



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di laurea in Scienze psicologiche sociali e del lavoro

Elaborato Finale

La relazione tra empatia e burnout nelle professioni sanitarie

Relatore:
Prof. Paolo Albiero

***Laureanda:* Giulia Jovine**
***Matricola:* 1221094**

Anno Accademico: 2021/2022

Indice

Introduzione	2
Capitolo 1. Che cos'è l'empatia	3
1.1 Definizione ed evoluzione del costrutto	
1.2 Strumenti di misurazione	
Capitolo 2. Che cos'è il burnout	7
2.1 Definizione ed evoluzione del costrutto	
2.2 Strumenti di misurazione	
2.3 Antecedenti e conseguenze	
Capitolo 3. Esiste una relazione tra empatia e burnout?	11
3.1 L'empatia e il burnout in medici e specializzandi	
3.2 Relazioni tra empatia, burnout e regolazione emotiva: uno studio italiano	
3.3 Burnout ed empatia: una rassegna della letteratura	
Conclusioni	23
Riferimenti bibliografici	25
Appendice	29

Introduzione

“L’empatia nelle professioni sanitarie risulta essere un importante elemento, che associato a migliori competenze cliniche ed efficacia nella cura, produce un effetto positivo sulla qualità di vita dei pazienti [...] dunque empatia è sinonimo di qualità della cura e migliore outcome terapeutico” (Morelli & Poli, 2020). “Secondo lo *Studio internazionale sul burnout nei medici di famiglia europei* (Corriere medico, 2004), il 30-40% dei medici soffre di burnout a un livello tale da influenzare le prestazioni professionali” (Padula et al., 2008): è a partire da queste due affermazioni che è nato il mio interesse verso le possibili relazioni tra i due costrutti nell’ambito delle professioni sanitarie, ambito in cui empatia e burnout sono fattori di centrale importanza, la prima per il ruolo che svolge nella determinazione dell’outcome terapeutico e il secondo come sindrome comunemente associata a questo tipo di professioni, caratterizzate da contatto diretto prolungato con i malati e rischio di coinvolgimento emotivo correlato. Dunque l’empatia funge da fattore protettivo o da fattore predittivo del burnout? Il burnout riduce la capacità empatica del professionista sanitario o non ha alcun impatto su questa? I due costrutti sono correlati in qualche modo o sono indipendenti? Da queste domande inizia il percorso che, partendo dalla definizione e dalle metodologie impiegate per misurare singolarmente empatia e burnout, porterà all’analisi della relazione tra i due, attraverso l’esame della letteratura fino ad oggi sviluppata, con particolare attenzione a tre articoli: uno studio portoghese sulla relazione tra burnout ed empatia e le differenze tra medici e specializzandi; uno studio italiano che, come vedremo, presenterà risultati contrastanti rispetto allo studio precedente ed una rassegna che si pone l’obiettivo di delineare la direzione dei risultati emersi da 10 ricerche sulla natura della relazione tra i due costrutti.

Capitolo 1: Che cos'è l'empatia

1.1 Definizione ed evoluzione del costrutto

Empatia, dal greco *εμπάθεια* (empathēia, en-pathos “sentire dentro”), è un termine comunemente usato nella vita quotidiana e definito dal vocabolario come “capacità di capire, sentire e condividere i pensieri e le emozioni di un altro in una determinata situazione” (*Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, 2001), ma qual è stata l'evoluzione di questo costrutto nel corso del tempo? L'invenzione del termine (nella versione inglese di empathy), seppur già usato nell'antica Grecia per indicare il rapporto emozionale di partecipazione che legava l'autore-cantautore (aedo) al suo pubblico (Benelli et al.), si conviene farlo risalire a Titchener (1909) che lo tradusse dal termine tedesco “Einfühlung” (Wispé, 1987), utilizzato nella filosofia estetica tedesca per definire “la capacità della fantasia umana di cogliere il valore simbolico della natura” (Benelli et al.) e per descrivere come “il piacere estetico fosse un'oggettificazione del piacere personale” (Wispé, 1987). Ma il concetto di “empatia” è stato, fin dai primi anni, caratterizzato da grande ambiguità, controversie e incongruenze tra filosofi, comportamentisti e psicologi sociali (Aring, 1958; Bash, 1983; Preston & DeWaal, 2002; Wispe, 1978,1986)

In particolare, in psicologia lo studio di questo costrutto è stato storicamente caratterizzato da due differenti modi di concettualizzarlo (Albiero et al, 2006): uno focalizzato sulla dimensione prettamente affettiva, e l'altro sulla natura primariamente cognitiva. Tra gli autori che si sono maggiormente concentrati sull'aspetto affettivo troviamo Allport, Rogers e Kohut, che nella prima metà dello scorso secolo, seppur con definizioni diverse, hanno condiviso l'idea secondo cui l'empatia può essere descritta come un processo di attivazione emotiva, più o meno volontario, per molti innato, implicato nella condivisione/partecipazione ai vissuti dell'altro (Albiero et al., 2006), sottolineando la condivisione emotiva come aspetto centrale del costrutto. Dagli anni sessanta in poi, invece, l'attenzione degli studiosi si è spostata sulla dimensione cognitiva dell'empatia, definita come la capacità di sapersi decentrare cognitivamente per mettersi nei panni degli altri in modo da riuscire a comprendere adeguatamente il loro modo di sperimentare una specifica situazione (Albiero et al., 2006), focalizzandosi sulla comprensione di pensieri, intenzioni ed emozioni, senza negare la condivisione di queste ultime, ma subordinandola alla comprensione dei sentimenti e delle intenzioni altrui. Solo i modelli più recenti, sviluppatasi a partire dagli anni Ottanta del secolo

scorso, hanno iniziato a considerare e ad integrare le due componenti affettiva e cognitiva. Si tratta dei cosiddetti modelli multifattoriali o multidimensionali, in cui le due dimensioni di condivisione emotiva (componente affettiva) e di comprensione del vissuto dell'altro (componente cognitiva) non sono considerate l'una subordinata all'altra, bensì co-occorrenti e determinanti al fine di generare una risposta empatica (Albiero et al., 2006). La prima autrice di questi modelli multifattoriali fu Feshbach (1974), secondo la quale l'empatia è formata da tre componenti (due delle quali di tipo cognitivo) che svolgono un'azione integrata: abilità di decodificare e riconoscere gli stati affettivi vissuti da altre persone, capacità di assumere la prospettiva e il ruolo di un'altra persona e capacità di rispondere affettivamente alle emozioni provate da un'altra persona.

Ma è forse la definizione di Hoffman (2000) quella maggiormente condivisa ancora oggi secondo cui l'empatia può essere descritta in termini funzionali come “la scintilla che fa scaturire la preoccupazione umana per gli altri” (ivi, p. 3) e in termini fenomenologici come “risposta affettiva più appropriata alla situazione di un altro che alla propria” (ivi, p. 4). Allora provare empatia significa condividere e comprendere in modo vicario l'emozione che l'altro prova, senza sperimentare esattamente ciò che vive, ma provando ad esempio un vissuto genericamente più consono allo stato d'animo dell'altra persona (Albiero et al., 2006).

1.2 Strumenti di misurazione

Alla luce delle diverse definizioni, talvolta anche discordanti, che sono andate susseguendosi nel corso degli anni e del mancato accordo su una definizione univoca dell'empatia, si evince come la misurazione di tale costrutto sia stata, e sia tuttora, di particolare difficoltà e al centro del dibattito degli studiosi.

A partire dal FASTE (Feshbach Affective Situation Test for Empathy), il primo strumento elaborato per rilevare la responsività empatica nei bambini tramite storie figurate (Feshbach e Roe, 1968), si sono sviluppati molteplici indici per misurare l'empatia, che differiscono non solo per gli obiettivi specifici che la rilevazione si propone, ma anche per le informazioni che si andranno ad acquisire (Albiero et al., 2006), focalizzandosi su aspetti diversi del sentire empatico.

Poiché dunque ad una complessità teorica corrisponde inevitabilmente una complessità a livello di misurazione, non sarà possibile in questo elaborato rendere conto di tutti gli strumenti di misura finora sviluppati. Ho perciò deciso di presentarne solo due, per meglio comprendere le ricerche che andrò a presentare nel terzo capitolo del presente elaborato, in quanto basate

sull'impiego di questi due strumenti. Si tratta dell'indice di reattività interpersonale di Davis (1983) e della Jefferson scale of physician empathy (2001), utilizzati rispettivamente nello studio di Mordini et al. (2013) e in quello di Ferreira et al. (2020).

L'indice di reattività interpersonale (IRI) è composto, riflettendo nella struttura il modello a quattro componenti di Davis, da un totale di 28 items suddivisi in quattro sottoscale: Perspective taking (tendenza ad adottare il punto di vista degli altri spontaneamente), Fantasia (propensione ad immaginarsi in una situazione fittizia), Considerazione Empatica (predisposizione a sperimentare le emozioni delle altre persone e a provare simpatia e compassione per le persone meno fortunate) e Disagio personale (inclinazione a provare angoscia per altri). Ogni sottoscala include 7 item, presentati sotto forma di affermazioni verso cui dichiarare il proprio grado di accordo/disaccordo su una scala likert a 5 punti (da 1 “mai vero” a 5 “sempre vero”).

