nelle condizioni di sostenere un peso emotivo a volte eccessivo che naturalmente si riflette poi nella psiche. La *compassion fatigue* si compone di 3 elementi (Potter P. et al., 2015): il burnout, lo stress traumatico secondario correlato a un forte carico emotivo e impegno percepito nella cura, che nasce dal tentativo di supportare l'assistito; la *compassion satisfaction* ovvero la gratificazione e la soddisfazione che gli infermieri provano nel prendersi cura delle persone e che viene a mancare nel momento in cui l'infermiere gestisce un evento traumatico con esito infausto (Schmidt & Haglund, 2017).

La compassione può essere confusa con la pietà, ma c'è una differenza tra questi due sentimenti: la compassione ci spinge a fare qualcosa per l'altro e ci rende coinvolti in prima persona nella sofferenza, mentre la pietà è una valutazione negativa della sofferenza di un'altra persona ed è accompagnata spesso da un giudizio di inferiorità e distacco. Nella compassione, al contrario, ci mettiamo sullo stesso piano della persona sofferente. Sono più a rischio gli infermieri che lavorano in contesti in cui il paziente non può tornare ad uno stato precedente di benessere (ad es. hospice, malattie cronico/degenerative) o che hanno un contatto molto lungo con lo stesso paziente (ad es. dialisi, RSA).

Alcuni sintomi hanno delle similitudini rispetto a quelli riscontrabili nel burnout. Nella compassion fatigue l'esordio è improvviso e può essere precipitato da un episodio di eccessivo coinvolgimento emotivo con un paziente. (Lombardo et al. 2011)

I sintomi principali riguardano tre aree:

- cambiamenti comportamentali: depressione, eccessivo carico di lavoro o evitamento, irritabilità, risposte di allarme eccessive, difficoltà di concentrazione, abuso di sostanze;
- cambiamenti emotivi: ridotta capacità di provare gioia, ridotta autostima, alte aspettative personali, demoralizzazione, senso di impotenza, ansia;
- cambiamenti fisici: fatica cronica, ipertensione, tachicardia, emicrania, tensione muscolare, problemi gastrici.

1.4 L'esperienza vicaria nelle professioni d'aiuto

Infine avendolo già citato precedentemente, è importante spiegare il concetto di trauma vicario. Questo è definito come l'esaurimento psicologico o emotivo che subiscono le persone che si prendono cura degli altri, soprattutto quelle che sono continuamente esposte alla sofferenza altrui o alle emozioni in generale. Tale esaurimento deriva dall'essere in contatto permanente con persone che stanno attraversando un momento difficile e di sofferenza. (Bizzoni, 2016).

Le persone che lavorano quotidianamente a contatto con sofferenze acute, nonostante tendano a sviluppare un'alta soglia di tolleranza agli eventi critici, possono manifestare disturbi psicopatologici a breve o a lungo termine. Il termine traumatizzazione vicaria indica quindi la possibilità che un soccorritore durante l'intervento viva lui stesso un trauma, non per esposizione diretta, ma per il contatto con la persona traumatizzata. Questo può accadere, ad esempio, quando il soccorritore è eccessivamente coinvolto con la persona che sta soccorrendo che può essere un familiare o un conoscente.

Tra le vittime vanno riconosciuti i soccorritori, i professionisti e i volontari. Questi infatti, operando sulla scena dell'evento, pur sviluppando livelli di tolleranza particolarmente alti ai fattori di stress, sono fortemente a rischio, sul piano psico-traumatico, di andare incontro ad una "traumatizzazione vicaria" (Dolce et al., 2005).

Il contatto e l'interazione con la vittima di primo grado può impattare negativamente sull'operatore eccessivamente coinvolto e identificato, evocando delle particolari emozioni che perpetuano anche dopo l'incontro, come l'iperinvestimento o al contrario un atteggiamento distaccato e ostile.

Tutte queste modalità proiettive possono essere lette come delle contromisure difensive che paradossalmente proteggono l'operatore dal distress, dallo stress da incidente critico e dal rischio della traumatizzazione vicaria (Sgarro et al., 1997).

I sintomi della traumatizzazione vicaria includono: depressione, cinismo, stanchezza, fatica, senso di inutilità, irritabilità e aggressività, sintomi psicosomatici, insonnia, problemi con parenti e amici, crisi familiari, apatia, ritiro, alienazione, pensieri di reiezione della propria professione, crisi ideologiche (Pearlman & Mac Ian, 1994).

È molto importante individuare al più presto la presenza di questa sintomatologia nei soccorritori, dato che può invaderne sia l'area cognitiva con difficoltà di concentrazione, sia l'area del comportamento con irritabilità e ritiro in sé stessi, sia quella somatica con difficoltà respiratorie, problemi cardiaci e rigidità ed infine quella relazionale-affettiva con isolamento, scarsi contatti umani, abbassamento del tono dell'umore e impotenza.

Come il burnout e la compassion fatigue, anche il trauma vicario può essere connesso all'empatia. Infatti attraverso l'empatia ci mettiamo nei panni dell'altro e a nostra volta ci esponiamo a situazioni o esperienze di sofferenza o angoscia. Ciò fa sì che il nostro cervello sperimenti sintomi simili a quelli della persona che stiamo assistendo. Il nostro cervello infatti è pronto a proteggerci da ciò che percepisce come una minaccia. Quando vediamo gli altri soffrire, ed entriamo in sintonia con loro, il nostro cervello si prepara alla "minaccia", anche se non la proviamo in prima persona.

Per concludere, ciò che si vuole indagare è quindi se queste condizioni stressogene spiegate finora, soprattutto il burnout, possano essere correlate in maniera più o meno diretta, ad un cattivo impiego, o ad un impiego inefficace, di una relazione empatica fra le due soggettività, assistito e assistente, in questione.

2-OBIETTIVO

Dato che l'empatia è considerata fondamentale per le interazioni degli utenti del servizio sanitario, ma contemporaneamente, il burnout ha un forte impatto negativo sul benessere del personale sanitario e sul servizio offerto, una maggiore comprensione del rapporto tra burnout e risposte empatiche può avere un effetto positivo sulle esperienze assistenziali.

L'obiettivo è quindi quello di individuare, valutare e riassumere, tramite una revisione narrativa della letteratura, le conoscenze riguardo la relazione tra empatia e burnout negli infermieri. Nello specifico gli interrogativi indagati con la seguente revisione riguardano l'esistenza, o meno, di una correlazione tra burnout ed empatia, e nell'eventualità di un risultato affermativo capire la tipologia di tale correlazione.

3-MATERIALE E METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura. Per revisione narrativa si intende una “sintesi narrativa” degli studi disponibili in un settore, senza seguire rigorosi metodi né per individuare i lavori pubblicati e neppure per sintetizzarli (Aveyard e Bradbury-Jones, 2019). La revisione narrativa è annoverata tra gli approcci tradizionali e generici di revisione, volta ad offrire una panoramica su una tematica, aggregando la letteratura prodotta in un campo di interesse (Silva et al., 2022). In generale, questa metodologia è utilizzata quando è necessario mettere a punto e sintetizzare le conoscenze su problematiche rilevanti oppure di interesse attuale (Chiappinotto et al., 2023).

Sono state prese in considerazione le banche dati di Pubmed e Cochrane, al fine di individuare articoli pertinenti che rispondessero al quesito di ricerca. La consultazione di queste banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di parole chiave e filtri.

