



UNIVERSITA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITE
VALLEE D'AOSTE

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

**LA RELAZIONE TRA EMPATIA E *BURNOUT* NELLE
PROFESSIONI SANITARIE**

Docente Relatrice: Cattelino Elena

Studentessa: Elvisa Xhahysa

Matricola 23 D03 580

INDICE

Introduzione.....	4
1. Empatia e <i>burnout</i>	6
1.1 Empatia	6
1.2 <i>Burnout</i>	14
2. Relazione tra empatia e <i>burnout</i>	20
2.1 Modelli teorici della relazione tra empatia e <i>burnout</i>	20
2.2 Evidenze empiriche sul rapporto tra empatia e <i>burnout</i> : studi a confronto	22
3. Empatia e <i>burnout</i> in contesti sanitari	29
3.1 Evidenze empiriche sul rapporto tra empatia e <i>burnout</i> nelle professioni sanitarie.....	30
3.1.1 Componenti dell'empatia e dimensioni del <i>burnout</i>	31
3.1.2 Evidenze nella popolazione infermieristica.....	32
3.1.3 Limiti metodologici e interpretativi	35
3.2 Il ruolo del contesto organizzativo.	35
3.2.1 Richieste e risorse lavorative.....	35
3.2.2 Mediatori individuali e organizzativi	36
3.3 Progetto di intervento.	37
Conclusioni.....	41
Riferimenti bibliografici.....	44

Introduzione

Prendersi cura di qualcuno significa dedicargli tempo, premura e attenzione. Nel contesto sanitario tale compito comporta frequentemente il contatto con la sofferenza e con le condizioni di fragilità e vulnerabilità associate alla malattia. Per chi esercita una professione sanitaria questa esperienza costituisce parte della quotidianità lavorativa: dietro ogni intervento, trattamento o diagnosi vi è una persona con una propria storia e un modo soggettivo di vivere la malattia.

L'attività dell'operatori sanitari non richiede unicamente competenze tecniche e scientifiche, ma presuppone anche capacità relazionali, comunicative ed emotive. I professionisti sono frequentemente esposti a situazioni di incertezza, dolore e, talvolta, perdita, in cui devono mantenere lucidità e professionalità pur confrontandosi con vissuti emotivamente intensi. Sono quindi chiamati a riconoscere e regolare le proprie emozioni, a comprendere quelle dei pazienti e dei familiari e a costruire un equilibrio dinamico tra partecipazione affettiva e confini professionali.

Le richieste proprie dell'ambito sanitario, tuttavia, non si esauriscono nella dimensione relazionale. Aspetti organizzativi, come turni prolungati o irregolari, carichi di lavoro elevati, pressione temporale, responsabilità cliniche, conflitti di ruolo e disponibilità limitata di risorse possono incidere sul benessere dei professionisti. Secondo il *Job Demands–Resources Model*, il rischio di esaurimento aumenta quando richieste lavorative persistenti consumano energie fisiche e psicologiche e non sono adeguatamente compensate da risorse quali autonomia, sostegno organizzativo, possibilità di recupero e qualità delle relazioni professionali (Demerouti et al., 2001). In un ambiente caratterizzato dall'interazione continua tra sollecitazioni organizzative, professionali e relazionali, diventa pertanto essenziale interrogarsi sul benessere psicologico degli operatori sanitari.

La rilevanza del problema è documentata anche dai dati empirici presenti in letteratura. Una revisione sistematica con meta-analisi di 25 studi, condotta su un campione di 20.723 medici e infermieri impiegati in unità di terapia intensiva per adulti, ha stimato una prevalenza di *burnout* elevato rispettivamente nel 41% dei medici e nel 44% degli infermieri (Papazian et al., 2023). Il *burnout* è una sindrome connessa specificamente al contesto occupazionale e derivante da stress lavorativo cronico non gestito efficacemente (non è classificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una patologia medica). Esso comprende tre dimensioni: esaurimento energetico, distacco mentale dal lavoro o atteggiamenti di cinismo e

negativismo nei suoi confronti, e ridotta efficacia professionale (World Health Organization, 2019). Nella formulazione classica di Maslach, tali dimensioni sono indicate come esaurimento emotivo, depersonalizzazione o cinismo e ridotta realizzazione personale (Maslach & Jackson 1981, Maslach & Leiter, 2016).

Se da un lato le caratteristiche del lavoro sanitario possono esporre i professionisti a un elevato carico emotivo e organizzativo, dall'altro la relazione con i pazienti rimane un elemento fondamentale e imprescindibile della presa in carico. Gli infermieri, in particolare, non si occupano esclusivamente degli aspetti clinico-assistenziali del paziente, ma sono chiamati a comprendere i bisogni, le preoccupazioni e il vissuto soggettivo della persona assistita. Una comunicazione empatica può produrre benefici su esiti quali dolore, ansia e soddisfazione del paziente (Howick et al., 2018). È in questo quadro che l'empatia assume un ruolo clinico e professionale significativo.

L'empatia può essere definita come la capacità di comprendere lo stato interno e la prospettiva dell'altro e, sul piano affettivo, di rispondere ai suoi vissuti, mantenendo al contempo la distinzione tra sé e l'altra persona. Essa non richiede necessariamente di provare un'emozione identica a quella dell'interlocutore, né coincide con la compassione o con il semplice contagio emotivo. La letteratura ne sottolinea infatti la sua natura multidimensionale: la componente cognitiva riguarda soprattutto l'assunzione di prospettiva e la comprensione degli stati mentali altrui; la componente affettiva riguardante la risonanza emotiva che può assumere forme orientate all'altro, come la preoccupazione empatica, oppure forme maggiormente autocentrate, come il disagio personale (Cuff et al., 2016).

Diventa quindi rilevante chiedersi quale ruolo le diverse componenti dell'empatia svolgano nel benessere psicologico degli operatori e nella loro relazione con il *burnout*. La capacità di comprendere il paziente e di rispondervi in modo appropriato può costituire una risorsa importante, favorendo una relazione terapeutica più significativa e sostenendo il senso di efficacia professionale. Al contrario, una risonanza emotiva scarsamente regolata, nella quale i confini tra sé e l'altro si attenuano, può trasformarsi in contagio emotivo o disagio personale e accrescere il carico affettivo, contribuendo di conseguenza al rischio della sindrome del *burnout*.

Le evidenze più recenti invitano dunque a evitare l'idea semplicistica secondo cui “troppa empatia” condurrebbe necessariamente al *burnout*. Una meta-analisi specifica sui professionisti sanitari ha rilevato associazioni differenti a seconda della componente esaminata:

l'assunzione di prospettiva e la preoccupazione empatica risultavano complessivamente associate a minori livelli di *burnout*, mentre il disagio personale mostrava una relazione positiva con la sindrome (Delgado et al., 2023). In modo coerente, una più ampia meta-analisi ha indicato che empatia cognitiva e compassione si associano a minori sintomi di *burnout*, mentre il contagio emotivo si associa a sintomi più elevati (Martingano et al., 2026). Il problema centrale non sembra quindi consistere nella profondità della comprensione dell'altro in sé, bensì nella qualità e nella regolazione del coinvolgimento emotivo, nonché nelle condizioni organizzative entro cui esso si realizza.