Alcuni ricercatori sostengono però che strumenti come quello descritto sopra, sviluppati per misurare l'empatia nella popolazione generale, non siano adeguati per misurare il costrutto nello specifico ambito medico e delle cure assistenziali (Evans et al, 1993). Proprio per sopperire a questo limite è stata sviluppata dai ricercatori del Jefferson Medical College (Philadelphia, Pennsylvania) la Jefferson scale of physician empathy (2001), originariamente applicabile solo agli studenti di medicina (Hojat et al., 2001) e successivamente estesa a tutte le professioni sanitarie (Hojat et al., 2002). Questa è stata ideata a partire da una definizione ben specifica di empatia medica (physician empathy) come “primariamente un attributo cognitivo (piuttosto che emotivo) che coinvolge la capacità di capire (piuttosto che sentire) le esperienze e la prospettiva del paziente accompagnata alla capacità di comunicare questa comprensione e all'intenzione di aiutare il paziente” (*‘predominantly a cognitive attribute (whereas sympathy is primarily an ‘affective’ personal quality)’ that ‘involves an understanding of the inner experiences and perspectives of the patient... with a capacity to communicate this understanding’ and combined with an intention to help the patient*) (Hojat et al., 2005)

Si tratta di uno strumento attualmente disponibile in tre versioni: una per medici (HP-Version), una per studenti di medicina (S-Version) e una per studenti di professioni sanitarie diverse da medicina (HPS-Version). Tutte e tre sono composte da 20 items verso cui i rispondenti devono dichiarare il proprio grado di accordo/disaccordo tramite una scala Likert a 7 punti (da 1 “totalmente in disaccordo” a 7 “totalmente d'accordo”) e che possono essere raggruppati in 3

fattori: “Perspective taking” (cioè come il medico vede la prospettiva del paziente), “Assistenza compassionevole” (compassionate care, cioè la comprensione dell’esperienza vissuta dal paziente) e “Mettersi nei panni del paziente” (standing in the patient’s shoes, cioè pensare come il paziente).

E’ proprio tramite la somministrazione di questo questionario che i ricercatori della Thomas Jefferson University sono giunti ad interessanti scoperte nell’ambito medico, tra cui il fatto che gli studenti di medicina che, all’inizio del loro percorso di studi, avevano pianificato di proseguire nell’ambito delle specialità rivolte alle persone (come medicine generale, pediatria, psichiatria, ecc...) tendono a mostrare livelli più alti di empatia se comparati con i colleghi maggiormente interessati a quei campi della medicina come anesthesiologia, radiologia o chirurgia, maggiormente legati a procedure tecniche rispetto che alla relazione col paziente (Hojat et al., 2005), facendo ipotizzare un certo grado di correlazione tra la futura scelta professionale e la propria innata predisposizione empatica.

Per riassumere, quindi, l’empatia è un costrutto che ha visto nel corso del tempo una grande evoluzione in termini di definizioni e di strumenti di misurazione, passando dall’essere descritta come elemento di natura primariamente emotiva, cioè come processo di attivazione emotiva implicato nella condivisione/partecipazione ai vissuti dell’altro, per poi essere definita come capacità cognitiva di sapersi decentrare per mettersi nei panni degli altri, fino alle definizioni odierne, dove le componenti affettive e cognitive vengono integrate in un unico modello multifattoriale, senza però mai giungere ad una definizione univoca e alla selezione di un unico strumento di misurazione. Definito quindi il primo elemento della relazione diadica in ambito medico su cui si concentra il presente testo, verrà analizzato un secondo componente, ovvero il burnout, focalizzandosi sulla sua definizione, sugli strumenti di misurazione e su antecedenti e conseguenze di tale fenomeno.

Capitolo 2: Che cos'è il burn-out

2.1 Definizione ed evoluzione del costrutto

Il burnout, definito anche “patologia della relazione di aiuto” (Galam, 2007), nasce, prima ancora che in ambito accademico, come problema sociale che si origina dall’esperienza lavorativa di alcune categorie di professionisti che, all’interno del contesto lavorativo, esperiscono una specifica difficoltà (Borgogni e Consiglio, 2005). Si tratta nello specifico di quelle professioni assistenziali, come quelle di medico, infermiere o educatore, dove la relazione tra il lavoratore e il soggetto ricevente è di centrale importanza e dove l’erogazione del servizio, della cura, del trattamento o dell’educazione può essere emotivamente impegnativa (Maslach, 2007), come specifica anche Del Rio (1990) secondo cui il burnout non si collega genericamente ad un qualsiasi tipo di utenza, ma solo a quelle relazioni in cui il contatto sottende un rapporto affettivamente significativo che viene meno in presenza di burnout (p.24).

Il primo studioso a parlare di questo fenomeno in ambito accademico fu Freudenberg nel 1974, definendolo come uno specifico quadro sintomatologico riscontrato nelle “helping professions” (professioni d’aiuto), ma è Maslach colei che ne dà una definizione precisa e sistematica nel famosissimo testo “Burnout. The cost of Caring” (1982). Qui, sulla base di testimonianze raccolte da lavoratori colpiti da Job Burnout, giunge all’elaborazione della definizione tutt’oggi maggiormente condivisa di “specifica sindrome da stress cronico, caratterizzata da tre dimensioni”:

- **Esaurimento emotivo** (*emotional exhaustion*): componente centrale del burnout, consiste nella sensazione di aver letteralmente “bruciato” le proprie energie, soprattutto quelle psicologiche. È conseguente ad un eccessivo coinvolgimento emotivo e al sentirsi sopraffatti dalle richieste degli altri (Maslach, 1982). L'individuo si sente privo di energie fisiche ed emozionali per affrontare l’attività lavorativa (Borgogni & Consiglio, 2005). Potrebbe essere riassunta dall’esperienza di un lavoratore riportata dalla Maslach (1982): “non è che non voglio aiutare gli altri, è che non riesco”.
- **Depersonalizzazione** (*depersonalization*): “E’ come se la persona osservasse le altre attraverso occhiali arrugginiti (rust-colored glasses), facendosi una pessima idea di loro, aspettandosi il peggio e trovandoli persino antipatici” (“it is as though the individual is viewing other people through rust-colored glasses, developing a poor opinion of them,

expecting the worst from them and even actively disliking them”): è così che la Maslach (1982) descrive la dimensione interpersonale del burnout, caratterizzata da un esasperato distacco nella relazione con utenti/clienti (Borgogni e Consiglio, 2005) attraverso un processo, descritto da Zimbardo (1970), di deumanizzazione, dove le persone piuttosto che come tali, vengono trattate come oggetti o numeri (Kahill, 1988; Maslach, 1982).

- ***Ridotta realizzazione personale*** (Reduced personal accomplishment): consiste nel crescente senso di inadeguatezza e mancanza di fiducia circa le proprie possibilità di riuscita nell'attività professionale e rappresenta la componente di valutazione di sé del burnout (Borgogni e Consiglio, 2005)

2.1 Strumenti di misurazione

A partire dalle dimensioni sopracitate, la Maslach mette a punto il famoso Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach e Jackson, 1981), strumento tuttora maggiormente utilizzato per misurare il burnout. Composto inizialmente da 47 item, è stato successivamente ridotto a 22 item in base ai quali il soggetto deve valutare frequenza e intensità con cui sperimenta sintomi, effetti e stati emotivi connessi con il proprio lavoro (Sirigatti et al., 1988) attraverso una scala likert a 6 punti. Alcuni esempi di affermazioni presenti nel questionario sono: “mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro” per la componente dell'esaurimento emotivo, “mi pare di trattare alcuni clienti come se fossero oggetti impersonali” per la componente della depersonalizzazione e “posso capire facilmente come la pensano i miei clienti” come misura della realizzazione lavorativa (opposto della dimensione della ridotta efficacia professionale). (vedere appendice 1 per la versione italiana completa del MBI)

2.3 Antecedenti e conseguenze

Nel corso dello studio e dell'analisi del costrutto, gli studiosi si sono particolarmente interrogati su due aspetti: quali sono le conseguenze e quali sono gli antecedenti del burnout. Per quanto riguarda le ripercussioni della sindrome, vengono citate da Orlowski e Gullledge (1986) alterazioni emozionali (come senso di rabbia e negativismo), comportamentali (come assenteismo), psicosomatiche (come insonnia e altri disturbi del sonno) e sociali (perdita dell'efficacia lavorativa ed alterazioni lievi della vita familiare). Schaufeli e Enzmann (1998) dal canto loro elencano 132 sintomi tra cui: umore depresso, ansia, instabilità emotiva, senso di impotenza e di fallimento, bassa stima di sé, senso di colpa, rigidità mentale, bassa tolleranza alle frustrazioni, stanchezza fisica, numerosi disturbi psicosomatici, iperattività, perdita dei

propri ideali, rassegnazione, noia, demoralizzazione, aumento del consumo di alcool, tabacco, farmaci e dei comportamenti a rischio, ecc.... Secondo Alboreda-Florez, invece, l'alto livello di assenteismo lavorativo, conseguenza della fase del più alto cinismo (Maslach, 2009), si giustificerebbe per problemi di salute fisica, ma soprattutto di natura psicologica, a causa della frequente insorgenza di situazioni depressive e di assunzione incongrua di psicofarmaci accompagnata dall'aumento del consumo di alcol e altre sostanze psicotrope (Alboreda-Florez & Holley, 1991).