Sono stati visionati tutti i titoli e gli abstract, rimuovendo gli articoli trovati più di una volta e quelli non inerenti all’obiettivo ultimo del lavoro di tesi. Le parole chiave e gli operatori booleani utilizzati all’interno dello studio sono stati:

- Burnout AND Empathy AND Nurs*

I criteri di inclusione e esclusione utilizzati sono stati:

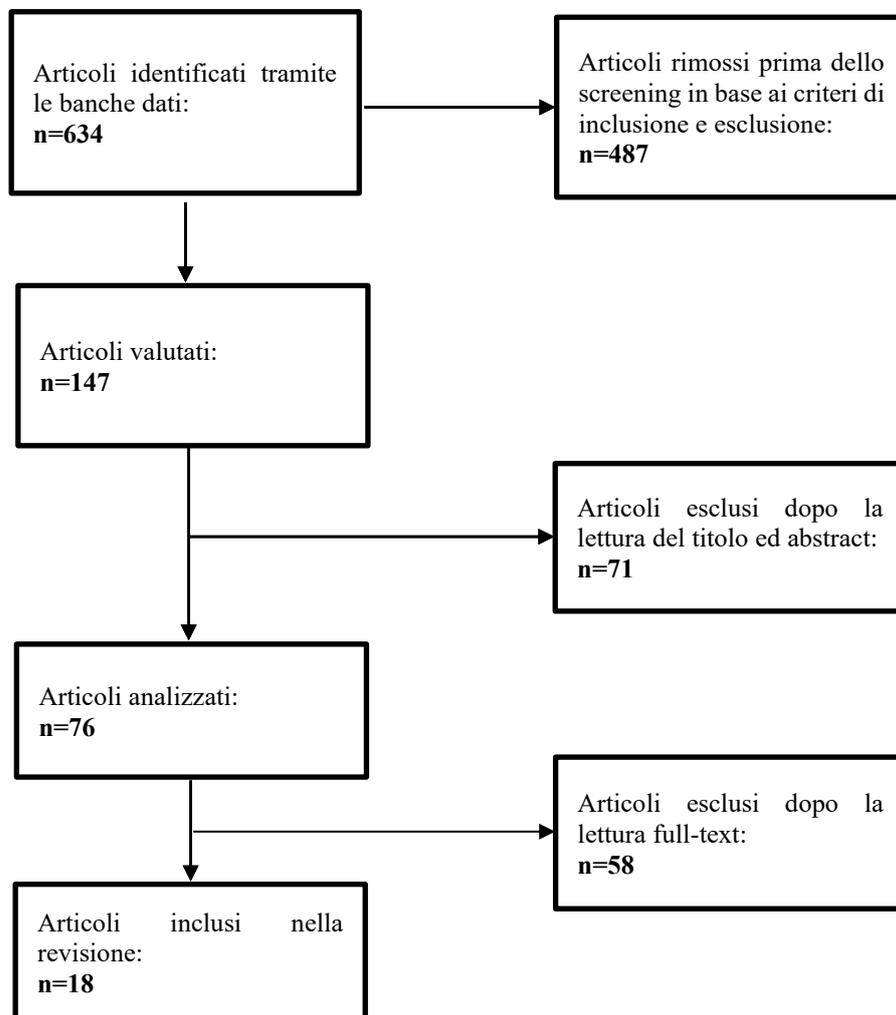
- Gli studi con abstract disponibile
- Gli studi con reperibilità di full text
- Gli studi relativi agli ultimi 10 anni (dal 2013 in poi)

La ricerca degli articoli è stata condotta da gennaio 2023 a maggio 2023. I limiti che potrebbe riscontrare questa revisione possono essere correlati all’utilizzo di soli articoli free full text, escludendo tutti quelli a pagamento, e al voler limitare lo studio a quella che è l’esperienza degli infermieri, escludendo gli altri operatori sanitari interessati.

4-RISULTATI

In base alla ricerca eseguita tramite le due banche dati, Pubmed e Cochrane, sono stati ricavati 18 articoli che rispettano i criteri di inclusione previsti e che risultano pertinenti rispetto al quesito di ricerca. Di seguito viene riassunta tramite flow chart la modalità di ricerca. Gli articoli potenzialmente rilevanti selezionati con il metodo PRISMA sono stati riportati nella seguente tabella riassuntiva.

Tab.1 Flow chart PRISMA (Burnout AND Empathy AND Nurs*)



Tab.2. Tabella riassuntiva degli articoli selezionati per la revisione narrativa

Articoli	Principali risultati	Paese
Burnout among nursing students: predictors and association with empathy and self-efficacy. Lopes AR, Nihei OK. (2020)	È stato osservato che il gruppo di studenti di infermieristica con elevato burnout ha ottenuto una mediana statisticamente più bassa di presa di prospettiva (empatia cognitiva) e di preoccupazione empatica (empatia affettiva), e una mediana statisticamente più alta di disagio personale, suggerendo che il burnout potrebbe diminuire l'empatia.	Brasile
Empathy and Burnout in Medicine-Acknowledging Risks and Opportunities. Samra R. (2018)	Dimostrare empatia nella pratica clinica richiede che i professionisti della salute siano in grado di ascoltare e comprendere il punto di vista del paziente, comunicare tale comprensione e agire in modo utile. I benefici per i pazienti quando gli operatori dimostrano empatia clinica sono ben noti, tra cui una maggiore soddisfazione dei pazienti, migliore espressione dei sintomi, riduzione dell'angoscia dei pazienti e miglioramento degli esiti. Al contrario, una scarsa empatia è associata al burnout e all'esaurimento emotivo, ma la direzione della relazione non è chiara. La dimostrazione di empatia clinica può contribuire alla compassion fatigue e all'esaurimento emotivo che, a loro volta, possono portare al burnout. Il declino dell'empatia può essere un meccanismo di coping per l'eccessivo coinvolgimento emotivo.	Stati Uniti
The relationship between burnout and empathy: a cross-sectional study. Rodríguez-Nogueira Ó et al. (2022)	I risultati dello studio rivelano che livelli più elevati di esaurimento emotivo e depersonalizzazione sono associati a un maggiore disagio personale e a una minore preoccupazione empatica per gli altri. Inoltre, la depersonalizzazione è associata negativamente alla mancanza di prospettiva (empatia cognitiva). L'empatia cognitiva è stata studiata come possibile meccanismo protettivo dallo stress in questi professionisti, poiché permette di adottare il punto di vista dei pazienti, riducendo la reazione e il coinvolgimento emotivo.	Spagna
Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. Wilkinson H, et al. (2017).	L'obiettivo di questa revisione è stato quello di esplorare l'ambigua relazione tra burnout ed empatia nell'ambito di due ipotesi opposte: 1) esiste un'associazione negativa tra burnout ed empatia (all'aumentare di un costrutto diminuisce l'altro) 2) esiste un'associazione positiva tra burnout ed empatia (un elevato burnout è associato a un'elevata empatia). Dato il rigore metodologico, l'omogeneità in termini di MBI (Maslach & Jackson, 1981), il numero di risultati concordanti e la forza delle correlazioni riportate, l'attuale revisione ha trovato la prova più forte per la prima ipotesi, ovvero che burnout ed empatia sono correlati negativamente, il che implica che quando la presenza di un costrutto aumenta, l'altro diminuisce. Poiché gli studi coinvolti nella revisione sono studi trasversali, non è possibile dedurre la causalità.	Inghilterra
The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. Duarte J, Pinto-Gouveia J. (2017)	I risultati dello studio hanno suggerito che gli infermieri che beneficiano maggiormente del loro lavoro di aiutare e assistere gli altri (compassion satisfaction) sembrano avere sentimenti empatici verso gli altri e fanno uno sforzo per vedere le cose dalla prospettiva di questi. Inoltre, sono meno disturbati dai sentimenti negativi associati al vedere la sofferenza degli altri. Gli infermieri più inclini a sperimentare le conseguenze negative associate all'assistenza (burnout e compassion fatigue) sono più autocritici e provano sentimenti personali di angoscia quando vedono gli altri soffrire e meno sentimenti di empatia.	Portogallo