Il presente elaborato si propone, pertanto, di esaminare la complessa relazione tra empatia e *burnout* nelle professioni sanitarie attraverso i principali contributi, teorici ed empirici, con particolare attenzione agli studi più recenti. L'obiettivo è chiarire se e a quali condizioni le diverse componenti dell'empatia possano configurarsi come fattori di protezione o di vulnerabilità, considerando anche il ruolo delle richieste e delle risorse lavorative. Tale prospettiva può contribuire a comprendere meglio le implicazioni del fenomeno per il benessere dei professionisti, la qualità della relazione di cura e l'organizzazione dei servizi sanitari.

CAPITOLO 1

EMPATIA E *BURNOUT*

1.1 Empatia

Definizione

“Il termine empatia fa riferimento alla capacità di condividere le emozioni e i sentimenti altrui” (Bonino e Reffieuna, 1999, pp. 18-19). La parola deriva dal greco *in-pathos* che significa provare dentro, introiettare il sentire altrui; coinvolge quindi direttamente la sfera delle emozioni ed è legata allo sviluppo emotivo ed affettivo. Tuttavia, come approfondito nel secondo paragrafo di questo stesso capitolo, la letteratura psicologica contemporanea evidenzia come l'empatia sia un costrutto multidimensionale, composto da aspetti emotivi, cognitivi e motivazionali. Ad esempio, secondo Davis (1983), l'empatia consiste in un insieme di processi distinti ma interconnessi in cui l'autore distingue una componente cognitiva, rappresentata dalla capacità di assumere la prospettiva dell'altro (*perspective taking*) e di comprenderne gli stati mentali, e una componente affettiva, che comprende sia il coinvolgimento emotivo nei confronti dell'altro (*empathic concern*), caratterizzato da sentimenti di compassione e preoccupazione, sia il possibile disagio personale (*personal distress*), ossia una risposta di sofferenza centrata su di sé suscitata dalla sofferenza altrui. In questa prospettiva, l'empatia è il risultato dell'interazione tra comprensione cognitiva e partecipazione emotiva. Hoffman (2000) definisce l'empatia come una risposta affettiva che deriva dalla comprensione dello stato emotivo di un'altra persona ed è più appropriata alla situazione dell'altro che non alla propria. Anche Eisenberg e collaboratori (Eisenberg, Fabes e Spinrad, 2006) interpretano l'empatia come una risposta emotiva che deriva dalla comprensione dello stato emotivo dell'altro, distinguendola dal disagio personale, che rappresenta invece una reazione autocentrata di ansia e malessere.

Spesso nella vita quotidiana si dice che una persona sia o non sia empatica, ma talvolta lo stesso termine viene usato per indicare realtà differenti: di conseguenza l'espressione *essere empatico* può significare essere sensibili alle esigenze altrui, essere comprensivi, lasciarsi coinvolgere affettivamente, essere altruisti e così via. Le diverse definizioni proposte dagli autori citati mostrano come tali significati riflettano componenti differenti dell'empatia: la

comprensione cognitiva dell'altro, la condivisione emotiva dei suoi stati affettivi, la regolazione delle proprie emozioni e la motivazione ad agire in modo prosociale.

L'empatia è un costrutto importante perché rappresenta un'esperienza che caratterizza la vita relazionale dell'essere umano; infatti, fin dai primi mesi di vita, il bambino si dimostra in grado di sintonizzarsi con i sentimenti di chi lo circonda: si pensi, ad esempio, all'effetto contagioso che ha il pianto sui neonati o all'espressione di tristezza del *caregiver* sul bambino. Il bambino, perciò, da un lato si mostra precocemente in grado di provare una forma di condivisione empatica, dall'altro, immerso nella socialità, si ritrova con persone che, attraverso la capacità empatica, capiscono i suoi bisogni e stati d'animo ancora prima che egli riesca ad esprimerli verbalmente. Lo sviluppo dell'empatia procede poi gradualmente, passando da forme inizialmente automatiche e indifferenziate a modalità sempre più sofisticate, nelle quali la comprensione cognitiva della prospettiva altrui e la regolazione delle emozioni consentono risposte empatiche mature.

L'empatia non è un'esperienza caratteristica ed esclusiva dell'infanzia, bensì accompagna e qualifica tutti i rapporti emotivamente coinvolgenti e significativi, in particolare quelli con la persona amata, con gli amici e con tutti coloro nei quali le emozioni sono espresse con intensità. Sono incluse, in quest'ultima categoria, soprattutto le situazioni in cui si è esposti alla sofferenza o al disagio di altri individui e, come vedremo più avanti, queste dinamiche possono facilitare l'attivazione delle risposte empatiche. Tuttavia, come evidenziato da Davis ed Eisenberg, quando prevale il disagio personale rispetto alla preoccupazione empatica, l'esperienza della sofferenza altrui può determinare un impatto negativo sul benessere psicologico dell'osservatore, con conseguenze rilevanti soprattutto nelle professioni di aiuto (Bonino e Reffieuna, 1999).

Dimensioni

La letteratura sull'empatia ha evidenziato come questo costrutto non rappresenti una capacità singola, bensì un fenomeno complesso e multidimensionale. Già dal XVIII secolo, gli studiosi hanno individuato una distinzione tra una componente maggiormente emotiva, legata alla condivisione degli stati affettivi altrui, e una componente cognitiva, riferita all'abilità di comprendere e assumere la prospettiva dell'altro. Nonostante tali dimensioni siano state studiate separatamente per lungo tempo, le ricerche più recenti concordano nel ritenerle strettamente interdipendenti, evidenziando come la piena comprensione del processo empatico richieda l'integrazione di entrambe (Davis, 1980). Numerosi modelli contemporanei

descrivono infatti l'empatia come un processo multidimensionale che integra componenti affettive, cognitive e di regolazione emotiva, sostenute da sistemi neurobiologici solo parzialmente sovrapposti (Decety & Jackson, 2004; Decety & Cowell, 2014; Zaki & Ochsner, 2012)

In questa prospettiva, l'empatia viene descritta come costituita da due dimensioni principali: una parte cognitiva e una parte affettiva che, pur distinguendosi per caratteristiche e funzioni, operano in maniera complementare nel favorire l'elaborazione e la risposta alle esperienze emotive altrui.