Partendo da modelli teorici precedenti secondo cui un'alta congruenza tra lavoro e individuo era predittiva di minore stress, Maslach e Leiter (1997) sono giunti a formulare un modello di burnout che si focalizza sul grado di compatibilità tra individuo e ambiente lavorativo. Maggiore è la distanza tra i due, maggiore sarà il rischio di burnout e viceversa minore sarà il gap, maggiore sarà il livello di work engagement. Sei sono le aree della vita lavorativa in cui un mismatch è predittivo di burnout (Maslach e Leiter, 1997):

- **Carico lavorativo** (Workload): è il più forte predittore della componente dell'esaurimento emotivo del burnout quando non corrisponde alle possibilità del soggetto e ne supera le capacità, cioè ad esempio quando c'è troppo da fare e troppo poco tempo per eseguirlo e quando le risorse necessarie non sono sufficienti. Nello specifico delle professioni sanitarie, sono sia la quantità che la qualità dei contatti con i pazienti ad essere considerati fattori di rischio.
- **Controllo** (control): tipico soprattutto delle professioni sanitarie, dove c'è poco controllo sulle decisioni che determinano la propria giornata lavorativa (soprattutto per quanto riguarda gli infermieri) e pochi feedback sull'attività svolta.
- **Ricompensa** (reward): un altro fattore di rischio considerato è quello di una percepita ricompensa non adeguata, dove per ricompensa si intende sia quella economica che morale. Nell'ambito sanitario, infatti, una mancanza di riconoscimento degli sforzi da parte del paziente, dei colleghi o del capo porta ad una svalutazione sia del lavoro sia del lavoratore, ed è strettamente associata al senso di inefficacia e al morale del dipendente.
- **Comunità** (community): con comunità si intende la qualità generale delle relazioni sociali in ambiente lavorativo. Quando queste sono caratterizzate da mancanza di supporto e fiducia, la comunità viene meno e lascia spazio a ostilità, competizione e conflitti che possono portare a stress e burnout

- **Correttezza** (fairness): la percezione di scorrettezza e le disuguaglianze nell'ambito lavorativo sono considerate le maggiori predittrici della dimensione del cinismo, cioè di depersonalizzazione, del burnout. Nello specifico i soggetti possono decidere di mettere in atto comportamenti volti a ristabilire l'equilibrio, compromettendo però la performance lavorative, come per esempio uscire prima da lavoro se ritengono di non essere pagati a sufficienza.
- **Valori** (values): i valori, considerati gli ideali e gli obiettivi che originariamente avevano attratto i soggetti in quel dato posto di lavoro, fungono da elemento di connessione tra lavoratore e contesto lavorativo. Quando, invece, nell'ambito lavorativo vengono percepiti valori opposti a quelli personali, allora la sensazione di continuo conflitto tra ciò che si vuole fare e ciò che invece si deve fare può portare allo sviluppo di job burnout.

Tra le variabili soggettive, invece, sono state indicate, come fattori predittivi del burnout, l'età (pare che i primi anni di lavoro siano quelli in cui il soggetto è maggiormente vulnerabile), il sesso (le donne risultano essere maggiormente a rischio dato anche il doppio carico lavorativo a cui sono spesso sottoposte, cioè quello professionale e familiare) e lo stato civile (la presenza di una relazione stabile, di famiglia e figli sembrano essere fattori protettivi) (Mordini et al., 2013)

Capitolo 3: Esiste una relazione tra empatia e burnout?

La relazione tra burnout ed empatia è stata spesso oggetto di indagine in letteratura, tuttavia la natura e la forza del rapporto che intercorre tra i due costrutti non sono ancora del tutto chiari. Infatti, teorie e risultati empirici sono risultati spesso contrastanti tra loro. Ad esempio, secondo Figley (2002) e la sua teoria della compassione, un eccesso di empatia renderebbe i soggetti più vulnerabili ai fattori stressanti della propria professione e di conseguenza al burnout, mentre secondo Bonino (2006), “il burnout sarebbe associato a scarse abilità empatiche riscontrate soprattutto in persone con tratti alessitimici (Gleichgerricht e Decety, 2013), cioè che presentano difficoltà nell’identificare, differenziare e descrivere le proprie emozioni in associazione a rappresentazioni mentali impoverite degli stati emotivi propri e altrui” (Morelli e Poli, 2020). In quest’ottica, dunque, un elevato livello di empatia fungerebbe da fattore protettivo. Chiarire bene in quale direzione, se presente, va la relazione tra burnout ed empatia potrebbe risultare di estrema importanza soprattutto nell’ottica di possibili interventi per prevenire il burnout in ambito sanitario, sindrome presente in elevate percentuali a causa di turni spesso estenuanti, mancanza di personale e situazioni emotivamente impegnative, come il supporto ad individui prossimi alla morte. Infatti, se fosse dimostrata una relazione negativa tra i due costrutti, si potrebbero ideare piani di intervento focalizzati sull’implementazione dell’empatia nel contesto sanitario, con un duplice scopo; sia di aumentare l’umanizzazione delle cure, definito uno dei principali motori di cambiamento per rispondere in maniera efficace ai diversi e complessi bisogni espressi dalla persona assistita (Haque O.S. et al., 2012), sia di ridurre il carico emotivo dei lavoratori sanitari e prevenire di conseguenza l’insorgere della sindrome da burnout. Questo però non può essere garantito solo dall’individuazione di una relazione negativa tra i costrutti, ma deve essere supportato anche da studi causali, che ci permettano di fare inferenze del tipo “A protegge l’individuo dall’insorgere di B”, ma questi sono ancora troppo pochi in letteratura. Tuttavia, l’analisi dei risultati fino ad ora ottenuti da ricerche di tipo correlazionale, volte allo studio della relazione tra burnout ed empatia, costituisce un interessante ed importante punto di partenza.

Tra i numerosi articoli e ricerche portate avanti in questa direzione, tre sono quelli che ritengo particolarmente interessanti e degni di nota: lo studio di Ferreira, Alfonso e Ramos (2020) che analizza ed individua una correlazione tra burnout ed empatia, e le relative differenze in due gruppi di soggetti: specializzandi e medici specializzati; lo studio di Mordini, Castellucci, Giardi e Tripaldi (2013) sulla relazione tra burnout, empatia e abilità metacognitive di auto-

riflessività, il quale, oltre ad essere condotto in Italia, ottiene risultati contrastanti rispetto alla ricerca precedente; infine, la metanalisi ad opera di Wilkinson, Whittington, Perry e Eames (2017), che riassume i risultati di 10 articoli pubblicati tra il 1990 e il 2017, sulla natura del legame tra i due costrutti in lavoratori dell'ambito sanitario.

3.1 L'empatia e il burnout in medici e specializzandi

Il primo studio sulla relazione tra empatia e burnout che analizzo è l'articolo "Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists" (Ferreira et al., 2020) effettuato in Portogallo, nell'area della grande Lisbona. Ciò che rende questo studio interessante dal punto di vista scientifico è la comparazione tra due campioni di medici: *specialists*, quelli che in Italia corrispondono ai medici già specializzati e *residents*, i medici specializzandi. Per entrambi sono stati misurati i livelli di burnout e di empatia, rispettivamente attraverso l'MBI e la Jefferson Scale of Empathy (vedere rispettivamente cap. 1.2 e cap. 2.2 per un approfondimento sui due questionari), al fine di verificare sia l'eventuale presenza di correlazione tra i due costrutti, sia per analizzare le differenze tra le due classi di medici. Hanno partecipato allo studio 104 individui, di cui 51 appartenenti al primo gruppo (con un'età media di 51,7) e 53 al secondo (con un'età media di 29,1), cioè a quello degli specializzandi. Ai questionari su empatia e burnout sono state poi affiancate anche domande inerenti le caratteristiche socio demografiche degli individui, come il genere, l'età, le ore lavorate per settimana, lo stato coniugale, il numero di figli, gli anni di studio e gli anni di pratica professionale (Ferreira et al., 2020).

Tra i risultati più interessanti, in tutte e tre le sottoscale del Maslach Burnout Inventory test (esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale), come si può notare nella tabella 2, sono state trovate differenze significative (attraverso l'utilizzo del Mann-Whitney test) tra i due gruppi, mostrando come gli specializzandi presentino livelli significativamente maggiori di burnout, così come una differenza significativa è stata trovata per l'empatia, con punteggi superiori negli specializzati (Ferreira et al., 2020). Questo conferma quello che altre ricerche avevano già trovato (Maslach et al., 2001, Panagopoulou et al., 2006, Soler et al., 2008, Dyrbye et al., 2014, Shanafelt et al., 2014), ovvero punteggi significativamente maggiori nelle tre sottoscale del burnout degli specializzandi rispetto ai medici, associati al numero di ore lavorative settimanali significativamente superiore a quello dei medici specializzati, ad un numero inferiore di anni di pratica lavorativa e al fatto di non

avere figli (senza però che nella presente ricerca venga data o ipotizzata alcuna spiegazione del perchè avere figli diminuirebbe i livelli di burnout).