Empathy and burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment. Qin Y, et al. (2022)	In questo studio l'analisi di correlazione bivariata di spearman su esaurimento lavorativo, empatia, soddisfazione lavorativa e impegno lavorativo ha mostrato che l'empatia era correlata negativamente con il burnout lavorativo. Il personale medico con maggiore empatia ha un rapporto più stretto con i propri pazienti, si avvicina al proprio lavoro con più entusiasmo ed è più probabile che si metta nei panni dei pazienti, forse spiegando così perché sono inclini a un basso esaurimento emotivo e alla depersonalizzazione. Il personale che risponde meglio alle richieste dei pazienti e risolve i problemi dei pazienti sentirà una maggiore realizzazione personale, che può attenuare il burnout.	Cina
Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. Lee PT, et al. (2018)	Ci sono prove che il burnout ostacola l'empatia. I professionisti della salute che sperimentano esaurimento e burnout sono spesso meno capaci di dimostrare empatia, di mettersi nei panni del paziente e ascoltare empaticamente. È interessante notare che l'effetto opposto dell'empatia sul burnout è meno chiaro. Gli studi hanno dimostrato che l'empatia può creare ma anche prevenire il burnout. La "compassion fatigue" è un esempio di come l'eccessiva relazione con la sofferenza di un paziente possa portare all'esaurimento emotivo tra gli operatori sanitari. D'altra parte, l'empatia è spesso associata alla soddisfazione sul lavoro, che protegge dall'esaurimento emotivo.	Singapore
Empathy, Burnout, and Attitudes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses. Román-Sánchez D, et al. (2022)	In questo studio è stato scoperto che livelli di empatia più elevati sono connessi a livelli più elevati di burnout. Una relazione simile tra empatia e burnout è riportata anche in altri studi che attribuiscono il burnout all'intensità del lavoro svolto in contesti emotivamente carichi, come la salute mentale, rispetto ad altri contesti sanitari. Infatti, in questi contesti, la vicinanza della relazione infermiere-paziente e la gestione dei comportamenti difficili fanno sì che gli infermieri di salute mentale abbiano livelli di burnout più elevati rispetto ad altre specialità nonostante mostrino alti livelli di empatia.	Spagna
Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. Yuguero O, et al. (2017)	I risultati dello studio mostrano che alti livelli di burnout sono associati a livelli inferiori di empatia nei professionisti dell'emergenza. Un carico di lavoro più pesante in PS può portare a situazioni di alta tensione che riducono la capacità empatica dei professionisti. Il disegno trasversale dello studio suppone il suo limite maggiore, poiché non consente di stabilire relazioni causali tra empatia e burnout. Infatti è stato sottolineato che un aumento del burnout implica la perdita di empatia, ma il meccanismo d'azione potrebbe essere nella direzione opposta, o addirittura "circolare". Inoltre, l'effetto potrebbe essere diverso a seconda dei livelli di assistenza sanitaria. Pertanto, questo studio dovrebbe essere considerato uno studio pilota che apre una futura linea di ricerca.	Spagna
Empathy, Burnout, Demographic Variables and their Relationships in Oncology Nurses. Taleghani F, et al. (2017)	La ricerca mostra che gli infermieri di oncologia sono maggiormente predisposti al burnout a causa dei loro frequenti contatti con pazienti critici, sfide emotive sul posto di lavoro, il carico delle cure e la morte imminente dei pazienti. I risultati della ricerca hanno indicato che esiste una correlazione tra empatia e burnout, tuttavia, questa relazione non era forte, d'altra parte, anche se la relazione di causa ed effetto non è chiara e fa parte dei limiti del presente studio. A questo proposito, ci sono due ipotesi: 1) Il burnout porta a una riduzione dell'empatia a causa della spersonalizzazione, 2) L'empatia previene il burnout a causa di un aumento della soddisfazione sul lavoro	Iran
The role of alexithymia and empathy on professional quality of life Franco P, et al. (2020)	La "preoccupazione empatica" era significativamente correlata a punteggi più alti nel ProQoL_STSS, ma non nel ProQoL_BS. Un'interpretazione di questi risultati potrebbe essere che l'empatia rende il professionista più incline a esporsi alla sofferenza del paziente e questo può aumentare il livello di stress acuto. Tuttavia, con un coping efficace e un'appropriata gestione dello stress, ciò non porta a stress cronico e conseguente burnout, ma accresce la soddisfazione professionale derivante dal prendersi cura degli altri.	Europa

<p>What is the Link between Different Components of Empathy and Burnout in Healthcare Professionals? Delgado N, et al. (2023)</p>	<p>Da un approccio teorico, uno dei presupposti sull'empatia nell'assistenza sanitaria è che ci sono costi emotivi nel mostrare un approccio empatico giorno dopo giorno nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie. Nello specifico, uno di questi costi personali legati all'empatia è stata la sindrome del burnout. I risultati dello studio evidenziano l'importanza di studiare separatamente le diverse componenti dell'empatia, poiché il loro impatto sulle componenti del burnout è diverso. Infatti anche se tramite un approccio teorico, gli studiosi di solito collegano l'empatia a conseguenze negative per gli operatori sanitari, tramite il lavoro empirico si arriva a conclusioni più precise, rivelando che il tipo di componente empatica è cruciale per determinare i potenziali costi personali quando si mostra empatia in ambito sanitario.</p>	<p>Basilea</p>
<p>Distinct correlates of empathy and compassion with burnout and affective symptoms in health professionals and students Romani-Sponchiado A, et al. (2021)</p>	<p>Lavori precedenti hanno dimostrato che le persone differiscono nel modo in cui rispondono a coloro che sono in difficoltà: mentre alcuni tendono a rispondere con empatia (sentendo ciò che provano gli altri), altri tendono a rispondere con compassione (preoccupandosi di ciò che provano gli altri). In questo studio viene indagata l'ipotesi che l'empatia sia correlata a livelli più alti di burnout e sintomi affettivi, mentre la compassione sia correlata a livelli più bassi di questi esiti, e quindi l'ipotesi che gli esiti negativi derivino da differenze individuali nel modo in cui i professionisti della salute rispondono agli stati emotivi dei loro pazienti. Infine i risultati dello studio dimostrano che l'empatia e la compassione sono tratti distinti del comportamento che hanno associazioni opposte con il burnout e i sintomi affettivi negativi (depressione, ansia e rabbia). L'empatia è stata associata a livelli più elevati di burnout e di sintomi affettivi negativi, mentre la compassione è stata associata a livelli più bassi di burnout e di sintomi affettivi negativi.</p>	<p>Brasile</p>
<p>Mediating effect of coping style between empathy and burnout among Chinese nurses working in medical and surgical wards. Cheng L, et al. (2020)</p>	<p>I risultati dello studio hanno rivelato una correlazione positiva tra stile di coping inadeguato e burnout e una correlazione negativa tra stile di coping adeguato e burnout e tra il livello di empatia e burnout. Lo stress da lavoro elevato e prolungato e strategie di coping inadeguate possono portare al burnout del lavoro. Al contrario, modelli di coping adeguati possono aiutare le persone a risolvere i problemi, ridurre la mancanza di appagamento sul lavoro e ridurre gli effetti negativi sui sintomi emotivi. Infine lo studio dimostra che il burnout è prevalente tra gli infermieri in Cina ed è associato a strategie di coping ed empatia. I risultati suggeriscono quindi di realizzare un miglioramento delle capacità empatiche e delle strategie di coping adeguato, riducendo le strategie di coping negativo, così da ridurre anche il livello di burnout negli infermieri.</p>	<p>Cina</p>
<p>The direct and indirect effects of clinical empathy on well-being: a structural equation model approach. MacArthur KR, et al. (2021)</p>	<p>I risultati dello studio suggeriscono che una maggiore empatia porta alla fatica della compassione, sollevando così domande su studi condotti precedentemente che riportano una relazione positiva tra empatia e benessere. Concordando con altri studi (es. Ünlü e Uludağ), questi risultati riflettono una mancanza di distinzione concettuale tra empatia cognitiva e affettiva nelle scale di valutazione utilizzate nei lavori precedenti. Il presente studio fornisce quindi un ulteriore supporto all'affermazione che le diverse dimensioni dell'empatia clinica dovrebbero essere esaminate separatamente, in quanto impattano in maniera differente sul benessere degli studenti in ambito sanitario. Infine dato che una maggiore cura compassionevole sembra essere collegata a un maggiore esaurimento emotivo e a una maggiore depressione, è opportuno che gli insegnanti enfatizzino gli aspetti cognitivi dell'empatia.</p>	<p>Stati Uniti</p>
<p>Effects of psychological intervention on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. Chen X, et al. (2022)</p>	<p>L'affaticamento dell'empatia, noto anche come "il costo della cura", si riferisce a una sorta di rischio professionale subito aiutando le persone nel processo assistenziale. È un problema psicologico caratterizzato dall'esposizione indiretta a eventi traumatici con la premessa di fornire empatia agli altri. Il personale infermieristico è un gruppo ad alto rischio di affaticamento empatico, poiché entra in contatto con i pazienti in modo diretto, continuo e stretto. La fatica dell'empatia non solo ha un grave impatto sulla salute fisica e mentale del personale</p>	<p>Cina</p>