L'empatia cognitiva può essere definita come l'insieme dei processi cognitivi che fungono da precursori della condivisione empatica, consentendo all'individuo di riconoscere correttamente gli stati affettivi altrui e di assumere la prospettiva e il ruolo dell'altro (Bonino, Lo Coco e Tani, 1998). Tali processi sono strettamente connessi allo sviluppo della teoria della mente e delle funzioni esecutive, che consentono di distinguere gli stati mentali propri da quelli altrui e di inibire interpretazioni egocentriche (Shamay-Tsoory, 2011; Decety, 2011). Tra i principali processi che compongono il fenomeno empatico, gli studiosi hanno individuato il riconoscimento delle emozioni, il *perspective taking* e il *role taking*, ritenuti prerequisiti fondamentali per lo sviluppo di una risposta empatica. Il riconoscimento delle emozioni consiste nella capacità di identificare, discriminare e interpretare correttamente le emozioni delle altre persone attraverso diversi canali espressivi, quali le espressioni facciali, il tono di voce, la postura e la gestualità. Secondo Feshbach (1978), questa competenza rappresenta l'elemento indispensabile per lo sviluppo delle successive abilità empatiche. La produzione scientifica sottolinea come questa facoltà emerga precocemente nel corso della crescita e si arricchisca in seguito grazie all'interazione tra predisposizioni biologiche ed esperienze sociali e culturali. Studi di neuroscienze sociali mostrano come il riconoscimento delle emozioni coinvolga una rete distribuita comprendente amigdala, corteccia temporale superiore, insula e corteccia prefrontale, aree deputate all'elaborazione degli stimoli sociali e affettivi (Adolphs, 2002; Decety & Jackson, 2004). Lo sviluppo del riconoscimento emotivo favorisce, inoltre, la progressiva acquisizione della consapevolezza che gli individui possiedano degli stati mentali ed emotivi interni distinti dai propri, e la comprensione delle regole sociali che governano le espressioni delle emozioni.

Nonostante numerose ricerche abbiano dimostrato che l'identificazione degli stati affettivi sia un forte predittore della risposta empatica, è altrettanto vero che il corretto

riconoscimento delle emozioni altrui non è sufficiente per la condizione empatica, poiché la piena comprensione delle sensazioni altrui richiede processi cognitivi più complessi. A questo proposito risulta importante considerare un'altra costituente essenziale della dimensione cognitiva dell'empatia, ovvero il *perspective taking*.

Si definisce *perspective taking* la capacità di mettersi nei panni dell'altro e di assumerne la prospettiva per comprendere come questi percepisca e interpreti la realtà. Tale abilità prevede il superamento di una visione esclusivamente egocentrica e si sviluppa progressivamente attraverso processi di decentramento cognitivo. La letteratura considera questo processo come necessario nell'esperienza empatica, in quanto consente all'individuo di immedesimarsi nel vissuto dell'altro mantenendo al contempo la consapevolezza del proprio punto di vista e la distinzione tra sé e l'altro. Questa distinzione tra sé e altro rappresenta uno degli elementi fondamentali dell'empatia adattiva, poiché consente la comprensione dell'esperienza altrui senza una fusione emotiva che potrebbe compromettere la regolazione affettiva (Decety & Lamm, 2006; Decety, 2020). Molteplici evidenze empiriche hanno inoltre mostrato l'esistenza di una relazione significativa tra la capacità di assumere la prospettiva altrui e la reazione empatica. L'ultima componente sostanziale è il *role taking* che, sebbene sia strettamente collegato all'aspetto precedentemente descritto, si differenzia da quest'ultimo per la sua forma più complessa e matura. Rappresenta infatti, oltre alla capacità di comprendere il punto di vista altrui, la competenza di riconoscere che le persone abbiano rappresentazioni mentali, conoscenze e interpretazioni della realtà differenti dalle proprie. Si basa inoltre, su processi di decentramento cognitivo e sulla capacità di coordinare prospettive diverse. La relazione tra *role taking* ed empatia evidenzia, pertanto, come la dimensione cognitiva dell'empatia richieda necessariamente l'assunzione della prospettiva mentale e il ruolo dell'altro. I meccanismi mentali che ne costituiscono le fondamenta sembrano svilupparsi attraverso percorsi complessi e differenziati, molto probabilmente influenzati da fattori evolutivi, educativi e sociali.

L'emergere delle forme più evolute di empatia appare, inoltre, strettamente collegato con la progressiva acquisizione della teoria della mente, ovvero la capacità di rappresentarsi gli stati mentali altrui. La letteratura distingue comunque l'empatia cognitiva dalla teoria della mente: mentre quest'ultima riguarda la capacità di inferire credenze, intenzioni e stati mentali dell'altro, l'empatia implica anche la condivisione o la comprensione della sua esperienza emotiva (Shamay-Tsoory, 2011; Happé & Frith, 2014). Tale esperienza di intersoggettività, insieme agli altri prerequisiti precedentemente citati, ricoprono un ruolo essenziale ma non

esaustivo per un'esperienza empatica matura; infatti, affinché questa si verifichi occorre la presenza anche di un tono affettivo e relazionale che ne costruiscono un aspetto più profondo (Bonino, Lo Coco e Tani, 1998).

La dimensione affettiva consiste, secondo Reik (1949), nell'assorbimento delle emozioni del prossimo e nell'introiezione dello stesso con la conseguente risonanza tra i sentimenti dell'altra persona e i propri. Le ricerche contemporanee sottolineano come la componente affettiva dell'empatia si basi su processi di risonanza emotiva automatica, sostenuti da circuiti neurali condivisi, che vengono successivamente modulati da processi cognitivi di regolazione e controllo (Singer & Lamm, 2009; Zaki, 2014). Tuttavia, come visto sopra, la partecipazione emotiva costituisce soltanto una delle componenti dell'empatia evoluta. Bonino, Lo Coco e Tani sottolineano, infatti, come essa derivi da un equilibrio tra la capacità di differenziare il sé dall'altro e il mantenimento di una vicinanza affettiva. In merito a questo, assumono una particolare rilevanza i meccanismi di proiezione e introiezione: mentre la proiezione può condurre a una distorsione nella comprensione delle emozioni delle persone, l'introiezione favorisce l'accoglienza e l'elaborazione dell'esperienza sentimentale mantenendo chiara la distinzione tra sé e l'altro. I risultati empirici degli autori degli autori Bonino, Lo Coco e Tani (1998) rilevano, inoltre, che gli individui con un alto livello di empatia sono maggiormente in grado di riconoscere le emozioni estranee e manifestano una minor tendenza nella proiezione dei propri stati affettivi. Diversamente, i soggetti meno empatici, soprattutto in presenza di sentimenti negativi, tendono ad assumere una visione più egocentrica interpretando così il vissuto interno del prossimo attraverso i propri stati affettivi.