Tabella tratta da "Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists" (Ferreira et al., 2020)

TABLE 2 Mean and SD of MBI subscales and JSE score of both subgroups

Scale	Residents (n = 53) Mean (SD)	Specialists (n = 51) Mean (SD)	P Value M-W Test
MBI			
Emotional exhaustion	21.26 (9.53)	18.37 (12.65)	.034*
Depersonalization	7.55 (5.29)	5.18 (5.60)	.005**
Lack of personal accomplishment	10.23 (6.03)	7.10 (6.21)	.002**
JSE			
Empathy	116.40 (12.80)	120.78 (12.84)	.048*

Abbreviations: JSE, Jefferson Scale of Empathy; M-W, Mann-Whitney test; MBI, Maslach Burnout Inventory; SD, standard deviation.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

Per quanto riguarda invece il campione generale, come riportato in tabella 3, un interessante risultato emerso è la correlazione individuata tra l'età dei partecipanti e l'empatia ($r = 0.235$, $p = .017$) e tra gli anni di pratica e l'empatia ($r = 0.245$, $p = .013$), mentre è di tipo negativo la relazione tra le variabili di età e anni di pratica e burnout. Questo risultato è in linea con quanto emerso in altri studi (Jovanovic et al., 2016, Chen et al., 2013), dove era stata evidenziata una correlazione negativa tra età e burnout, con una preponderanza di quest'ultima tra i giovani lavoratori e minore in soggetti dai 30/40 anni in su. Questo permette di fare ipotesi circa l'andamento opposto che seguono i due costrutti di empatia e burnout in relazione a queste variabili sociodemografiche: quando la prima aumenta, la seconda diminuisce e viceversa. L'associazione tra età e burnout può essere giustificata dalla relazione positiva individuata tra il numero di ore lavorative settimanali, la minor pratica lavorativa e l'assenza di figli e le tre sottoscale del burnout (relazione significativa non trovata invece per il costrutto dell'empatia). Infatti, i lavoratori più giovani, presumibilmente ancora residents, sono in media coloro che hanno meno anni di lavoro alle spalle e non hanno figli. Sorprendentemente, nello studio non è stata proposta alcuna possibile spiegazione alla base della relazione negativa tra età ed empatia. È tuttavia plausibile che essa sia riconducibile al fatto che l'empatia, come altre capacità relazionali, sia frutto in parte di una certa predisposizione innata, come dimostrato da Hojat et al. (2015) quando ha trovato un certo grado di correlazione tra la futura scelta professionale in ambito medico e la propria innata predisposizione empatica (vedi capitolo 1), ma che possa anche essere acquisita o migliorata con l'esperienza e di conseguenza con l'età.

TABLE 3 Correlation between MBI subscales and JSE scores with sociodemographic and professional variables

Variable		MBI			JSE
		EE	DP	LPA	Total
Age	cc	-0.198*	-0.222*	-0.259**	0.235*
	P value	.44	.023	.008	.017
	n	104	104	104	103
Gender	cc	0.17	0.009	0.143	0.09
	P value	.084	.93	.149	.368
	n	104	104	104	103
Relationship status	cc	-0.224*	-0.226*	-0.194*	0.13
	P value	.022	.021	.048	.19
	n	104	104	104	103
Having children	cc	0.243*	0.288**	0.256**	-0.115
	P value	.014	.003	.009	.253
	n	102	102	102	101
Years of medical practice	cc	-0.217*	-0.223*	-0.268**	0.245*
	P value	.44	.023	.008	.013
	n	104	104	104	103
Hours worked per week	cc	0.365**	0.278**	0.142	-0.075
	P value	.000	.004	.150	.451
	n	104	104	104	103

Abbreviations: cc, correlation coefficient; DP, depersonalization; EE, emotional exhaustion; LPA, lack of personal accomplishment.

*Correlation is significant at $p < .05$ (two-tailed).

**Correlation is significant at $p < .01$ (two-tailed).

In seguito a queste analisi bivariate, i ricercatori hanno proceduto con una regressione lineare multipla con i punteggi al JSE questionnaire come variabile dipendente e le tre sottoscale del burnout, l'età, gli anni di pratica e le ore settimanali lavorate, come variabili indipendenti, trovando due predittori (negativi) significativi dell'empatia nei medici (vedere tabella 4): la depersonalizzazione (coefficiente di regressione $b = .240$, $p = .027$) e la ridotta realizzazione personale (coefficiente di regressione $b = -.455$, $p < .0001$) e queste due variabili insieme sono in grado di spiegare il 28,4% della varianza totale dell'empatia (Ferreira et al., 2020).

TABLE 4 Mean scores of MBI subscales of physicians who have children and who do not have children

MBI Subscale	Having Children (n = 41) Mean (SD)	Not Having Children (n = 61) Mean (SD)	P Value M-W Test
EE	16.98 (10.74)	22.11 (11.14)	.014
DP	4.78 (5.32)	7.49 (5.52)	.004
LPA	6.9 (5.65)	10.07 (6.44)	.010

Abbreviations: DP, depersonalization; EE, emotional exhaustion; LPA, lack of personal accomplishment; M-W, Mann-Whitney test; MBI, Maslach Burnout Inventory; SD, standard deviation.

Questo studio, quindi, oltre ad aver confermato ciò che era già stato individuato relativamente alla relazione tra burnout ed età, ha individuato una correlazione inversa tra empatia e burnout, che conferma i risultati di altre ricerche (Ferri et al., 2015; Omdahl & O'Donnell, 1999; Palsson et al., 1996). Questo implica che tanto maggiore sarà il livello di burnout dei medici, tanto più debole sarà la loro relazione con i pazienti e di conseguenza peggiore sarà anche il trattamento sanitario offerto (Halpern, 2003, Truchot et al., 2011, Ferreira et al., 2020).

Lo studio presenta tuttavia dei limiti che ne riducono la generalizzabilità, tra cui un numero troppo limitato (104) di soggetti per poter essere rappresentativo dell'intero gruppo di medici

portoghesi. Inoltre, è possibile che il sistema sanitario portoghese differisca da quello di altri paesi, che gli specializzandi abbiano uno status, delle responsabilità e funzioni differenti, impedendoci quindi di generalizzare i risultati su scala globale. In aggiunta, lo studio è frutto di un campionamento di convenienza, preferito ad un campionamento randomizzato, e questo può portare a diversi biases (Ferreira et al., 2020) oltre che a ridurre la validità esterna. Inoltre, non viene tenuto conto del genere dei partecipanti, variabile di cruciale importanza in questo ambito di ricerca, dove le misurazioni avvengono attraverso questionari self-report e le donne tendono generalmente ad attribuirsi punteggi più alti ed in ultima istanza si tratta di uno studio correlazionale. Pertanto, la natura della ricerca ci impedisce di fare inferenze circa rapporti causali tra le variabili. Potrebbe essere che siano difficoltà di empatia a causare burnout o che viceversa siano alti livelli di burnout ad inibire l'empatia oppure che siano altre variabili intervenienti non prese in considerazione, come ad esempio aspetti della personalità, stipendio, stili di vita o altri fattori disposizionali e/o contestuali a determinare la relazione tra i costrutti (Ferreira et al., 2020).

3.2 Relazioni tra empatia, burnout e regolazione emotiva: uno studio italiano

Il secondo studio considerato per il presente elaborato è quello di Mordini, Castellucci, Giardi e Tripaldi (2013), *“Burnout, empatia e regolazione emotiva: quali relazioni”* particolarmente interessante per due aspetti: per prima cosa ha come campione di ricerca un gruppo di 115 soggetti italiani impegnati in “Helping profession” e quindi, a differenza della ricerca precedentemente esposta, ci permette di avere una visione più specifica di quello che accade nel nostro paese. L'altro aspetto interessante riguarda i risultati ottenuti: infatti, a differenza dello studio sopracitato, e a differenza di ciò che i ricercatori stessi si aspettavano, l'empatia nei confronti dell'utenza non sembra avere un effetto rilevante nel proteggere o nell'incrementare il livello di burnout (Mordini et al., 2013), i due costrutti sembrano quindi non essere in relazione. Lo studio, in particolare, si pone come obiettivo quello di indagare non solo la relazione tra empatia e burnout, ma i processi sottostanti lo sviluppo di quest'ultimo costrutto all'interno di tre specifici contesti tradizionalmente considerati a rischio (senza quindi limitarsi al contesto medico): comunità residenziali, scuole e residenze sanitarie assistenziali, includendo rispettivamente 40 psicologi che operano all'interno di comunità residenziali, 43 insegnanti di scuola primaria e dell'infanzia e 32 operatori socio-sanitari, per un totale di 115 partecipanti tra i 24 e i 55 anni (Mordini et al., 2013). Con l'obiettivo di misurare i livelli di burnout, le capacità empatiche, la frustrazione percepita nel proprio ambiente di lavoro e le

capacità di regolazione emotiva, a tutti i soggetti sono stati somministrati i seguenti questionari: il Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach & Jackson, 1986) che misura le tre sottoscale del burnout: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, l'Indice di Reattività Interpersonale (IRI), (Davis, 1983), che misura le due componenti, quella cognitiva e quella emotiva, dell'empatia intesa come la capacità di “mettersi nei panni degli altri” e “sentire” il loro stato emotivo, il Frustration Discomfort Scale-Revised (FDS-R) (Harrington 2005), test che si basa sull'idea secondo cui uno dei maggiori problemi che causano disturbi psicologici è l'intolleranza alla frustrazione e il Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer et al., 2006), questionario che indaga le capacità di regolazione emotiva e la consapevolezza dei propri stati mentali.