	<p>infermieristico, ma ha anche un impatto negativo sulla sicurezza del paziente e sulla qualità dei servizi medici. I risultati dello studio mostrano che l'intervento psicologico può effettivamente migliorare il livello di soddisfazione empatica del personale infermieristico e migliorare i sintomi del burnout e dell'affaticamento empatico. Le ragioni di tale risultato possono dal fatto che gli operatori sanitari sono spronati maggiormente a sviluppare le proprie potenzialità, sviluppando così anche modelli di coping adeguati.</p>	
<p>Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? Tei S, et al. (2014)</p>	<p>Studi comportamentali suggeriscono un forte legame tra burnout ed empatia. Sebbene l'atteggiamento e l'approccio empatico abbiano un impatto positivo su ogni aspetto dell'assistenza medica per i pazienti e le loro famiglie, ben il 76% dei professionisti riferisce sintomi di burnout che possono portare a errori medici, abuso di sostanze e persino il suicidio. Infatti un'empatia eccessiva potrebbe essere problematica in quanto la frequente esposizione a situazioni emotivamente impegnative può mettere le persone a rischio di esaurimento. In questo studio vengono riportate due teorie interessanti. La prima è la "teoria della fatica da compassione" e si riferisce all'esaurimento associato alla cura di individui che stanno vivendo un dolore e un'angoscia emotivi/fisici significativi. Questa teoria suggerisce che i professionisti medici più empatici tendono ad essere maggiormente a rischio di affaticamento da compassione e successivo esaurimento. La seconda è "teoria della dissonanza emotiva" che denota un conflitto tra emozioni vissute ed emozioni espresse. La dissonanza emotiva può emergere quando i propri sforzi per esprimere le emozioni empatiche socialmente richieste, diventano un peso eccessivo e le risposte emotive diventano scarsamente regolate. I risultati di questo studio supportano i risultati di precedenti studi comportamentali, sostenendo quindi che il burnout è correlato a una regolazione emotiva indebolita.</p>	Australia
<p>Exploring oncology nurses' perception of the consequences of clinical empathy in patients and nurses: a qualitative study. Maryam Sedaghati Kesbakh et al. (2019)</p>	<p>I risultati dello studio hanno mostrato effetti negativi dell'empatia negli infermieri di oncologia tra cui: esaurimento, stanchezza, disagio e nervosismo, immaginazione della malattia in sé stessi o nella famiglia, ansia e burnout. È stato infine formulato il tema dell'empatia come "specchio a doppia faccia", che può avere effetti positivi e negativi sui pazienti e gli infermieri. Gli effetti positivi dell'empatia individuati nello studio, mostrano che l'empatia può essere benefica sia per il paziente che per l'infermiere. D'altra parte, esistono effetti negativi dell'empatia che sono devastanti per infermieri. Quest'ultimi sono divisi nelle categorie di "vulnerabilità psicologica dell'infermiere" e "vulnerabilità fisica dell'infermiere". Questo è dovuto al fatto che l'empatia consiste di due componenti: quella cognitiva (assunzione di prospettiva) e quella emotiva (compassione). La componente cognitiva ha un ruolo protettivo.</p>	Iran

5-DISCUSSIONE

Questa revisione narrativa della letteratura ha esplorato l'esistenza e il tipo di relazione tra empatia e burnout negli infermieri.

Gli studi inclusi sono 18, di cui 3 revisioni sistematiche, 1 meta-analisi, 1 studio descrittivo, 1 studio qualitativo, e 12 studi trasversali e sono tutti stati condotti tra il 2014 e il 2023.

Tutti gli studi sono stati condotti in contesti sanitari di assistenza primaria e secondaria, appartenenti a vari stati di tutto il mondo.

Nell'affrontare la prima domanda di questa revisione, ovvero se esista un'associazione tra burnout ed empatia, in tutti gli studi inclusi in questa revisione, sono state trovate evidenze a sostegno di questa ipotesi tra burnout ed empatia. Questi due costrutti distinti, il cui studio è considerato essenziale per poter garantire un'assistenza sanitaria efficace, sembrano quindi essere correlati.

Tuttavia, il rapporto e la causalità che lega le due, varia nei differenti studi. Infatti dall'analisi dei diversi articoli selezionati, le risposte riscontrate, alla seconda domanda di questa revisione, sono discordanti tra loro.

Tutti gli studi hanno quindi evidenziato un rapporto statisticamente significativo tra empatia e burnout, mentre il rapporto di causalità, essendo per la maggior parte gli studi presi in considerazione studi trasversali, risulta essere meno chiaro.

5.1 La correlazione esistente tra Empatia e Burnout

I risultati di 10 studi supportano l'ipotesi che burnout e empatia siano correlati negativamente, questo significa che all'aumentare di un costrutto l'altro diminuisce.

Di questi, 3 studi sostengono che un aumento del burnout, dovuto all'eccessiva relazione con la sofferenza di un paziente, possa portare all'esaurimento emotivo tra gli operatori sanitari e quindi possa andare ad ostacolare l'empatia.

Altri 4 di questi studi invece sottolineano che un aumento del burnout implica la perdita di empatia, ma il meccanismo d'azione potrebbe essere nella direzione opposta, o addirittura circolare. Questi articoli evidenziano quindi la mancanza di chiarezza per quanto riguarda il rapporto di causa-effetto tra empatia e burnout, facendo emergere così due principali ipotesi: la prima ipotesi è che il burnout porta a una riduzione dell'empatia a causa della spersonalizzazione e all'esaurimento emotivo, la seconda invece è che l'empatia previene il burnout a causa di un aumento della soddisfazione sul lavoro. (Taleghani, 2017).

Otto studi, hanno descritto invece una correlazione positiva tra i due costrutti, sottolineando un elevato burnout in soggetti che mostrano elevata empatia. Il burnout in questi articoli viene descritto come “il costo della cura” o “l'affaticamento dell'empatia”, cioè un rischio professionale conseguente all'esposizione indiretta a eventi traumatici con la premessa di fornire empatia agli altri in un contesto di assistenza continua e diretta (Figley, 2002). Risulta quindi essere interessante il concetto di empatia come “specchio a doppia faccia che può avere effetti positivi e negativi sui pazienti e sugli infermieri. Infatti la dimostrazione di empatia clinica nei confronti dei pazienti da parte degli operatori sanitari porta ad una maggiore soddisfazione dei pazienti, una migliore espressione dei sintomi, riduzione dell'angoscia dei pazienti e miglioramento degli esiti assistenziali (M.S. Kesbakhi, 2019)

Al contrario, sempre in questi otto articoli, vengono sottolineati gli effetti negativi dell'empatia, che sono devastanti per gli infermieri sia a livello fisico che emotivo. Alti livelli di empatia portano ad un aumento del burnout: gli infermieri appaiono più autocritici, stanchi, mostrano sintomi affettivi negativi come rabbia, depressione, nervosismo e ansia, sono più predisposti a compiere errori clinici, all'abuso di sostanze e persino al suicidio.

Contrariamente a quanto detto finora due articoli sostengono che ci sia comunque una correlazione negativa tra i due costrutti, ma in questo caso l'empatia viene descritta come fattore protettivo dal burnout.

In questi due articoli l'empatia, utilizzando la scala ProQOL più che al burnout appare correlata allo stress acuto.

Infatti questa rende il professionista più incline a esporsi alla sofferenza del paziente e questo può aumentare il livello di stress acuto, ma con una gestione corretta dello stress questo non si trasforma in stress cronico e burnout, ma in soddisfazione professionale.

Vengono quindi elencati i benefici legati all'empatia in ambito sanitario, come un miglioramento dell'assistenza sanitaria, un miglioramento delle relazioni professionista-paziente, una migliore aderenza al trattamento, migliori risultati clinici maggiore soddisfazione del paziente, un aiuto per diagnosi più accurate, una riduzione del disagio e dei sintomi della malattia, nonché un miglioramento della qualità della vita nei pazienti (Derksen F, 2013).

In particolare gli infermieri che beneficiano maggiormente del loro lavoro di aiutare e assistere gli altri, sperimentano quella che è la compassion satisfaction, e sono meno disturbati dai sentimenti negativi associati al vedere la sofferenza degli altri.

I risultati di 5 articoli sostengono comunque l'ipotesi che esista una relazione tra empatia e burnout, come è stato già detto precedentemente, ma evidenziano il fatto che questa correlazione non dipenda tanto dai due costrutti in sé, ma che in realtà dipenda dall'azione delle capacità di coping personali di ogni individuo.