Questi risultati evidenziano come il riconoscimento emotivo non possa avvalersi di un mero processo cognitivo di categorizzazione, ma implica anche la presenza della regolazione affettiva e delle dinamiche relazionali (Bonino, Lo Coco e Tani, 1998). La capacità di regolare le emozioni rappresenta infatti un elemento cruciale affinché la risposta empatica si traduca in comportamenti prosociali piuttosto che in disagio personale (*personal distress*), come evidenziato dai modelli di Eisenberg e collaboratori (Eisenberg et al., 2010; Morelli, Lieberman, & Zaki, 2015)

La complessità del fenomeno permette, inoltre, di rimarcare come l'empatia non sia solo una risorsa adattiva, bensì possa anche associarsi a specifiche condizioni di vulnerabilità psicologica. In tal senso, uno studio condotto da Tani su bambini tra i 9 e 10 anni ha riportato una correlazione tra alti livelli di empatia e sintomi internalizzanti come ansia, depressione,

soprattutto nelle bambine. Sulla base dei risultati gli autori ipotizzano che la condivisione empatica possa comportare un costo emotivo, specialmente in assenza di adeguate capacità di regolazione e distanziamento. Studi recenti hanno evidenziato come un'elevata sensibilità empatica, soprattutto in assenza di adeguate strategie di regolazione emotiva, possa aumentare il rischio di ansia, depressione, *compassion fatigue* e *burnout*, in particolare nelle professioni di aiuto e nei *caregiver* (Figley, 2002; Decety & Cowell, 2014; Wilkinson et al., 2017; Sinclair et al., 2017). L'empatia si configura quindi come una competenza ambivalente: in grado di favorire l'adattamento sociale, ma anche di esporre a sofferenza psicologica se non si hanno gli strumenti appropriati per proteggersi (Bonino, Lo Coco e Tani, 1998).

Alla luce di quanto scritto, non è possibile qualificare come empatia matura una condizione che non preveda una sinergia tra le componenti affettiva e cognitiva, le quali si integrano reciprocamente. Tale impostazione è oggi ampiamente condivisa dai principali modelli teorici dell'empatia che considerano l'integrazione tra processi cognitivi, affettivi e di regolazione emotiva il presupposto fondamentale dell'empatia matura e del comportamento prosociale (Decety & Cowell, 2014; Zaki, 2014; Batson, 2011).

Funzioni

L'empatia svolge numerose funzioni per lo sviluppo della competenza sociale e la qualità delle relazioni interpersonali. La capacità di comprendere e condividere gli stati emotivi altrui permette infatti all'individuo di interpretare in modo più accurato il comportamento delle persone, anticiparne le intenzioni e modulare le proprie risposte in funzione del contesto relazionale. Per questo motivo, l'empatia è oggi considerata una competenza socio-emotiva fondamentale, coinvolta nei processi di adattamento sociale, cooperazione e costruzione di relazioni significative (Decety & Jackson, 2004; Zaki, 2014).

L'empatia svolge numerose funzioni di rilevanza individuale e sociale, rappresentando uno dei principali fattori che favoriscono lo sviluppo della competenza sociale, la qualità delle relazioni interpersonali e il benessere psicologico. La capacità di comprendere e condividere gli stati emotivi altrui permette infatti all'individuo di interpretare in modo più accurato il comportamento delle persone, anticipandone le intenzioni e di modulare le proprie risposte in funzione del contesto relazionale, contribuendo alla costruzione di rapporti basati su fiducia e collaborazione. Per questo motivo, l'empatia è oggi considerata una competenza socio-emotiva fondamentale, coinvolta nei processi di adattamento sociale, cooperazione e costruzione di relazioni significative (Decety & Jackson, 2004; Zaki, 2014).

La letteratura evidenzia come la relazione tra empatia e competenza sociale sia complessa e multidimensionale. Sebbene i risultati empirici non siano sempre univoci, numerosi studi hanno documentato un'associazione positiva tra elevati livelli di responsività empatica, maggiore socievolezza, qualità delle relazioni tra pari e adattamento psicosociale (Eisenberg et al., 2010; Van der Graaff et al., 2018). In particolare, l'empatia facilita la comprensione delle esigenze dell'altro, la gestione costruttiva dei conflitti e la capacità di instaurare rapporti caratterizzati da fiducia reciproca, cooperazione e sostegno emotivo

Coerentemente con il modello multidimensionale proposto da Davis (1983, 1994), l'empatia favorisce l'integrazione tra la capacità di assumere la prospettiva dell'altro (*perspective taking*) e la partecipazione emotiva (*empathic concern*), consentendo all'individuo di comprendere gli stati mentali ed emotivi altrui senza perdere la distinzione tra sé e l'altro. L'integrazione di queste componenti rende possibile una regolazione più efficace delle interazioni sociali, promuovendo modalità comunicative più sensibili e adattive. Analogamente, le ricerche di Lo Coco e colleghi (1998) evidenziano come i bambini caratterizzati da maggiori competenze empatiche vengano percepiti dai pari come più socievoli, disponibili alla collaborazione e capaci nell'offrire sostegno emotivo, confermando il ruolo dell'empatia quale importante fattore protettivo nello sviluppo delle relazioni sociali positive (Bonino, Lo Coco, & Tani, 1998).

Tra le principali manifestazioni della competenza sociale assume particolare rilievo il comportamento prosociale, inteso come l'insieme delle azioni volontarie finalizzate a promuovere il benessere di un'altra persona, quali aiutare, condividere, cooperare e confortare (Eisenberg et al., 2015). Tradizionalmente, l'empatia è stata considerata come uno dei principali antecedenti della condotta prosociale; tuttavia, la ricerca contemporanea sottolinea come tale relazione non sia automatica, ma mediata da molteplici fattori cognitivi, emotivi e contestuali. Infatti, la semplice condivisione dell'esperienza emotiva dell'altro non garantisce necessariamente l'emissione di un comportamento di aiuto, poiché intervengono variabili quali la regolazione emotiva, la capacità di assumere la prospettiva dell'altro, la valutazione dei costi e dei benefici dell'azione e le norme sociali interiorizzate (Batson, 2011; Eisenberg et al., 2010).

Già Underwood e Moore (1982) avevano mostrato che non vi è una relazione lineare tra l'empatia e l'altruismo, ma che la relazione dipende soprattutto dallo sviluppo delle varie componenti cognitive dell'empatia, in particolare dal *perspective taking*. Successivamente, Eisenberg e Fabes (1990; 1991) hanno distinto chiaramente l'empatia dalla simpatia e dal

disagio personale (*personal distress*). Secondo tale prospettiva, mentre l'empatia consiste nella condivisione dello stato emotivo dell'altro, la simpatia implica sentimenti di compassione e preoccupazione orientati al benessere della persona sofferente, risultando maggiormente associata all'attivazione di comportamenti prosociali. Il disagio personale, al contrario, rappresenta una risposta autocentrata caratterizzata da ansia, tensione e sofferenza individuale che può indurre comportamenti di evitamento piuttosto che di aiuto.

Anche il modello dell'*Empathy-Altruism Hypothesis* elaborato da Batson (2011) sostiene che la preoccupazione empatica (*empathic concern*) costituisca una motivazione specifica del comportamento altruistico. Secondo l'autore, quando l'individuo prova autentica compassione nei confronti di una persona in difficoltà, l'obiettivo principale dell'azione diviene la riduzione della sofferenza altrui piuttosto che il conseguimento di benefici personali. Diversamente, qualora prevalga il disagio personale, la motivazione ad aiutare può essere guidata prevalentemente dal desiderio di ridurre il proprio stato emotivo negativo. Analogamente, Hoffman (2000) interpreta l'empatia come una delle principali basi motivazionali dello sviluppo morale, sostenendo che la percezione della sofferenza altrui favorisca l'interiorizzazione dei valori prosociali e l'assunzione di comportamenti orientati alla cura dell'altro.