Tra i risultati emersi vi sono innanzitutto interessanti differenze tra i tre gruppi di soggetti: gli psicologi tendono a mostrare un livello più elevato di burnout (in tutte e tre le dimensioni di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale) rispetto agli altri gruppi, il che potrebbe essere giustificato dall'età e dall'anzianità di servizio in media minore a quelli delle altre due categorie, in linea con ciò che era già stato esplicitato in altri studi, come quello di Ferreira et al. (2020). Inoltre, un'altra ragione per spiegare il più elevato burnout potrebbe essere l'ambito lavorativo nel quale si trovano ad operare gli psicologi di questo campione, ovvero comunità terapeutiche dove le mansioni svolte sono spesso diverse e sotto qualificate rispetto a quelle previste dal titolo di studio, con una conseguente ricaduta sulla soddisfazione personale (Mordini et al., 2013).

Sull'intero campione sono invece state condotte sia analisi di tipo correlazionale sia analisi di regressione. Per quanto riguarda l'analisi correlazionale, come si può vedere nella tabella sottostante, relazioni significative sono emerse tra la componente del burnout “esaurimento emotivo”, l'agire consapevole e le quattro sottoscale del Frustration Discomfort Scale-Revised (FDS-R).

Tabella tratta da “Burnout, empatia e regolazione emotiva: Quali relazioni” (Mordini et al., 2017)

Tabella 2. Correlazioni sul campione totale

	FFMQ oss	FFMQ desc	FFMQ agire consapevole	FFMQ non reagire	FDSDI	FDSE	FDSEI	FDSA
MBI esaurimento emotivo			-,366**		,431**	,428**	,446**	,313**
MBI depersonalizzazione		-,195*	-,475**		,331**	,245**	,301**	,249**
MBI realizzazione personale	,324**	,283**	,249**	,342**	-,339**	-,211*	-,288**	-,224*

Tra esaurimento emotivo e la sottoscala “agire consapevole” del FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire), la correlazione è di tipo negativo, questo indica che all’aumentare dell’agire consapevole, diminuisce l’“esaurimento emotivo”. Sembrerebbe quindi che essere consapevoli dell’esperienza vissuta nel qui ed ora, quindi agire consapevolmente, possa ridurre la probabilità di esperire la sindrome da burnout. È di tipo positivo invece la correlazione emersa tra l’esaurimento emotivo e le dimensioni del FDS-R, sottolineando come all’aumentare della prima, corrisponda un incremento del livello di frustrazione. Anche per la “depersonalizzazione” vi è una correlazione significativa negativa con la dimensione dell’agire consapevole e positiva con le tre dimensioni della frustrazione, ma a differenza del caso precedente, in questa situazione è stata trovata anche una correlazione negativa con la dimensione della “descrizione” del FFMQ. Pertanto, all’aumentare della depersonalizzazione sembra diminuire la capacità di attribuire significato a stati mentali. L’ultima dimensione del MBI, cioè quella della realizzazione personale, è invece correlata positivamente con le quattro dimensioni del FFMQ (cioè osservazione delle proprie emozioni, descrizione delle proprie emozioni, agire consapevole e non reagire), indicando come un elevato livello di queste ultime, determini un incremento della realizzazione personale, mentre la correlazione è di tipo negativo con le quattro dimensioni della frustrazione.

Per riassumere, quindi, all’aumentare del burnout, consegue un aumento della frustrazione e la mindfulness (in particolare la sottoscala dell’“agire con consapevolezza”) ha un ruolo determinante per quanto riguarda il livello di burnout (Mordini et al., 2013). Ma il contributo più importante che emerge dallo studio, in relazione a quella che è la tematica centrale di questo elaborato, è la mancanza di correlazione significativa tra i livelli di burnout e l’empatia misurata con l’IRI, che fa ipotizzare come “la capacità di mettersi nei panni degli altri”, colta sia nella dimensione cognitiva che in quella emotiva, non abbia un ruolo preponderante nel burnout e viceversa che il burnout non incida significativamente sulla percezione empatica (Mordini et al., 2013), a differenza di ciò che in studi temporalmente successivi è stato invece rilevato. Ciò potrebbe essere dovuto all’utilizzo dell’Indice di reattività interpersonale (IRI) (Davis, 1983) come questionario per misurare l’empatia, strumento che in ambito medico è stato contestato in quanto ritenuto non adeguato a misurare nello specifico l’empatia medica (Evans et al., 1993), che differisce dall’empatia in senso generale in quanto “primariamente un attributo cognitivo (piuttosto che emotivo) che coinvolge la capacità di capire (piuttosto che sentire) le esperienze e la prospettiva del paziente accompagnata alla capacità di comunicare questa comprensione e all’intenzione di aiutare il paziente” (Hojat et al., 2005).

3.3 Burnout ed empatia: una rassegna della letteratura

L'ultima ricerca da me presentata è la metanalisi di Wilkinson, Whittington, Perry e Eames (2017), che si propone di eseguire una rigorosa e sistematica esplorazione della letteratura presente investigando la relazione esistente tra burnout ed empatia nei lavoratori dell'ambito medico-sanitario (Wilkinson et al., 2017). Questa sintesi di ricerca è di particolare importanza perché cerca di trovare risposta alle due ipotesi formulate da Zenasni, Boujut, Woerner, and Sultan (2012): la prima è che ci sia una relazione negativa tra burnout ed empatia, cioè quando uno cresce, l'altra diminuisce e viceversa, mentre la seconda ipotizza una relazione positiva tra i due costrutti, quindi ad elevati livelli di empatia, corrispondono alti livelli di burnout. Lo studio ha incluso 10 articoli di ricerche che soddisfacevano i seguenti criteri: studi quantitativi, in lingua inglese, che abbiano usato il Maslach Burnout Inventory per misurare il burnout e un valido strumento per rilevare l'empatia (come per esempio l'Interpersonal Reactivity Index), che abbiano selezionato come partecipanti, medici o infermieri e che abbiano superato il controllo di qualità effettuato attraverso il "The Agency for Healthcare Research and Quality tool" (Williams, Plassman, Burke, Holsinger, & Benjamin, 2010) (che includeva, ad esempio, un'analisi sulla selezione e sull'ampiezza del campione, descrizione dei costrutti e la validazione dei risultati ottenuti dalla misurazione di burnout ed empatia). Gli articoli selezionati sono tutti pubblicati tra il 1990 e il 2017, riguardanti studi trasversali e condotti in America (3), Francia (1), Korea (1), Giappone (1), Spagna (2), Polonia (1) e Italia (1) (una tabella riassuntiva è consultabile nella pagina seguente). Si tratta degli studi di Baxter (1992), Bradley (1995), Kellner (2001), Lamothe et al. (2015), Lee et al. (2003), Tei et al. (2014), Torres et al. (2015), Walocha et al. (2013), Ferri et al. (2015) e Yuguero et al. (2017). (vedi tabella sottostante per descrizione degli studi)

Tabella tratta da "Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review" (Wilkinson et al., 2017)

Table 1
Data Extracted from Studies Pertaining to Study Characteristics, Participant Details, and Main Findings.

Study Characteristics			Participant Characteristics				Study Results			
Authors, Year, Country	Setting/Specialty	Measures	N =	Profession	Gender	Age (years)	Relationship to Empathy			
		Empathy		Nurses Medics Other			EE	DP	PA	Other
A. Baxter (1992); America	Acute care hospital setting	BLRI	124	✓	M = 5	Mean = 38.9	$r = -0.14^c$	$r = -0.33^a$	$r = +0.21^d$	
B. Bradley (1995); America	Adolescent medical unit, Emergency department, Adolescent psychiatric unit	EES	79	✓	M = 12	Mean = 35.7	$r = -0.07^{d2}$	$r = -0.15^d$	$r = -0.01^d$	
C. Kothner (2001); America	Emergency Services	EES	134	✓	M = 55	Mean = 38	$r = +0.40^b$	$r = +0.34^c$	$r = -0.35^c$	
D. Lamothe et al. (2014); France	Primary Care-GP practices	Emotional Empathy (Empathic Concern) – TEQ Cognitive Empathy – JSPE (Perspective Taking Subscale)	294	✓	M = 151	Mean (M) = 53.5	Cognitive & Emotional Empathy & Burnout Subscale EE:	Cognitive & Emotional Empathy & Burnout Subscale DP:	Cognitive & Emotional Empathy & Burnout Subscale PA:	$r = -0.24^a$ Total Burnout Score & Reduced Cognitive Empathy
					F = 143	(SD 8.6)	$r = \text{not reported}$	$r = -0.18 \text{ to } -0.32^a$	$r = +0.18 \text{ to } +0.40$	$r = -0.17^a$ Total Burnout Score & Reduced Emotional Empathy
						Mean (F) = 48.3				Linear Regression (Cognitive and emotional empathy interaction as predictors): Higher emotional empathy ($\beta = -0.17^a$) & cognitive empathy ($\beta = -0.21^a$) predicted lower burnout.
E. Lee et al. (2003); Korea	Tertiary hospitals	Emotional Empathy – EES Cognitive Empathy – BLRI	178	✓	F = 178	Mean = 30	Correlations	Correlations	Correlations	
							Cognitive Empathy & Burnout Subscale EE: $r = -0.23^b$ Emotional Empathy & Burnout Subscale: $r = -0.03$ Hierarchical Regressions: Burnout subcategories	Cognitive Empathy & Burnout Subscale DP: $r = -0.36^b$ Emotional Empathy & Burnout Subscale: $r = +0.03$ Hierarchical Regressions: Burnout subcategories	Cognitive Empathy & Burnout Subscale PA: $r = +0.47^a$ Emotional Empathy & Burnout Subscale: $r = -0.07$ Hierarchical Regressions: Burnout subcategories	