Il concetto di coping è stato ideato da Richard Lazarus (1984), ed è traducibile letteralmente dall'inglese con l'espressione "far fronte". È impiegato per indicare una serie di comportamenti messi in atto dagli individui per cercare di tenere sotto controllo, affrontare e minimizzare conflitti e situazioni o eventi stressanti. Secondo la teoria dello stress di Lazarus & Folkman (1984), le possibili strategie di coping in una situazione stressante sono molteplici e dipendono dalle caratteristiche dell'individuo e della situazione. Possiamo sintetizzarle in: coping centrato sul problema, coping centrato sulle emozioni derivanti dal problema e, infine, il coping atto all'evitamento del problema. Il coping centrato sul problema è rappresentato dalla tendenza ad affrontare il problema in maniera diretta, ricercando soluzioni per fronteggiare la crisi, questo implica l'attivazione di pensieri, strategie e comportamenti; il coping centrato sulle emozioni è rappresentato da abilità specifiche di regolazione affettiva che consentono di mantenere una prospettiva positiva di speranza e controllo delle proprie emozioni. Infine il coping centrato sull'evitamento (coping disadattivo) che rappresenta il tentativo dell'individuo di ignorare la minaccia

dell'evento stressante, attraverso la ricerca del supporto sociale o impegnandosi in attività che distolgono la sua attenzione dal problema (Morgese, 2023).

I risultati dello studio hanno quindi sottolineato che capacità empatiche in persone che mettono in atto strategie di coping inadeguato possono portare allo stress da lavoro elevato e prolungato e quindi al burnout. Inoltre il declino dell'empatia può essere considerato come un meccanismo di coping centrato sull'evitamento, per evitare di rimanere intrappolati in un eccessivo coinvolgimento emotivo. Al contrario, lo sviluppo di modelli di coping adeguati possono aiutare le persone a risolvere i problemi, ridurre la mancanza di appagamento sul lavoro e ridurre gli effetti negativi sui sintomi emotivi.

In uno di questi articoli è stata messa in evidenza l'importanza di un intervento psicologico per mettere in atto strategie di coping adeguate ed evitare il burnout. Le ragioni di tale risultato possono essere le seguenti: nel corso dell'intervento psicologico, il personale infermieristico modifica la propria consapevolezza, attenzione e cognizione delle persone e delle cose attraverso la teoria professionale e la formazione tecnica. Grazie all'intervento psicologico i professionisti sfruttano maggiormente le proprie potenzialità, sviluppando così modelli di coping adeguati.

Un'altra ipotesi che emerge in 5 articoli, è che il burnout dipenda in realtà da quale componente dell'empatia viene messa in gioco dagli operatori sanitari.

L'empatia infatti, come è stato spiegato precedentemente, ha una componente affettiva e una cognitiva (Hoffmann, 2008)

L'empatia affettiva è composta da diversi fenomeni, come l'empatia affettiva vera e propria, la simpatia, il contagio emotivo o il disagio personale, e generalmente consiste nella risposta emotiva che abbiamo di fronte a ciò che gli altri provano o alla situazione in cui si trovano (Maibom, 2017). L'empatia emotiva o affettiva permette non solo di comprendere quello che l'altro pensa, ma anche di sentire le sue emozioni e sensazioni. Al contrario, l'empatia cognitiva è l'abilità di comprensione a livello razionale del punto di vista e dei sentimenti di qualcun altro (Maibom, 2017). In questo caso, il soggetto empatico sposta in maniera consapevole la sua prospettiva in quella dell'altro, per comprenderne stati mentali o emozioni, senza farsi travolgere dalle sue emozioni e mantenendo da esse il distacco necessario per potergli essere d'aiuto.

Questi 5 studi forniscono quindi supporto all'affermazione che le diverse dimensioni

dell'empatia clinica dovrebbero essere esaminate separatamente, in quanto impattano in maniera differente sul benessere di chi lavora in ambito sanitario. Infatti sostengono che l'assistenza basata sull'empatia affettiva sembra essere collegata a un maggiore esaurimento emotivo e a una maggiore depressione e depersonalizzazione, quindi a un maggiore rischio di burnout.

Risulta al contrario opportuno sviluppare l'empatia cognitiva, in quanto è stata studiata come possibile meccanismo di coping protettivo dallo stress in questi professionisti, poiché questa è associata ad una maggiore comprensione razionale dei vissuti del paziente, mantenendo una certa distanza affettiva ed evitando di rimanere emotivamente coinvolti in maniera eccessiva. La componente cognitiva infatti può aumentare la soddisfazione sul lavoro, l'impegno lavorativo e riduce l'abbandono del lavoro e il turnover (Lee PT, 2018).

Un'ulteriore distinzione viene fatta tra empatia e compassione: infatti tra le due dovrebbe essere fatta una distinzione concettuale e valutare l'empatia e la compassione come due tratti distinti. Mentre l'empatia porta a provare quello che gli altri provano e quindi può comportare la confusione tra i propri stati d'animo, pensieri e percezioni e quelli altrui, la compassione invece porta a preoccuparsi di quello che gli altri provano e induce ad agire per cercare delle soluzioni a lungo termine, non animate però da un'urgenza emotiva, ma per lo più da una forte componente razionale (Di Anna, 2021). Quindi l'empatia e la compassione sono tratti distinti del comportamento che hanno associazioni opposte con il burnout e i sintomi affettivi negativi come depressione, stress e ansia. L'empatia è stata associata a livelli più elevati di burnout e di sintomi affettivi negativi, mentre la compassione è stata associata a livelli più bassi di burnout e di sintomi affettivi negativi e ad una maggiore soddisfazione lavorativa, fiducia in sé stessi e ad una crescita professionale (Romani-Sponchiado A, et al., 2021)

Riassumendo le valutazioni fatte finora, si può affermare che la risposta al secondo punto dell'obiettivo non è pertanto unica, ma emergono varie ipotesi riguardo il rapporto di causalità, quali:

1. Empatia e Burnout sono correlati negativamente, quindi all'aumentare di

- uno l'altro diminuisce;
2. Empatia e Burnout sono correlati positivamente, quindi all'aumento dell'empatia corrisponde un aumento del burnout;
 3. L'Empatia è un fattore protettivo e quindi previene il Burnout;
 4. Il rapporto di causalità tra Empatia e Burnout dipende dalla strategia di coping messa in atto;
 5. Il Burnout dipende dalla componente dell'Empatia utilizzata, affettiva o cognitiva.

Dall'analisi degli studi sono emerse quindi 5 principali ipotesi, e anche se la prima ipotesi è quella sostenuta da un maggior numero di studi, non è stata comunque raggiunta una risposta unica e definitiva e questo rappresenta un limite dello studio.

Tramite l'analisi degli articoli sono emerse due teorie contraddittorie ma molto interessanti sul burnout. La prima è la "teoria della compassion fatigue" (Figley, 2002), e suggerisce che il burnout sia correlato a un'empatia eccessiva, la teoria alternativa, la "teoria della dissonanza emotiva" (Bakker AB, 2006), suggerisce che il burnout sia correlato ad una ridotta regolazione emotiva che causa un divario tra le emozioni sentite e quelle espresse.

La "teoria della fatica da compassione" si riferisce all'esaurimento associato all'assistenza di individui che provano un significativo dolore e disagio, sia a livello emotivo che fisico. Questa teoria suggerisce che i professionisti sanitari più empatici tendono ad essere maggiormente a rischio di compassion fatigue e conseguente burnout (Figley, 2002). Diversamente invece, la "teoria della dissonanza emotiva" sottolinea un contrasto tra le emozioni vissute e le emozioni espresse. La dissonanza emotiva emerge quando lo sforzo personale per esprimere i sentimenti empatici richiesti, sia socialmente che professionalmente; diventa un peso eccessivo e quindi c'è il rischio che poi le risposte emotive di chi assiste vengano mal gestite (Bakker AB, 2006). Inoltre, la gravità del burnout è correlata alla difficoltà di regolare i sentimenti negativi e alla difficoltà di descrivere e identificare le proprie emozioni. Questo può essere riassunto con il concetto di l'alestitimia, cioè la ridotta capacità di riconoscere, esprimere e distinguere le proprie emozioni. Pur avendo capacità empatiche cognitive nella norma, le persone con alti livelli di alestitimia possono mostrare reazioni emotive alterate quando osservano gli altri che

soffrono, a causa delle loro limitate capacità di regolazione emotiva (Offredi, 2016).

5.2 L'influenza del contesto lavorativo sul Burnout

Nei diversi studi analizzati per questa revisione emerge come in alcuni reparti più di altri questa correlazione tra empatia e burnout si faccia sempre più concreta.

Un esempio che emerge sono i reparti di salute mentale, in questi contesti la vicinanza della relazione infermiere-paziente e la gestione dei comportamenti spesso difficili da trattare del paziente, fanno sì che gli infermieri di salute mentale abbiano livelli di burnout più elevati rispetto ad altri, nonostante mostrino alti livelli di empatia necessaria alla comunicazione con pazienti affetti da disturbi mentali, anche in un'ottica di riduzione dello stigma (Román-Sánchez, et al., 2022).