Negli ultimi anni, numerosi studi di neuroscienze sociali hanno ulteriormente approfondito tali relazioni, mostrando come la risposta empatica derivi dall'interazione tra sistemi neurali coinvolti nella risonanza emotiva, nella mentalizzazione e nella regolazione cognitiva delle emozioni (Decety & Cowell, 2014; Zaki, 2014). In questa prospettiva, l'empatia non rappresenta una risposta automatica e invariabile, bensì un processo dinamico influenzato dalla motivazione, dall'esperienza personale, dalla vicinanza sociale, dall'appartenenza al gruppo e dalle caratteristiche del contesto. Ciò spiega perché le persone possano manifestare differenti livelli di empatia nei confronti di individui diversi o in situazioni differenti.

Secondo l'approccio evolutivo di Bonino, Lo Coco e Tani (1998), oltre alla funzione prosociale, l'empatia svolge importanti funzioni adattative, comunicative e regolative. La capacità di riconoscere e comprendere le emozioni altrui permette infatti di cogliere informazioni importanti per poter orientare il proprio comportamento, prevedere le reazioni degli altri, regolare le interazioni sociali e adattarsi in maniera flessibile alle richieste dell'ambiente sociale. Dal punto di vista comunicativo, l'empatia favorisce la sintonizzazione emotiva tra gli interlocutori, migliorando la qualità dello scambio comunicativo e

promuovendo relazioni caratterizzate da fiducia, reciprocità e cooperazione. Sul piano regolativo, invece, essa consente di modulare le proprie risposte emotive e comportamentali in funzione dello stato affettivo dell'altro, contribuendo alla prevenzione dei conflitti interpersonali e alla gestione efficace delle situazioni sociali complesse.

L'importanza dell'empatia emerge inoltre in numerosi contesti applicativi. In ambito sanitario ed educativo, ad esempio, essa costituisce una competenza professionale essenziale per instaurare relazioni di fiducia, migliorare la comunicazione e favorire l'aderenza agli interventi terapeutici ed educativi (Riess, 2017; Gerdes & Segal, 2011). Parallelamente, la ricerca evidenzia come programmi finalizzati allo sviluppo delle competenze empatiche siano associati a una riduzione dei comportamenti aggressivi e antisociali e a un incremento della cooperazione, della regolazione emotiva e del benessere relazionale, confermando il ruolo dell'empatia quale importante fattore protettivo lungo tutto il ciclo di vita (Malti, Chaparro, Zuffianò, & Colasante, 2016).

1.2 Burnout

Definizione

“Il burnout è una sindrome psicologica che si manifesta come risposta prolungata a stress interpersonali cronici sul posto di lavoro” (Maslach e Leiter, 2016, p.103). Il termine deriva dall'inglese *to burn out*, letteralmente "bruciarsi" o "consumarsi", e richiama l'idea di un progressivo esaurimento delle risorse psicofisiche conseguente all'esposizione continuativa a richieste lavorative percepite come particolarmente gravose (Mordini et al., 2013). Più che rappresentare una risposta acuta allo stress, il *burnout* è oggi considerato l'esito di un processo graduale, caratterizzato da un progressivo deterioramento del rapporto tra individuo e lavoro, nel quale le richieste dell'ambiente superano stabilmente le risorse personali e organizzative disponibili (Maslach & Leiter, 2016; Schaufeli, Desart, & De Witte, 2020). Le caratteristiche principali di cui si compone il *burnout* sono un'eccessiva stanchezza, sentimenti di cinismo e distacco da lavoro, una sensazione di inefficacia e una mancanza di realizzazione.

L'interesse scientifico verso questo fenomeno nasce negli anni Settanta dello scorso secolo negli Stati Uniti. Tra i primi a utilizzare il termine *burnout* vi fu Freudenberg (1974), che lo impiegò per descrivere la progressiva perdita di energia, motivazione e coinvolgimento

osservata nei professionisti impegnati nelle professioni di aiuto. Successivamente, Cristina Maslach contribuì in modo determinante alla sistematizzazione teorica del costrutto, spostando l'attenzione dall'esperienza individuale ai processi relazionali e organizzativi che caratterizzano il contesto lavorativo (Maslach & Leiter, 2016). In collaborazione con Susan E. Jackson sviluppò il *Maslach Burnout Inventory* (MBI), una scala di misurazione standardizzata del *burnout* che si occupa di valutare i tre aspetti da cui è composto: esaurimento emozionale, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale (Maslach, 1997). Il *Maslach Burnout Inventory* è lo strumento che ha maggiormente contribuito alla diffusione della ricerca sul *burnout* e alla sua operazionalizzazione empirica (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Nel corso degli anni il *burnout* è stato studiato in numerosi contesti professionali, superando l'originaria associazione con le professioni sanitarie e socio-assistenziali. Attualmente viene considerato un rischio psicosociale che può interessare tutte le occupazioni caratterizzate da elevato carico lavorativo, forte coinvolgimento emotivo e richieste relazionali continuative (Schaufeli et al., 2020). La crescente rilevanza del fenomeno è stata ulteriormente confermata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nell'ICD-11 definisce il *burnout* come un fenomeno occupazionale derivante da stress cronico sul luogo di lavoro non gestito con successo, specificando che esso riguarda esclusivamente il contesto lavorativo e non costituisce una patologia medica (World Health Organization, 2019).

Una revisione della letteratura conferma come il *Maslach Burnout Inventory* rimanga ancora oggi lo strumento maggiormente utilizzato per la valutazione del *burnout* e rappresenti tuttora il principale riferimento per la ricerca internazionale sul fenomeno (Torres, Areste, Mora e Soler-Gonzalez, 2015; Wilkinson et al., 2017), nonostante siano stati proposti modelli teorici e strumenti alternativi, come l'*Oldenburg Burnout Inventory* e il *Copenhagen Burnout Inventory* (Kristensen et al., 2005; Schaufeli et al., 2020).