(continued on next page)

Table 1 (continued)

Study Characteristics			Participant Characteristics				Study Results			
Authors, Year, Country	Setting/Specialty	Measures	N =	Profession	Gender	Age (years)	Relationship to Empathy			
		Empathy		Nurses Medics Other			EE	DP	PA	Other
F. Tei et al. (2014); Japan	Hospital	IRI	25	✓	M = 5	Mean = 26	and Cognitive empathy: $\beta = -0.15^c$ Burnout subcategories and Emotional empathy: $\beta = -0.02^c$	and Cognitive empathy: $\beta = -0.24^b$ Burnout subcategories and Emotional empathy: $\beta = -0.01^c$	and Cognitive empathy: $\beta = +0.27^a$ Burnout subcategories and Emotional empathy: $\beta = 0.00^c$	Correlations of Burnout Subscale: Depersonalization and Empathy Subscale: $r = +0.39$ Perspective Taking $r = -0.02$ Empathic Concern $r = -0.10$ Personal Distress Correlations of Burnout Subscale: Emotional Exhaustion & Empathy Subscale: $r = +0.51^c$ Perspective Taking $r = +0.14$ Empathic Concern $r = +0.24$ Personal Distress
G. Torres et al. (2015); Spain	Primary Care-GP practices	JSPE	108	✓	M = 39	not given				high empathy and low burnout, no inferential statistics reported
H. Walocha et al. (2013); Poland	Hospitals, Outpatient clinics, university departments	EES, TAT	71	✓	M = 46	Range = 25–68	Empathy and EE subscale of Burnout	Empathy and DP subscale of Burnout	Empathy and PA subscale of Burnout	Spearman's Correlation Coefficient: Whole Sample: $r = -0.23^d$ Low Personal Accomplishment & Empathy
					F = 25		G1 $r = -0.01$ G2 $r = -0.13$ G3 $r = -0.34^c$	G1 $r = -0.13$ G2 $r = -0.37^c$ G3 $r = -0.39^d$	G1 $r = +0.18$ G2 $r = +0.11$ G3 $r = +0.02$	
I. Ferri et al. (2015); Italy	General Hospitals, surgical & medical wards	BEES	162		M = 32	Mean = 39	$r = -0.245$	Not statistically significant (no figures recorded)	$r = 0.266$	
					F = 130	SD = 9				

Table 1 (continued)

Study Characteristics			Participant Characteristics				Study Results			
Authors, Year, Country	Setting/Specialty	Measures	N =	Profession	Gender	Age (years)	Relationship to Empathy			
		Empathy		Nurses Medics Other			EE	DP	PA	Other
J. Yuguero et al. (2017); Spain	Primary Care, urban & rural GP practices	JSPE	267	✓	M = 58	Median = 48	$r = -0.1$	$r = -0.2^a$	$r = 0.3^a$	Overall MBI/JSPE: $r = -0.2^a$
					F = 209	Range 31–65				

Note: $p < 0.001^a$, $p < 0.005^b$, $p < 0.01^c$, $p < 0.05^d$, $p > 0.05^e$

Measures: Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach & Jackson, 1981; Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI), Barrett-Lennard, 1962; Mehrabian Emotional Empathic Tendency Scale (EES), Mehrabian & Epstein, 1972; Toronto Empathy Questionnaire (TEQ), Spreng, McKinnon, Mar, & Levine, 2009; Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), Hojat et al., 2001; Barrett-Lennard Empathy Scale (BLES), Barrett-Lennard, 1962; Interpersonal Reactivity Index (IRI), Davis, 1983; Thematic Apperception Test (TAT), Murray, 1951; Balanced Emotional Empathy Scale (BEES), Meneghini et al., 2006.

Burnout and Empathy Results: (G1) Surgical, (G2) Non-surgical, (G3) Primary Care.

La rassegna procede rispondendo a tre domande: prima di tutto si interroga sull'esistenza di una relazione tra burnout ed empatia, poi analizza in che direzione vada (seguendo le due ipotesi sviluppate da Zenasni et al., 2012), ed infine sulla base di quale standard metodologico sia stata condotta la ricerca e come ciò influisca sulla capacità di trarre conclusioni. Per quanto riguarda la prima questione, tutte le ricerche hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione tra burnout ed empatia (riflettendo quindi risultati diversi da quelli ottenuti nello studio di Mordini et al. (2013) precedentemente presentato), di diversa forza e significatività: solo tre studi (Kellner et al., 2001, Lee et al., 2013, Walocha, 2013) hanno infatti dimostrato una forte correlazione tra i due costrutti (Wilkinson et al., 2017), al contrario gli altri hanno mostrato una relazione media o debole, mentre per quanto riguarda la seconda questione, otto dei dieci studi hanno confermato una correlazione inversa tra i due costrutti. Solo lo studio di Kellner (2001) e parzialmente quello di Tei et al. (2014) hanno fornito supporto all'ipotesi due, cioè quella assume che esista una relazione positiva tra burnout ed empatia, infatti nello specifico lo studio di Kellner (2001), ha trovato una debole, ma statisticamente significativa, relazione positiva tra empatia e depersonalizzazione e una più forte relazione tra empatia ed esaurimento emotivo, seppur, attraverso una misurazione della forza dello studio, sia stato indicato che il numero di partecipanti ($n=124$) non raggiungeva il minimo di $n=140$ per garantirne una forza adeguata. Lo studio di Tei et al. (2014) offre invece argomentazioni a supporto di entrambe le ipotesi, sostenendo da una parte la teoria della "compassion fatigue" (Figley, 2002), secondo la quale un eccesso di empatia indurrebbe "compassion fatigue" e di conseguenza aumenterebbe il rischio di burnout, e dall'altra l'ipotesi di una correlazione negativa tra empatia e burnout, sostenuta dai risultati ottenuti tra due dimensioni dell'IRI e depersonalizzazione. L'ambiguità di questi risultati potrebbe però essere dovuta al numero molto ristretto di soggetti del campione ($n=11$), che ne limita la generalizzabilità dei risultati. Riassumendo, i risultati ottenuti dalla maggioranza degli studi (8 su 10), indicano come l'ipotesi della correlazione negativa tra burnout ed empatia, sia quella maggiormente sostenuta ed il fatto che questi siano stati condotti in settings eterogenei e con soggetti provenienti da diverse professioni sanitarie ne aumenta la generalizzabilità. Gli esiti delle ricerche, dimostrando gli elevati livelli di burnout che colpiscono i lavoratori sanitari, ci indirizzano inoltre verso la necessità di intervenire in loro supporto per mezzo ad esempio della prevenzione, incrementando i livelli di empatia dei soggetti a rischio, quando modifiche a livello del contesto lavorativo (come la riduzione di

tutti quegli elementi considerati fattori di rischio per lo sviluppo della sindrome), non sono possibili.

Nonostante questo studio si riveli essere uno tra i più esaurienti in questo ambito in termini di controllo e selezione degli studi analizzati, anch'esso presenta dei limiti a cui prestare attenzione nell'analisi finale dei risultati. Prima di tutto, l'omissione di articoli in lingua diversa dall'inglese, potrebbe aver portato all'esclusione di ricerche di particolare rilevanza scientifica nell'analisi dei due costrutti solo a causa della lingua di pubblicazione, indebolendo l'affidabilità delle conclusioni tratte dalla rassegna. La stessa problematica risulta anche dall'esclusione di ricerche di tipo qualitativo (o misto) con lo scopo di poter confrontare i risultati degli studi con maggiore facilità, sottovalutando però l'importanza di dati descrittivi, in grado di offrire interessanti informazioni circa le esperienze dei soggetti con il burnout e la loro relativa risposta empatica, difficilmente ottenibili attraverso l'analisi di puri dati numerici.

Quello che è stato dimostrato qui sopra, cioè che a elevati livelli di empatia è associato un basso livello di burnout, può quindi essere utilizzato come valida argomentazione per confutare quelle posizioni che individuano nell'empatia un fattore deleterio per la nostra vita e di conseguenza per la nostra professione, proprio come afferma Paul Bloom (2019) nel suo libro "Contro l'empatia. Una difesa della razionalità". L'autore sostiene infatti che l'empatia sia in grado di generare piacere per la sua capacità di farci sentire coinvolti nei confronti degli altri, ma che ci porti altrettanto spesso ad emettere giudizi errati e a fare scelte irrazionali. Questa teoria porterebbe a supporre che medici e chirurghi, se empatizzassero troppo con la sofferenza del paziente, finirebbero con il farsi sopraffare dall'emotività rischiando burnout ed errori di valutazione (Airone, n. 474 ottobre 2020).