Un altro esempio è quello del pronto soccorso: coloro che lavorano nell'area dell'emergenza-urgenza sono spesso sottoposti a maggior carico emotivo, proprio per la condizione di instabilità clinica tale da compromettere la sopravvivenza della persona e la rapida e complessa risposta assistenziale richiesta (Bettarin et al., 2020). Il burnout in questo caso è dovuto anche ad un carico di lavoro in pronto soccorso che risulta spesso più pesante e può portare a situazioni di elevata tensione, che possono ridurre a loro volta la risposta empatica.

L'ultimo esempio è quello degli infermieri che lavorano in reparti oncologici. Infatti in questo contesto, uno dei più carichi a livello emotivo, gli infermieri si trovano a dover affrontare vari elementi che possono portare all'aumento del burnout, all'interno di una relazione empatica e compassionevole con il paziente. Gli infermieri che lavorano nei reparti di oncologia assistono spesso al deterioramento delle condizioni fisiche e cognitive dei loro pazienti, alla perdita di capacità nello svolgere le attività di vita quotidiana, ai cambiamenti a livello dell'aspetto fisico e all'incapacità nel controllare un dolore che si fa sempre più forte. Gli infermieri sono presenti nel momento in cui ai pazienti viene comunicato di avere una recidiva del cancro, o un avanzamento dello stesso, delle volte assistono al fallimento delle cure. Infine gli infermieri sono testimoni di quanto spesso i trattamenti offerti possano produrre eventi avversi, nonostante siano necessari per i pazienti. Alcuni pazienti sviluppano un dolore continuo e incontrollabile a seguito del trattamento, altri lamentano gravi effetti collaterali dovuti ai farmaci

(Fukumori et al., 2020).

Il cancro è una malattia progressiva che spesso porta al peggioramento delle condizioni mediche, con il risultato che i pazienti affetti da cancro spesso sentono di soffrire all'infinito. Assistere a questa sofferenza infinita dei pazienti può far sentire gli infermieri impotenti ad aiutare, portando così a una perdita di speranza, insoddisfazione sul lavoro e sintomi affettivi negativi come ansia, stress e depressione (Taleghani et al., 2017).

5.3 L'origine multifattoriale del Burnout

Più volte negli articoli selezionati vengono citati ulteriori fattori, oltre all'empatia, che favoriscono la comparsa della sindrome di burnout negli operatori sanitari. L'empatia non può essere considerata come unica causa del burnout, e per questo è necessario discutere e approfondire altri aspetti, che vengono solamente citati negli articoli, ma che sono rilevanti per comprensione dell'insorgenza del burnout. Il burnout è infatti una sindrome ad origine multifattoriale e diverse sono quindi le cause che possono scatenarla. In genere a originarla è un mix di fattori personali e del contesto organizzativo (Boutou et al., 2019).

Tra le principali cause scatenanti il burnout troviamo:

- Carichi di lavoro eccessivi e protratti nel tempo;
- Mancanza di controllo sul proprio lavoro;
- Basso senso di appartenenza all'organizzazione;
- Tensioni tra colleghi e clima organizzativo non supportivo;
- Insicurezza lavorativa o mancanza di riconoscimento per il proprio lavoro;
- Lavoro monotono, ripetitivo o senza sfide e obiettivi;
- Ambiente lavorativo caotico o con pressioni eccessive.

Fondamentali sono quindi le caratteristiche connesse al contesto e alla struttura organizzativa in cui l'operatore si trova a lavorare e vivere. Infatti Demerouti et al. (2001) affermano che per raggiungere una buona qualità di vita lavorativa è necessario un impegno ben preciso che l'organizzazione può prendersi nei confronti del lavoratore. Con le politiche economiche odierne, governate da principi di efficienza, e che mirano ad ottenere il massimo risultato con la minima spesa, non potendo risparmiare sulla qualità

delle infrastrutture e degli strumenti lavorativi, spesso l'organizzazione sanitaria risparmia in termini di forza lavoro e quindi di personale sanitario. Si fa quindi in modo di ottenere il meglio da un servizio senza incrementare il numero del personale. Questo provoca un sovraccarico quantitativo di lavoro negli operatori, nei quali può nascere la percezione che le richieste lavorative siano eccessive rispetto alle energie e alle risorse possedute (Bushi, 2015). Questa condizione può innescare nell'operatore sanitario risposte negative come un maggior senso di affaticamento, stress, e insofferenza fino al burnout.

Per evitare queste conseguenze sarebbe necessario creare un ambiente favorevole a migliori condizioni lavorative degli operatori e per fare questo è necessario un rapporto di mutevole aiuto, collaborazione, stima e gratificazione tra colleghi ma ad esempio anche con i coordinatori infermieristici del reparto.

A sostegno di questa ipotesi, Maslach et al. (2001) afferma che relazioni alterate con i colleghi contribuiscono considerevolmente al burnout in quanto situazioni di conflitto, di competizione, di collera e frustrazione possono portare all'esaurimento emotivo del lavoratore. Risulta importante anche il ruolo della relazione con i superiori, in quanto alte pressioni lavorative, insufficienti opportunità di partecipazione alle decisioni, uno stretto controllo da parte dei superiori e la scarsa chiarezza sui compiti affidati causano maggiore stress e l'insorgenza del burnout (Moos, 2003). In un clima di mancata collaborazione tra il team e i superiori, gli operatori percepiscono di non essere valorizzati professionalmente e di non poter contribuire in prima persona allo sviluppo di programmi lavorativi. Questa mancanza porta nel tempo al disinteressamento per quello che stanno facendo, fino a farli diventare cinici e indifferenti (Maslach et al., 2001). Un aspetto centrale nel rapporto tra colleghi per creare un buon ambiente lavorativo e migliorare la pratica clinica, è la comunicazione. Problemi legati alla comunicazione all'interno del team sanitario e dell'organizzazione sanitaria possono influenzare notevolmente la qualità del lavoro svolto e quindi non solo la soddisfazione del paziente ma anche quella personale. Sono necessari a questo fine il supporto professionale, l'interazione tra professionisti e la comunicazione, sia interna che esterna all'organizzazione, in modo da garantire l'espressione di un vero e proprio team multidisciplinare.

Risulta infatti importantissima all'interno dell'organizzazione sanitaria anche la relazione tra medici e infermieri. I ruoli dell'infermiere e del medico nei confronti dei

pazienti si stanno evolvendo. I bisogni dei pazienti ricoverati non sono più strettamente incentrati sui sintomi fisici ma anche sugli aspetti psicologici. I pazienti ricoverati spesso presentano un forte disagio sia fisico che mentale e sono soggetti a molteplici fattori di rischio, come il fumo e l'abuso di sostanze. Inoltre, spesso, non prestano attenzione alle loro esigenze sanitarie di base (Druss & Newcomer, 2007). Obesità, diabete, ipertensione e altre malattie fisiche sono comuni, e il monitoraggio dei segni e dei sintomi fisici, come la pressione sanguigna, l'indice di massa corporea e i valori di laboratorio, e la sorveglianza delle condizioni fisiche sono diventati funzioni infermieristiche comuni per tutti i pazienti ricoverati. Spesso, il primo operatore sanitario a osservare un problema di salute fisica è proprio l'infermiere che si occupa dell'accettazione. Lavorare con problemi fisici e psicologici complessi e integrati richiede una forte relazione collegiale tra infermiere e medico. In molti contesti, i modelli di co-leadership infermiere-medico negli ospedali generali sono comuni (Steinert et al., 2006). Complessivamente, gli ospedali che promuovono migliori ambienti di pratica infermieristica hanno anche migliori relazioni infermiere-medico e un minore esaurimento emotivo e depersonalizzazione e quindi anche un minore burnout degli infermieri (Hanrahan et al., 2010).

Un altro fattore rilevante, già citato precedentemente, è l'adeguatezza dello staff in termini quantitativi e qualitativi. Infatti la scarsità di personale infermieristico all'interno di un reparto è associata a un carico di lavoro maggiore per l'infermiere, cioè più pazienti ognuno, e questo è significativamente correlato ad un livello di burnout superiore (Hanrahan et al., 2010).