Dimensioni

La letteratura ha individuato tre componenti essenziali che caratterizzano la sindrome del *burnout* che sono: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale. L'esaurimento emotivo rappresenta la componente centrale del *burnout* ed è caratterizzato dalla percezione di aver esaurito le proprie risorse fisiche ed emotive a causa delle richieste lavorative protratte nel tempo. L'individuo sperimenta una persistente sensazione di stanchezza, affaticamento e svuotamento emotivo che riduce la capacità di

investire energie nelle relazioni professionali (Maslach & Leiter, 2016). Nel momento in cui si entra in questa fase, è probabile che la persona non sia più nelle facoltà di concedersi agli altri a causa del fardello emotivo che sente, per cui tende a ritirarsi e a limitare le interazioni sociali e il coinvolgimento con gli altri. L'operatore avvia, quindi, una *routine* burocratica con cui si difende e si distacca da qualsiasi impegno emotivo. Tuttavia, questa armatura, sebbene apparentemente funzionale da un punto di vista preventivo, può irrigidirsi e condurre l'individuo in uno stato di crescente indifferenza e distacco verso i bisogni degli altri e a un cinico disinteresse verso i loro sentimenti. L'evoluzione di tale risposta disimpegnata evidenzia, così, una seconda dimensione del *burnout*: la depersonalizzazione. La depersonalizzazione consiste nello sviluppo di atteggiamenti distaccati, cinici e impersonali nei confronti delle persone con cui si lavora, che vengono progressivamente percepite come oggetti del proprio intervento piuttosto che come individui con bisogni e caratteristiche personali (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2016). Essa si può manifestare attraverso diverse condotte quali la denigrazione, il rifiuto di fornire assistenza o supporto e la scarsa considerazione delle esigenze altrui. Le emozioni negative verso le persone possono evolvere progressivamente fino a coinvolgere la dimensione personale, influenzando la percezione che l'individuo ha di sé. A questo proposito, compare l'ultimo elemento distintivo del *burnout*: la ridotta realizzazione personale. La ridotta realizzazione personale si manifesta attraverso una valutazione negativa delle proprie competenze professionali, una diminuzione del senso di efficacia personale e la percezione di non riuscire più a incidere positivamente sul lavoro svolto o sulle persone assistite. Ne consegue che gli individui impegnati in professioni di cura possono sperimentare un sentimento di inadeguatezza circa la propria capacità di relazionarsi con i pazienti, arrivando a sviluppare un giudizio svalutante di sé stessi e delle proprie competenze lavorative (Maslach, 1997). Va sottolineato che, sebbene le tre dimensioni siano strettamente correlate e possano influenzarsi reciprocamente, la letteratura contemporanea non le considera necessariamente come fasi successive di un processo lineare, bensì come componenti interdipendenti che descrivono differenti manifestazioni della sindrome (Maslach & Leiter, 2016).

Alcuni autori hanno proposto interpretazioni integrative del modello di Maslach. In particolare, Folgheraiter (1994) ha attribuito rilievo alla progressiva perdita nella capacità di mantenere un adeguato controllo critico sulla propria esperienza lavorativa, descrivendola come un possibile elemento associato al *burnout* piuttosto che come una dimensione universalmente riconosciuta del costrutto. In tal modo, l'impiego diventa il fulcro centrale della vita della persona, la quale non riesce a prenderne le distanze mentalmente e tende a lasciarsi

andare a reazioni emotive impulsive e violente (Folgheraiter, 1994, come citato in Mordini et al., 2013).

Funzioni

Tra gli autori che hanno maggiormente contribuito alla comprensione dei processi sottostanti il *burnout*, Cherniss (1980) ha interpretato tale fenomeno come il risultato di un processo di adattamento disfunzionale, sia per l'individuo che per l'organizzazione, alle condizioni di stress lavorativo cronico. Secondo l'autore, il *burnout* rappresenta un processo transazionale che si sviluppa attraverso l'interazione continua tra individuo e ambiente di lavoro. Tale processo è caratterizzato da tre fasi principali progressive: lo *stress lavorativo*, la *tensione (strain)* e la *conclusione difensiva (coping)*. Lo stress lavorativo emerge quando le richieste professionali eccedono stabilmente le risorse personali e organizzative disponibili; la tensione rappresenta la risposta psicologica ed emotiva conseguente a tale squilibrio, mentre il *coping* difensivo consiste nell'adozione di atteggiamenti e comportamenti finalizzati a contenere il disagio, quali il distacco emotivo, la rigidità relazionale e il cinismo (Cherniss, 1980; Milano, 2004). Tale sequenza genera, nella persona coinvolta, una fuga psicologica per cercare di contenere lo stress circostante (Milano, 2004).

In questa prospettiva, il *burnout* può essere interpretato come l'esito di strategie di adattamento inizialmente orientate alla protezione dell'individuo ma che, se mantenute nel tempo, diventano progressivamente disfunzionali. In particolare, il distacco emotivo consente temporaneamente di ridurre il coinvolgimento affettivo e il sovraccarico psicologico derivante dall'esposizione continua alle richieste lavorative; tuttavia, la sua cronicizzazione compromette la qualità delle relazioni professionali, la motivazione e il benessere dell'operatore.

Questa interpretazione è coerente con quanto sostenuto da Lee e Ashforth (1990), che hanno proposto che la dimensione della depersonalizzazione possa essere considerata una strategia di *coping* volta a ridurre l'impatto delle richieste emotive percepite come eccessive.

Anche studi successivi confermano che il distacco psicologico e la depersonalizzazione possono inizialmente svolgere una funzione protettiva, limitando il coinvolgimento emotivo dell'operatore; tuttavia, quando tali strategie diventano rigide e persistenti, finiscono per alimentare il processo di *burnout* anziché contrastarlo (Wilkinson et al., 2017; Maslach & Leiter, 2016).

La letteratura contemporanea interpreta il *burnout* non soltanto come una conseguenza delle caratteristiche individuali, ma come il risultato dell'interazione tra la persona e il contesto organizzativo. In particolare, il *Job Demands–Resources Model* (JD-R) evidenzia come il *burnout* si sviluppi quando elevate richieste lavorative (ad esempio carico di lavoro, pressione temporale, richieste emotive e conflitti di ruolo) non siano compensate da adeguate risorse personali e organizzative, quali autonomia decisionale, sostegno sociale, *feedback*, opportunità di sviluppo professionale e supporto da parte dei superiori (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2017).

Sebbene tale modello sia stato concepito con specifico riferimento ai contesti organizzativi, il principio secondo cui gli esiti di benessere o malessere psicofisico dipendono dall'equilibrio tra le risorse personali a disposizione e le richieste ambientali si basa su prospettive evolutive di carattere più generale. Tra queste, il *Lifespan Model of Developmental Change* di Hendry e Kloep (2002) presenta un quadro teorico fortemente significativo, in quanto interpreta lo sviluppo umano come un processo continuo di adattamento alle sfide sollevate dall'ambiente, in cui la qualità e la quantità delle risorse individuali e situazionali assumono un ruolo rilevante. In quest'ottica, le risorse non sono intese come elementi statici o immutabili, ma costituenti di un sistema dinamico che muta nel tempo in funzione delle esperienze, delle disposizioni personali e delle condizioni ambientali. Pertanto, il benessere non rappresenta una situazione stabile né totalmente individuale, ma un risultato di un'armonia continuamente riadattata tra le pressioni del contesto e le potenzialità che l'individuo è in grado di mettere in atto per farvi fronte. Un aspetto centrale che si ricollega adeguatamente con il JD-R è il concetto di *bontà* di adattamento (*goodness of fit*), ovvero il grado di corrispondenza tra le sfide circostanti e le risorse possedute che si diversifica in ogni persona. Secondo tale prospettiva quando l'equilibrio tra le due variabili viene mantenuto, l'individuo accresce il suo senso di autoefficacia percepito e si sente maggiormente in grado di affrontare sfide evolutive; diversamente un continuo disequilibrio può compromettere i meccanismi di adattamento e contribuire all'insorgenza di condizioni di vulnerabilità.