Ma la posizione sostenuta presenta delle debolezze argomentative: prima di tutto, come dimostrato nella rassegna di Wilkinson et al (2017), la maggior parte degli studi fino ad ora pubblicati evidenziano una correlazione negativa tra i due costrutti di empatia e burnout e quindi elevati livelli di empatia non porterebbero allo sviluppo della sindrome, ma al contrario sarebbero associati a bassi livelli di burnout, inoltre, facendo un discorso più ampio, come affermato dal professor Paolo Albiero (2020) i nostri comportamenti non possono essere riconducibili ad un'unica capacità, cioè l'empatia, ma sono invece riferibili all'interazione tra numerose caratteristiche individuali e contestuali.

Se si pensa poi alla situazione drammatica degli ultimi due anni, l'empatia ha giocato un ruolo fondamentale nel promuovere comportamenti preventivi. Infatti, Novack et al (1997), e

successivamente King et al. (2016), affermano che durante una crisi sanitaria, sia proprio uno stile di comunicazione empatico lo strumento maggiormente funzionale nel persuadere la gente ad adottare comportamenti preventivi e ad evitare quelli potenzialmente dannosi, mentre condividere (e comprendere) emozioni e preoccupazioni tra gli operatori sanitari, rende tutti più responsabili e consapevoli di come il contributo di ognuno sia estremamente importante e determinante nell'affrontare una crisi sanitaria (King et al., 2016) come quella portata dal Covid-19.

Allora, seppure gli studi fino ad ora fatti sulla relazione tra empatia e burnout siano solo di tipo correlazionale, impedendoci di fare affermazioni di tipo causale, è comunque ipotizzabile che l'empatia abbia un ruolo centrale nel limitare lo sviluppo di burnout soprattutto in quelle situazioni in cui non è possibile modificare elementi contestuali, come la crisi sanitaria che medici ed infermieri si sono ritrovati a fronteggiare. Sono loro, infatti, i protagonisti di una delle pandemie più gravi degli ultimi secoli e, trovandosi ad affrontare turni estenuanti, mancanza di adeguati dispositivi di protezione e paura di ammalarsi o "portare il virus a casa", sono anche quelli maggiormente colpiti da stress lavorativo e di conseguenza da burnout, come dimostrato dallo studio di Barelo et al. (2020) secondo cui un operatore sanitario su tre mostra punteggi elevati di esaurimento emotivo e uno su quattro alti valori di depersonalizzazione. Mai come in questo momento allora l'attenzione andrebbe posta sullo sviluppo di strategie e politiche di prevenzione della salute mentale degli operatori sanitari, partendo dall'idea secondo cui, se il burnout è determinato sia da fattori contestuali che da fattori individuali, in situazioni drammatiche in cui non possono essere modificate le caratteristiche lavorative, ad essere modificate e rafforzate devono essere le qualità individuali, come resilienza, compassione e mindfulness (Ruiz-Fernandez et al., 2021) per evitare di farsi trovare impreparati, come è successo con la pandemia di Covid-19. Infatti, se questa ha provocato danni fisici e psicologici a gran parte della popolazione mondiale, coloro che già partivano da una posizione di partenza svantaggiata, come medici e infermieri, con livelli di burnout e stress lavorativo tendenzialmente superiori alla media, sono stati ancora più duramente colpiti.

Conclusioni

Partendo dalla constatazione dell'importanza dell'empatia nel settore medico e dell'alta percentuale di lavoratori sanitari affetti da sindrome da burnout, tre erano i principali quesiti che mi erano sorti e a cui ho cercato di dare una risposta lungo questo percorso, analizzando alcuni significativi contributi presenti nella letteratura scientifica sull'argomento. Esiste una relazione tra empatia e burnout? Qual è la forza e la direzione di questa relazione? È l'empatia che aumenta/diminuisce la probabilità di sviluppare burnout o è quest'ultimo a determinare una modifica della capacità empatica?

Solo le prime due domande hanno finora trovato risposta. In particolare, l'analisi degli articoli svolta sopra, delinea come, quasi tutti gli studi (11 su 12) abbiano evidenziato la presenza di una correlazione tra burnout ed empatia, seppur questa vari di forza da ricerca a ricerca. Alcuni studi ne evidenziano una relazione forte, mentre altri una relazione più debole, ma solo una ricerca, di cui abbiamo già evidenziato i limiti (quella di Mordini et al., 2013), non ha rilevato associazione tra le due variabili.

Per quanto riguarda la seconda domanda, invece, ciò che sembra emergere dalle ricerche analizzate è una correlazione di tipo negativo, dove a bassi livelli di empatia corrispondono elevati livelli di burnout e viceversa. Non si può però parlare di relazione causale e quindi individuare quale dei due costrutti determini la modifica dell'altro e quale dei due funga da fattore protettivo o di rischio. Infatti, si tratta di ricerche di tipo correlazionale e trasversali, che quindi non ci permettono di fare alcun tipo di inferenze causali, né chiariscono se i diversi livelli di empatia e burnout possano essere riconducibili a fattori di personalità o generazionali. Tutto questo fa sì che i risultati delle ricerche vadano interpretati con cautela e vengano utilizzati con accortezza termini come “fattori di rischio e di vulnerabilità” in quanto non completamente corretti.

Le future ricerche scientifiche in questo settore dovrebbero quindi espandersi nella direzione di ricerche longitudinali, che seppur molto costose in termini economici e di tempo, e soggette ad un'alta probabilità di abbandono, potrebbero fornirci importanti elementi per progredire nella conoscenza delle due variabili, e della relazione tra di esse, per cercare di comprendere per esempio se in media c'è un livello di empatia differente tra generazioni e se ci sono tratti di personalità che pongono l'individuo più a rischio sviluppo di burnout. Ulteriori studi dovrebbero inoltre includere numerose altre variabili, sia individuali che contestuali, che

associandosi all'empatia potrebbero spiegare la relazione tra i due costrutti, ad esempio l'autoefficacia percepita, l'autostima, la capacità di regolazione delle emozioni e molto altro ancora.

L'attuale letteratura scientifica può quindi essere vista come un punto di partenza per nuove ricerche in questo ambito, soprattutto in un periodo storico-culturale come quello appena superato, in cui, come già ribadito, è centrale la necessità di sviluppare programmi di supporto e prevenzione della salute mentale di coloro ai quali è prettamente affidata la nostra salute fisica. Cogliendo anche l'occasione per analizzare più approfonditamente gli effetti di interventi di implementazione dell'empatia sulla probabilità di sviluppare la sindrome da burnout, in quanto, se funzionale, potrebbe essere inserita al centro di progetti di prevenzione e protezione da stress lavorativo e burnout nelle professioni sanitarie.

Bibliografia

Albiero P., Matricardi, G. (2006). *Che cos'è l'empatia*. Carocci editore.

*Albiero P., (Ottobre 2020). L'empatia a volte è un dono, a volte un danno. *Airone*, n. 474, 14-17

Arboleda-Flórez J., Holley H.L. (1991). Antisocial burnout: An exploratory study. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 19(2), 173–183.

*Aring, C. D. (1958). Sympathy and empathy. *Journal of the American Medical Association*. 167, 448–452.

*Baer R.A., Smith G.T., Hopkins J., Krietemeyer J., Toney L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 13(1), 27-45.

Barello S., Graffigna G. (2020). Caring for Health Professionals in the COVID-19 Pandemic Emergency: Toward an “Epidemic of Empathy” in Healthcare. *Frontiers in Psychology*. 11, article 1431.

*Basch M.F. (1983). Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 31, 101–126.

*Baxter D.E. (1992). *Empathy: Its role in nursing burnout*. (Doctoral dissertation, Peabody College for teachers of Vanderbilt University).

Benelli C., La Spina C. (n.d.). *Empatia significato del termine empatia: Empatia in psicologia e secondo le neuroscienze. La psicopatologia collegata a eccesso o mancanza di empatia*. State of Mind. Il Giornale Delle Scienze Psicologiche.

*Bloom P. (2019). *Contro l'empatia. Una difesa della razionalità*. Monza: libri e libri

Bonino S. (2006) Contagio, empatia e comportamento pro-sociale. In Bonino S e Caprara GV (a cura), Il comportamento prosociale. Aspetti individuali, familiari e sociali. Trento: Erickson.

Borgogni L., Consiglio C. (2005). Job burnout: Evoluzione di un costrutto. *Giornale Italiano Di Psicologia*, 23–58.

*Bradley M.S. (1995). *Affective responses of health-care providers to self-mutilating adolescent behaviors*. (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations Publishing. (UMI No. 9503708)

*Chen K.Y., Yang C.M., Lien C.H., Chiou H.Y., Lin M.R., Chang H.R., Chiu W.T. (2013) Burnout, job satisfaction and medical malpractice among physicians. *International Journal of Medical Sciences*. 10(11), 1471-1478.

Davis M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*. 44, 113-126.

*Del Rio G. (1990). *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burnout*. Roma: Nuova Italia Scientifica.

*Dyrbye L.N., West C.P., Satele D., Boone S., Tan L, Sloan J., Shanafelt T. (2014) Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic Medicine*. 89(3), 443-451.

*Evans, B. J., Stanley, R. O., Burrows, G. D. (1993). Measuring medical students' empathy skills. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 66(2), 121–133.