Un rapporto storico dell'Istituto di medicina sull'adeguatezza del personale infermieristico sia all'interno degli ospedali, che delle case di cura afferma che: "L'assistenza infermieristica è un fattore critico nel determinare la qualità dell'assistenza negli ospedali e la natura dei risultati dei pazienti" (Institute of Medicine, 1996). Inoltre, vi è consenso sul fatto che la quantità del personale infermieristico influisce sulla sicurezza all'interno del reparto (Hanrahan et al., 2010). Il burnout degli infermieri può rappresentare un precursore del turnover, che deve essere oggetto di attenzione nella pratica e nella ricerca sulla sicurezza.

6-CONCLUSIONE

L'empatia e la comunicazione empatica sono componenti chiave dell'assistenza sanitaria ormai ampiamente riconosciute e sono presupposti necessari per erogare cure sanitarie di buona qualità. Infatti per la buona riuscita del trattamento del paziente è fondamentale l'empatia manifestata dalla figura curante, che aumenta la compliance del paziente e la sua fiducia nella terapia, migliora la prognosi di malattia e la soddisfazione della persona in cura (Decety, 2011). Nella formazione infermieristica da tempo si è compresa l'importanza di fornire agli studenti non solo le capacità tecniche ma anche quelle umane e relazionali (Larghero et al., 2010).

Tuttavia l'empatia, pur essendo un punto di forza, può talvolta diventare rischiosa, specie in ambiente sanitario in cui si ha un maggiore coinvolgimento interpersonale, e si ha a che fare con le situazioni più emotivamente cariche: malattia, morte e sofferenza. La partecipazione emotiva è inevitabile e, se essa può arrecare soddisfazione e senso di efficacia personale, è in alcuni casi fonte di forte stress e porta ad un elevato rischio di burnout (Morelli e Poli, 2020). L'approccio ideale per le figure sanitarie dovrebbe quindi essere quello di dimostrare un'empatia clinica, che include la capacità di distinguere il sé dall'altro in maniera tale da non provare le sue stesse emozioni e sofferenze. Questo protegge a lungo termine da esaurimento e depersonalizzazione e aiuta a prevenire il burnout. Infatti, come è stato già spiegato precedentemente, secondo Hoffmann (2008), l'empatia si divide in cognitiva e affettiva: l'empatia cognitiva si basa sulla possibilità di comprendere il punto di vista dell'altro e spiegarsi razionalmente la sua esperienza emotiva; mentre da un punto di vista affettivo, l'empatia permette di fare un'esperienza vicaria del vissuto emotivo dell'altro, ed è proprio per questo motivo che può condurre al burnout.

Come già detto in precedenza nella discussione, a seguito di questa revisione narrativa della letteratura, si può dire che gli obiettivi sono stati raggiunti parzialmente. Infatti se,

per quanto riguarda il primo obiettivo, è stata riscontrata un'evidente connessione tra empatia e burnout, risulta meno chiaro quale sia il rapporto di causa-effetto che unisce le due. La risposta al secondo punto dell'obiettivo non è pertanto univoca, ma emergono varie ipotesi riguardo il rapporto di causalità, sottolineando l'esistenza di vari effetti che l'empatia può avere sul burnout. Per questo motivo sarebbero opportuni ulteriori studi, anche multidisciplinari, per ottenere un ulteriore sguardo sul problema che non riguarda in maniera settoriale solo la professione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Alboreda, F., & Holley, H. (1991). Antisocial burnout: an exploratory study. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. Alboreda, F., & Holley, H. (1991). Antisocial burnout: an exploratory study. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1873572/>

Arcadi, P., Di Schiena, M., & Filippini, A. (2021). Le radici del dolore e della motivazione nel tempo di cura: la compassione nel vissuto degli infermieri impegnati nella pandemia covid-19 in Italia. *Fnopi L'Infermiere*. <https://www.infermiereonline.org/2021/03/03/le-radici-del-dolore-e-della-motivazione-nel-tempo-di-cura/>

Aveyard, H., & Bradbury-Jones, C. (2019). An analysis of current practices in undertaking literature reviews in nursing: findings from a focused mapping review and synthesis. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0751-7>

Bakker, A. B., & Heuven, E. (2006). Emotional dissonance, burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 423–440. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.4.423>

Benelli, C., & La Spina, C. (2023, July 25). *Empatia: definizione, sviluppo e ruolo nella psicopatologia*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/empatia/>

- Ben-Zeev, A. (2010, August 14). *Do Not Pity Me*. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/in-the-name-love/201008/do-not-pity-me>
- Bertelli, G. (2021, March 5). *Burnout (Sindrome da Burn-Out): Cos'è? Cause, Sintomi e Terapia*. Psicologia. <https://www.psicologia.it/salute/burnout.html>
- Bettarin, Caruso, Di Mario, & Alberio. (2019). Aver cura di chi si prende cura: l'impatto del lutto nell'infermiere di pronto soccorso. *L'Infermiere*. <https://www.infermiereonline.org/2020/11/14/aver-cura-di-chi-si-prende-cura/>
- Bizzoni. (2016). *L'EMDR E LA CURA DEL TRAUMA L'INTERVENTO CON BAMBINI E GENITORI AD AMATRICE*. Lumsa. [https://TESI-Master-Psicologia-Emergenza-Psicotraumatologia%20\(9\).pdf](https://TESI-Master-Psicologia-Emergenza-Psicotraumatologia%20(9).pdf)
- Boutou, A., Pitsiou, G., Sourla, E., & Kioumis, I. (2019). Burnout syndrome among emergency medicine physicians: an update on its prevalence and risk factors. *PubMed*, 23(20), 9058–9065. https://doi.org/10.26355/eurrev_201910_19308
- Bushi. (2015). *Il burnout nella professione infermieristica: revisione sistematica*. Università di Bologna. <https://www.nurse24.it/images/wordpress-img/wp-content/uploads/2016/03/TESI-BURNOUT..pdf>
- Chen, X., Chen, M., Zheng, H., Wang, C., Chen, H., Wu, Q., Liao, H., Zhu, J., Lin, J., Ou, X., Zou, Z., Wang, Z., Zheng, Z., Zhuang, X., & Chen, R. (2022). Effects of

psychological intervention on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.952932>

Cheng, L., Yang, J. H., Li, M., & Wang, W. (2020). Mediating effect of coping style between empathy and burnout among Chinese nurses working in medical and surgical wards. *Nursing Open*, 7(6), 1936–1944. <https://doi.org/10.1002/nop2.584>

Chiappinotto, Bassi, & Palese. (2022). La revisione narrativa della letteratura: aspetti metodologici. *L'Infermiere*, 60(3). <https://doi.org/10.57659/SSI.2023.012>

Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92–108. <https://doi.org/10.1177/1754073910374662>

Decety, J., Smith, K. E., Norman, G. J., & Halpern, J. (2014). A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/wps.20146>

Delgado, N., Rodríguez, J. D., Montesinos, M. B., Bonache, H., & Harris, L. T. (2023). What is the Link Between Different Components of Empathy and Burnout in Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 16, 447–463. <https://doi.org/10.2147/prbm.s384247>

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76–e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13x660814>
- Di Anna, F. (2021, March 30). *Perché la compassione è meglio dell'empatia*. Centodieci. https://www.centodieci.it/empowerment/compassione_meglio_dell_empatia/
- Dolce, Ricciardi, & Tarantolo. (2005). Lineamenti socio demografici e fattori di rischio di disagio psicologico nel soccorritore volontario della Protezione Civile italiana. *Psicotraumatologia*. <http://www.psicotraumatologia.com/pdf/ricciardi.pdf>
- Druss, B. G., & Newcomer, J. W. (2007). Challenges and solutions to integrating mental and physical health care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(04), e09. <https://doi.org/10.4088/jcp.0407e09>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Brunner.

Figley, C. R. (2002b). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.
<https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Fnopi. (2019). *Codice Deontologico delle professioni infermieristiche*. FNOPI.
https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf

Folgheraiter, F. (1994). *Operatori sociali e lavoro di rete. Saggi sul mestiere di altruista nelle società complesse* (3rd ed.). Erikson.