Analogamente, Maslach e Leiter (2016) sottolineano che il *burnout* rappresenta l'espressione di un progressivo disallineamento tra lavoratore e organizzazione in diverse aree fondamentali, tra cui il carico di lavoro, il controllo, il riconoscimento, il senso di appartenenza, l'equità e la congruenza con i propri valori.

Alla luce di tali contributi, il *burnout* non può essere considerato esclusivamente come una condizione patologica individuale o una semplice risposta allo stress lavorativo: esso rappresenta piuttosto l'esito di un processo di adattamento inefficace, nel quale strategie inizialmente funzionali alla gestione del carico emotivo si trasformano progressivamente in modalità rigide e disfunzionali di fronteggiamento. Se nel breve periodo il distacco emotivo può contribuire a preservare temporaneamente le risorse psicologiche dell'operatore, nel lungo termine esso compromette il benessere psicofisico, riduce la qualità delle relazioni professionali e determina un peggioramento della qualità dell'assistenza e della soddisfazione lavorativa (Maslach & Leiter, 2016; Bakker & Demerouti, 2017; Schaufeli et al., 2020).

CAPITOLO 2

RELAZIONE TRA EMPATIA E *BURNOUT*

Dopo aver indagato la definizione e la natura dei costrutti di empatia e *burnout* nelle loro dimensioni individuali, il presente capitolo si propone di esplorare ed approfondire la complessità della relazione che intercorre tra i due fenomeni. Numerosi studi, hanno infatti, rilevato che, sebbene vi sia una sostanziale differenza tra i due, l'empatia e il *burnout* sono in grado di influenzarsi vicendevolmente in diversi contesti. L'obiettivo di questo capitolo è pertanto quello di analizzare la qualità del rapporto tra i due costrutti e in che maniera tale rapporto si sviluppa.

2.1 Modelli teorici della relazione tra empatia e *burnout*

La letteratura scientifica ha proposto diversi modelli teorici che tentano di spiegare la relazione tra empatia e *burnout*, offrendo interpretazioni differenti dei processi psicologici che collegano questi due costrutti. Sebbene l'empatia rappresenti una competenza fondamentale nelle professioni di aiuto e costituisca uno degli elementi che favoriscono l'instaurarsi di una relazione terapeutica efficace, la sua continua attivazione in contesti caratterizzati da elevata sofferenza emotiva può comportare un importante dispendio di risorse psicologiche, soprattutto in assenza di adeguate strategie di regolazione emotiva, provocando nel soggetto interessato uno stato di affaticamento da compassione e un esaurimento emotivo professionale (Figley, 2002; Rothschild, 2006, come citato in Wilkinson et al., 2017). In particolare, Figley (2002) ha evidenziato come l'esposizione ripetuta alla sofferenza altrui possa favorire lo sviluppo della *compassion fatigue* (affaticamento da compassione), definita come una forma di esaurimento emotivo conseguente al coinvolgimento empatico con persone traumatizzate o in condizioni di intensa sofferenza. Pur trattandosi di un costrutto distinto dal *burnout*, numerosi autori sottolineano come le due condizioni condividano alcune manifestazioni cliniche, in particolare l'esaurimento emotivo, rendendo talvolta complessa la loro distinzione (Figley, 2002; Sinclair et al., 2017). Proprio la centralità dell'esaurimento emotivo in entrambi i fenomeni ha indotto numerosi ricercatori a ipotizzare l'esistenza di una relazione tra empatia e *burnout*, soprattutto nelle professioni sanitarie e socio-assistenziali (Wilkinson et al., 2017).

Nonostante il crescente interesse verso questo tema, i risultati empirici rimangono eterogenei e non consentono di stabilire con certezza la direzione della relazione tra i due costrutti (Wilkinson et al., 2017; Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). Le differenze riscontrate negli studi dipendono, almeno in parte, dalla natura multidimensionale dell'empatia, dalle differenti modalità con cui essa viene misurata e dalle caratteristiche dei contesti professionali esaminati.

In questo quadro si inserisce il contributo di Zenasni, Boujut, Woemer e Sultan (2012) che hanno formulato tre ipotesi interpretative a riguardo: secondo una prima ipotesi, il *burnout* potrebbe compromettere la capacità dei professionisti di rispondere empaticamente, determinando una progressiva riduzione della sensibilità nei confronti dei bisogni emotivi degli utenti; una seconda ipotesi suggerisce invece che un elevato coinvolgimento empatico possa determinare un progressivo consumo delle risorse emotive dell'operatore, aumentando così il rischio di sviluppare *burnout*; infine, una terza ipotesi considera l'empatia come un possibile fattore protettivo, in grado di favorire relazioni professionali più soddisfacenti e di incrementare il senso di efficacia personale, riducendo di conseguenza la probabilità di sviluppare la sindrome del *burnout*. Tuttavia, gli stessi autori sottolineano come nessuna di queste ipotesi abbia ricevuto conferme empiriche definitive. Nel complesso, il modello di Zenasni et al. (2012) ha soprattutto il merito di mostrare che la relazione tra empatia e *burnout* non sia lineare né unidirezionale, ma possa svilupparsi secondo direzioni differenti e sia mediata da numerose variabili individuali e organizzative, quali la regolazione emotiva, le strategie di *coping*, il carico di lavoro, il supporto sociale, l'esperienza professionale e le caratteristiche del contesto lavorativo (Bakker & Demerouti, 2017; Wilkinson et al., 2017). Pertanto, le tre ipotesi non devono essere considerate alternative in senso assoluto, poiché potrebbero operare contemporaneamente o assumere un peso diverso in funzione delle caratteristiche individuali e delle condizioni lavorative.

A tale proposito, la letteratura più recente propone una distinzione fondamentale tra le diverse componenti dell'empatia. Diversi autori evidenziano infatti che non è la capacità empatica in sé a rappresentare un fattore di rischio, bensì la difficoltà nel regolare il coinvolgimento emotivo. In particolare, è stato osservato che la preoccupazione empatica (*empathic concern*), caratterizzata da sentimenti di compassione e interesse per il benessere dell'altro, tende ad associarsi a una maggiore soddisfazione lavorativa e a un minor rischio di *burnout*. Al contrario, il disagio personale (*personal distress*), ossia una risposta emotiva autocentrata di ansia e sofferenza di fronte al dolore altrui, rappresenta uno dei principali fattori

di vulnerabilità per l'esaurimento emotivo (Decety & Cowell, 2014; Wilkinson et al., 2017). Questa distinzione permette di comprendere come l'empatia possa assumere, a seconda delle modalità con cui viene vissuta e regolata, sia una funzione protettiva sia un potenziale fattore di rischio.