Ferreira S., Afonso P., Ramos, M. d R. (2020). Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26, 216–222.

*Ferri P., Guerra E., Marcheselli L., Cunico L., Di Lorenzo R. (2015) Empathy and burnout: An analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed for Health Professionals* 86(2), 104–115.

- *Feshbach, N. D., Roe, K. (1968). Empathy in six- and Seven-Year-Olds. *Child Development*, 39(1), 133–145.
- Feshbach, N. D. (1974). *A three-component model of empathy*. The concept of empathy: bond between cognition and social behavior, New Orleans, Louisiana.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.
- *Galam E. (2007). Burnout des médecins libéraux - 1ère partie: une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*, 3, 419–421.
- *Gleichgerricht E., Decety J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians. *Plos one*, 8(4).
- *Halpern J. (2003). What is clinical empathy. *Journal of General Internal Medicine*. 18(8), 670-674.
- Haque O.S., Waytz A. (2012). Dehumanization in medicine: causes, solutions and functions. *Perspectives on Psychological Science*. 7, 176-186.
- *Harrington N. (2005). The Frustration Discomfort Scales: Development and psychometric properties. *Clinical psychology and psychotherapy*. 12(5), 374-387.
- *Hoffman M.L. (2000), *Empathy and Moral Development: Implications for caring and justice*, Cambridge University Press, New York
- Hojat M., Mangione S., Nasca T. J., Choen M. G. M., Gonnella J. S., Erdmann J. B., Veloski J., Magee M., (2001) The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*. 61, 349–365.
- Hojat M, Gonnella J.S., Nasca T.J., Mangione S., Vergare M., Magee M. (2002) Physician empathy: definition, component, measurement and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569.
- *Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Gonnella J.S. (2005) Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior three years later. *Journal of Social Psychology*, 145(6), 663–672.
- *Hojat M., Zuckerman M., Magee M., Mangion S., Nasca T., Vergare M., Gonnella, J. S. (2005). Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1205–1215.
- *Jovanović N., Podlesek A., Volpe U., Barrett E., Ferrari S., Rojnic Kuzman M., Wuyts A., et al. (2016) Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *European Psychiatry*. 32, 34-41.
- *Kahill S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297.
- *Kellner M.E. (2001). Emergency medical professionals experiencing healthcare restructure: Coping, empathy, and spirituality in relation to work-stress. (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations Publishing. (UMI No. 9992969)
- King D.B., Kamble S., De Longis A., Sandman P.M., Lanard J., Silva J.V., et al. (2016). Coping with influenza A/H1N1 in India: empathy is associated with increased vaccination and health precautions. *European Medicines Agency* 26, 31–37.
- *Lamothe M., Boujut E., Zenasni F., Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *Biomed Central Family Practice*, 15(15), 1–7.
- *Lee H., Song R., Cho Y.S., Lee, G.Z., Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 44(5), 534–545.

- Maslach C., Jackson N.E. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. Consulting psychology press, Palo Alto, California.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice Hall Direct.
- Maslach C., Jackson S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Edition. Consulting Psychologists Press, Palo Alto. Tr. it. The Maslach Burnout Inventory: Adattamento e taratura per L'Italia. O.S., Firenze 1993.
- Maslach C., Leiter M.P. (1997) *The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Boss inc. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001) Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52(1), 397-422.
- Maslach C. (2007). Burnout in health professionals. In Ayers S., Baum A., McManus C., Newman S., Wallston K., Weinman J., West R. (a cura di), Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, (Pag 427-430). Cambridge university press.
- Mordini V., Castellucci V., Giardi W., Tripaldi, S. (2013). Burnout, empatia e regolazione emotiva: Quali relazioni. *Cognitivismo Clinico*, 10(2), 185–199.
- Morelli E., Poli, E. (2020, May 22). *Empatia nelle professioni sanitarie: Punto di forza rischioso?* State of Mind. Il Giornale Delle Scienze Psicologiche.
- Novack D.H., Suchman A.L., Clark W., Epstein R.M., Najberg E., Kaplan C. (1997). Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *Journal of the American Medical Association*. 278, 502–509.
- Nell'Ue tre medici su dieci nelle spire del burnout* (2004). In Corriere Medico; 22:6
- *Omdahl B., O'Donnell C. (1999) Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing* 29(6), 1351–1359. *Orlowski J.P., Gullledge A.D. (1986), Critical care stress and burnout. *Critical Care Clinics*. 2(1), 173-181.
- Padula M.S., Ilari G., Baraldi S., Guaraldi G.P., Ferretti E., Musiani V., Svampa E., Venuta, M. (2008). Il burnout nella medicina generale: Personalità del medico e personalità del paziente. *Rivista Della Società Italiana Di Medicina Generale*, 4, 42–47.
- *Palsson M.B., Hallberg I.R., Norberg A., Bjorvell H. (1996) Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10(1), 19–26.
- *Panagopoulou E., Montgomery A., Benos A. (2006) Burnout in internal medicine physicians: differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine*. 17(3), 195-200.
- *Preston S. D., de Waal F. B. M. (2002). Empathy: It's ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1–20.
- Ruiz-Fernández M. D., Ramos-Pichardo J. D., Ibáñez-Masero O., Carmona-Rega M. I., Sánchez-Ruiz M. J., Ortega-Galán Á. M. (2021). Professional quality of life, self-compassion, resilience, and empathy in healthcare professionals during COVID-19 crisis in Spain. *Research in Nursing & Health*. 44, 620–632.
- Sirigatti S., Stefanile C., Menoni, E. (1988). Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 187-188, 33–39.
- *Schaufeli W., Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- *Shanafelt T.D., Gradishar W.J., Kosty M., et al. (2014) Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*. 32(7), 678-686.

- *Shanafelt T.D., West C.P., Poland G.A., La Russo N.F., Menaker R., Bahn R.S. (2008) Principles to promote physician satisfaction and work-life balance. *Minnesota Medicine Magazine*. 91(12), 41-43
- *Soler J.K., Yaman H., Esteva M., et al. (2008) Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 25(4), 245-265.
- *Tei S., Becker C., Kawada R., Fujino J., Janowshi K.F., Sugihara G., Takahashi H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*. 4, 1–7.
- *Torres O.Y., Areste M.E., Mora J.R.M., Soler-Gonzalez J. (2015). Association between sick leave prescribing practices and physician burnout and empathy. *Public Library of Science*. 10(7), 1–9.
- *Truchot D., Roncari N., Bantégne D. (2011) Burnout, patient compliance and psychological withdrawal among GPs: an exploratory study. *Encéphale*. 37(1), 48-53.
- *Walocha E., Tomaszewski K.A., Wilczek-Rużyczka E., Walocha J. (2013). Empathy and burnout among physicians of different specialties. *Folia Medica Cracoviensia*, 53(2), 35–42.
- Wilkinson H., 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.
- *Williams J.W., Plassman B.L., Burke J., Holsinger T., Benjamin, S. (2010). Preventing Alzheimer's disease and cognitive decline (Report No. 193). Retrieved from *Agency for Healthcare Research and Quality*
- *Wispè, L. (1978). *Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles*. New York: Academic Press.
- *Wispè, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314–321.
- Wispè L. (1987) History of the concept of Empathy. In N. Eisenberg e J. Strayer (a cura di). *Empathy and its development* (pag 17-37). Cambridge university press.
- *Yuguero O., Marsal J.R., Esquerda M., Vivanco L., Soler-González J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*. 23(1), 4–10.
- *Zenasni F., Boujut E., Woerner A., Sultan, S. (2012). Burnout and empathy in primary care: Three hypotheses. *British Journal of General Practice*, 62(600), 346–347.
- *Zimbardo P.G. (1970). The human choice: Individuation, reason, and order versus deindividuation, impulse, and chaos. In W.J. Arnold, D. Levine (eds.), *Nebraska symposium on motivation, 1969*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press, pp. 237-307.
- Zingarelli N. (2001). *Vocabolario della lingua italiana*. Zanichelli

* = opere non direttamente consultate

Appendice 1

Versione italiana del MBI fornita dalla Maslach

Esaurimento emotivo

- 1 Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro
- 2 Mi sento sfinito alla fine di una giornata lavorativa
- 3 Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un altro giorno di lavoro
- 6 Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi
- 8 Mi sento esaurito dal mio lavoro 13 Sono frustrato dal mio lavoro
- 14 Credo di lavorare troppo duramente
- 18 Lavorare direttamente a contatto con la gente mi causa troppa tensione
- 20 Sento di non farcela più

Depersonalizzazione

- 5 Mi pare di trattare alcuni clienti come se fossero oggetti impersonali
- 10 Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente
- 11 Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente
- 15 on mi importa veramente ciò che succede ad alcuni clienti
- 22 Ho l'impressione che i miei clienti diano la colpa a me per i loro problemi

Realizzazione lavorativa

- 4 Posso capire facilmente come la pensano i miei clienti
- 7 Affronto efficacemente i problemi dei miei clienti
- 9 Credo che sto influenzando positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro
- 12 Mi sento pieno di energie
- 17 Riesco facilmente a rendere i miei clienti rilassati e a proprio agio
- 16 Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei clienti
- 19 Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro
- 21 Nel mio lavoro affronto problemi emotivi con calma