Franco, P., Tesio, V., Bertholet, J., Gasnier, A., Del Portillo, E. G., Spalek, M., Bibault, J., Borst, G. R., Van Elmpt, W., Thorwarth, D., Mullaney, L., Redalen, K. R., Dubois, L., Chargari, C., Perryck, S., Heukelom, J., Петит, С., Lybeer, M., & Castelli, L. (2020). The role of alexithymia and empathy on professional quality of life. *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology*, 15, 29–36.
<https://doi.org/10.1016/j.tipsro.2020.07.001>

Fukumori, T., Miyazaki, A., Takaba, C., Taniguchi, S., & Asai, M. (2020). Traumatic events among cancer patients that lead to compassion fatigue in nurses: a qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(2).
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.026>

Galluzzo, M. G. (2020). La Sindrome di Burnout. *Bollettino Itals*, 86.
<https://www.itals.it/sites/default/files/pdf-bollettino/novembre2020/galluzzo.pdf>

Hanrahan, N. P., Aiken, L. H., McClaine, L., & Hanlon, A. L. (2010). Relationship between Psychiatric Nurse Work Environments and Nurse Burnout in Acute Care General Hospitals. *Issues in Mental Health Nursing*,
<https://doi.org/10.3109/01612840903200068>

Hoffman, M., Berti, L., & Ricucci, M. (2008). *Empatia e sviluppo morale* (1st ed.). Il Mulino.

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S., Mortensen, Speicher, M., Bragan, L., & LaNoue, M. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*.
<https://doi.org/10.1007/s10459>

Institute of Medicine. (1996). Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate? *National Academy Press*.

- Kesbakhi, M. S., & Rohani, C. (2019). Exploring oncology nurses' perception of the consequences of clinical empathy in patients and nurses: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2985–2993. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05118-z>
- Larghero, E., Ricci, M. L., & Marchesi, R. (2010). *Medical humanities e bioetica clinica*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10015183136/>
- Lee, P. T., Loh, J. K., Sng, G., Tung, J. Y. M., & Yeo, K. K. (2018). Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. *Singapore Medical Journal*, 59(1), 50–54. <https://doi.org/10.11622/smedj.2017096>
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011, January 31). *Compassion Fatigue: A Nurse's Primer*. Online Journal of Issues in Nursing. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no01man03>
- Lopes, A. R., & Nihei, O. K. (2020). Burnout among nursing students: predictors and association with empathy and self-efficacy. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0280>
- MacArthur, K. R., Stacey, C. L., Harvey, S., & Markle, J. (2021). The direct and indirect effects of clinical empathy on well-being among pre-medical students: a structural

equation model approach. *BMC Medical Education*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02838-x>

Maibom, H. L. (2017). The Routledge Handbook of Philosophy of Empathy. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9781315282015>

Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA85645777>

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. In *Consulting Psychologists Press eBooks*. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA37648763>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Moos, R. H. (2003b). Social contexts: transcending their power and their fragility. *American Journal of Community Psychology*, 31(1–2).
<https://doi.org/10.1023/a:1023041101850>

Mordini, V., Castellucci, V., Giardi, W., & Tripaldi, S. (2013). Burnout, Empatia e Regolazione emotiva: quali relazioni. *Cognitivismo Clinico*. <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/burnout-185-188.pdf>

- Morelli, E., & Poli, E. (2020, May 22). L'empatia nelle professioni sanitarie: punto di forza rischioso? *State of Mind*. <https://www.stateofmind.it/2020/05/operatori-sanitari-covid-burnout/>
- Morgese. (2023, June 29). Coping e strategie di coping. *State of Mind*. <https://www.stateofmind.it/2023/06/strategie-coping/>
- Mortari, L., & Saiani, L. (2013). *Gesti e pensieri di cura*. (1st ed.). McGraw-Hill Education.
- Napolitano, S. (2018, November 28). *Stress traumatico secondario, compassion fatigue e burn out nelle professioni sanitarie: cosa sono e come difenderci*. *Medicina Narrativa.eu*. <https://www.medicinanarrativa.eu/stress-traumatico-secondario-compassion-fatigue-burn-out-nelle-professioni-sanitarie-cosa-difenderci>
- Offredi A. (2016.). Alessitimia, disregolazione emotiva, impulsività e aggressività: un modello di mediazione multipla. *State of Mind*. <https://www.stateofmind.it/2016/05/alessitimia-disregolazione-emotiva-impulsivita-aggressivita/>
- OMS. (2019). *International Classification of Diseases* (11th ed.). <https://icd.who.int/en>
- Orlowski, J. P., & Gullledge, A. D. (1986). Critical care Stress and burnout. *Critical Care Clinics*, 2(1), 173–181. [https://doi.org/10.1016/s0749-0704\(18\)30634-1](https://doi.org/10.1016/s0749-0704(18)30634-1)

- Palestini, L., Prati, G., Cicognani, E., & Pietrantonio, L. (2009). La qualità della vita professionale nel lavoro di soccorso: un contributo alla validazione italiana della Professional Quality of Life Scale (ProQOL). *RICERCHE*, 15(2). https://www.academia.edu/download/44657361/La_qualita_della_vita_professionale.pdf
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1994). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6). <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Potter, P., Pion, S., & Gentry, J. E. (2015). Compassion Fatigue Resiliency Training: the experience of Facilitators. *Journal of Continuing Education in Nursing*, <https://doi.org/10.3928/00220124-20151217-03>
- Pugliese, S., & Colantuono, C. (2022, January 31). Empatia: la capacità di entrare in sintonia con l'altro. *Istituto per Lo Studio Delle Psicoterapie*. <https://www.istituto-psicoterapie.com/empatia-la-capacita-di-entrare-in-sintonia-con-laltro/>
- Redazione ANSA. (2023, May 6). Il burnout dei sanitari causa 100mila errori l'anno. *ANSA.it*. https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2023/05/06/ansa/il-burnout-dei-sanitari-causa-100mila-errori-lanno_87e232c5-6954-44c4-99bc-429af5f6ff61.html
- Rodríguez-Nogueira, Ó., Leirós-Rodríguez, R., Pinto-Carral, A., Álvarez-álvarez, M. J., Fernández-Martínez, E., & Poyato, A. R. M. (2022). The relationship between

burnout and empathy in physiotherapists: a cross-sectional study. *Annals of Medicine*, 54(1), 933–940. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2059102>

Romani-Sponchiado, A., Jordan, M., Stringaris, A., & Salum, G. A. (2021). Distinct correlates of empathy and compassion with burnout and affective symptoms in health professionals and students. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 43(2), 186–188. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0941>

Román-Sánchez, D., Paramio-Cuevas, J. C., Paloma-Castro, O., Palazón-Fernández, J. L., Lepiani, I., Rodríguez, J. J. D., & López-Millan, M. (2022). Empathy, Burnout, and Attitudes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 692. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020692>

Samra, R. (2018). Empathy and Burnout in Medicine—Acknowledging Risks and opportunities. *Journal of General Internal Medicine*, 33(7), 991–993. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4443-5>

Schmidt, M., & Haglund, K. (2017). Debrief in emergency departments to improve compassion fatigue and promote resiliency. *Journal of Trauma Nursing*, 24(5), <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000315>

Sgarro, Biondi, Fiori, Rosati, Czaco, & Saviantoni. (1997). Gravi stress, traumi e salute. *PSYCHOMEDIA*. <https://www.psychomedia.it/motore/pm/modpsy/psico-trauma/sgarro2.htm>

Silva, A.R., Padilha, M.I., Petry, S., Silva, E., Silva, V., Woo, K., Galica, J., Wilson, R., & Luctkar-Flude, M. (2022). Reviews of Literature in Nursing Research: Methodological Considerations and Defining Characteristics. *Advances in Nursing Science*, 45(3). doi: 10.1097/ANS.0000000000000418.

Stamm, B. H. (2005). *The Pro-QOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales*. (2nd ed.). Sidran Press. <http://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>

Steinert, T., Goebel, R., & Rieger, W. (2006). A nurse?physician co-leadership model in psychiatric hospitals: Results of a survey among leading staff members in three sites. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(4). <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00431.x>

Taleghani, F., Ashouri, E., & Saburi, M. (2017). Empathy, burnout, demographic variables and their relationships in oncology nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 41. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_66_16

Tei, S., Becker, C. B., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F., Sugihara, G., Murai, T., & Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*, 4(6), e393. <https://doi.org/10.1038/tp.2014.34>

Trauma vicario: definizione, cause e trattamento. (2021). *Psicologia Clinica*. <https://la-menteemeravigliosa.it/trauma-vicario-definizione-cause-e-trattamento/>

Wilkinson, H. J., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>

Yue, Z., Qin, Y., Liu, Y., Wang, J., Nicholas, S., Maitland, E., & Liu, C. (2022). Empathy and burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13405-4>

Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J., & Viñas, J. M. P. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region. *Medicine*, 96(37). <https://doi.org/10.1097/md.0000000000000803><https://www.fnopi.it/>