Alla luce di queste considerazioni, appare più corretto affermare che il *burnout* e l'empatia intrattengono una relazione dinamica e bidirezionale: da un lato, livelli elevati di *burnout*, soprattutto nelle componenti dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione, possono compromettere la qualità della risposta empatica, riducendo la disponibilità emotiva e la capacità di instaurare relazioni significative con l'utente. Dall'altro lato, un coinvolgimento emotivo intenso, se non accompagnato da adeguate competenze di regolazione emotiva e da sufficienti risorse organizzative, può favorire il progressivo esaurimento delle energie psicologiche. Non è pertanto l'empatia, intesa come competenza relazionale, a determinare direttamente il *burnout*, bensì l'interazione tra coinvolgimento empatico, modalità di regolazione delle emozioni e condizioni lavorative (Maslach & Leiter, 2016; Decety & Cowell, 2014; Wilkinson et al., 2017).

In sintesi, la letteratura contemporanea converge nel ritenere che la relazione tra empatia e *burnout* non possa essere interpretata in termini esclusivamente positivi o negativi. Piuttosto, essa dipende dalla specifica componente dell'empatia considerata e dal contesto entro cui la relazione di cura si sviluppa. Comprendere tali meccanismi risulta particolarmente importante nelle professioni sanitarie, nelle quali l'equilibrio tra coinvolgimento emotivo, regolazione affettiva e distanziamento professionale costituisce un elemento essenziale per promuovere il benessere degli operatori e per garantire un'assistenza di qualità.

2.2 Evidenze empiriche sul rapporto tra empatia e *burnout*

A sostegno delle riflessioni precedentemente esposte, l'attività di ricerca offre numerosi contributi volti ad approfondire il collegamento che può intercorrere tra empatia e *burnout*.

Tra i diversi studi a disposizione, sono stati estrapolati quelli ritenuti maggiormente significativi e pertinenti per il fine dell'elaborato presente.

Una delle revisioni sistematiche scientifiche più recenti sulla relazione tra empatia e *burnout* (Martingano et al., 2026) ha sottolineato come tale rapporto non sia unidirezionale, bensì dipenda dalla particolare componente dell'empatia presa in esame. Analizzando 73

articoli, per un campione totale di 20.595 partecipanti, è risultato che alti livelli di empatia fossero significativamente associati a minori livelli di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione, nonché a una maggiore realizzazione personale. Tuttavia, i dati emersi mostrano che differenti forme di empatia suscitano diversi effetti sul *burnout*: la componente cognitiva e la compassione, in quanto orientate alla comprensione e alla cura dell'altro, sembrano esercitare un ruolo di protezione; diversamente il contagio emotivo, caratterizzato dall'assorbimento delle emozioni altrui, costituisce un potenziale fattore di rischio per l'insorgenza di sintomi di *burnout*. La meta-analisi suggerisce pertanto di superare una concezione unitaria dell'empatia. Più che la quantità di empatia posseduta dal professionista, appare determinante la qualità del coinvolgimento emotivo. Le componenti orientate verso l'altro (*other-oriented empathy*) svolgono una funzione protettiva, mentre quelle autocentrate (*self-oriented emotional responses*) aumentano la vulnerabilità al *burnout*. Un aspetto particolarmente rilevante è che questa condizione è stata osservata sia in professioni sanitarie che in altri ambiti occupazionali, suggerendo, così, che la funzione delle varie dimensioni dell'empatia nel *burnout* rappresenti un fenomeno trasversale e non esclusivamente circoscritto al contesto sanitario (Martingano et al., 2026).

Questi risultati consentono di superare l'idea che l'empatia costituisca, di per sé, un fattore di rischio per il benessere professionale. Più precisamente, sembra essere la qualità del coinvolgimento empatico – orientato alla comprensione dell'altro oppure caratterizzato dall'assorbimento della sua sofferenza – a determinare una funzione rispettivamente protettiva o di vulnerabilità rispetto al *burnout*.

Tuttavia, la distinzione tra le diverse componenti dell'empatia rappresenta uno sviluppo relativamente recente nella comprensione del rapporto tra empatia e *burnout*. Prima che tale differenziazione venisse approfondita dalla letteratura, alcuni studi avevano tentato di verificare se un livello maggiore di empatia potesse svolgere la funzione di protezione verso la sindrome. Un esempio è rappresentato dalla ricerca di Mordini e collaboratori (2013), che si proponeva di indagare il rapporto tra empatia, *burnout* e regolazione emotiva nelle professioni di aiuto. Lo scopo dello studio era quello di individuare quali fattori psicologici e quali processi cognitivi sottostessero allo sviluppo della sindrome. L'ipotesi di partenza degli autori era che le capacità metacognitive, in particolare l'autoriflessione e la comprensione degli stati mentali altrui, potessero rappresentare un fattore protettivo nei confronti del *burnout*; quindi, all'aumentare di tali facoltà cognitive diminuiva il *burnout*.

I costrutti teorici di riferimento sono il modello elaborato da Christina Maslach, già illustrato in precedenza, secondo cui la sindrome si struttura in tre dimensioni principali: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale. A questo si aggiunge la cornice teorica di Cherniss, anch'essa già presentata precedentemente, secondo la quale il *burnout* rappresenta una forma erronea di adattamento allo stress lavorativo, caratterizzato da un crescente disimpegno verso il proprio lavoro.

Lo studio ha coinvolto un campione misto di 115 soggetti suddivisi in tre categorie in base alla loro professione considerata significativamente esposta allo stress: 40 psicologi di comunità residenziali, 43 insegnanti di scuola primaria e dell'infanzia e 32 operatori sociosanitari. I dati della ricerca sono stati raccolti utilizzando diverse scale psicometriche validate: il *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach e Jackson 1986) per la misurazione del *burnout*, l'*Indice di Reattività Interpersonale* (IRI) (Davis 1983) per la valutazione dell'empatia, il *Frustration Discomfort Scale-Revised* (FDS-R) (Harrington 2005), adattato al contesto lavorativo, per stimare il livello di frustrazione in ambienti occupazionali e il *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al. 2006) usato per rilevare la consapevolezza e la regolazione emotiva dei propri stati d'animo.

Per quanto riguarda la metodologia sono state utilizzate analisi comparative, correlazionali e di regressione per valutare le ipotesi.

Dalle valutazioni effettuate impiegando il modello Anova univariata sono emerse alcune differenze sostanziali tra i gruppi professionali per quanto riguarda le dimensioni dell'empatia e del *burnout*: gli psicologi hanno riportato punteggi più elevati di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e una minore realizzazione personale significativa rispetto al gruppo dei sociosanitari e in parte rispetto agli insegnanti. Gli autori ipotizzano che ciò dipenda dalla minore anzianità degli psicologi in rapporto agli altri gruppi, in quanto tale fattore è ritenuto dalla letteratura associato al rischio di *burnout*, e anche dalle condizioni lavorative critiche delle comunità terapeutiche. Per quanto riguarda l'empatia, gli insegnanti presentano punteggi leggermente più elevati rispetto agli psicologi e livelli superiori di disagio personale in confronto ai due gruppi. Tuttavia, l'aspetto rilevante dell'analisi concerne il fatto che non sia stata rilevata una correlazione importante tra empatia e *burnout*. Contrariamente alle aspettative iniziali dei ricercatori, l'empatia non è stata individuata né come elemento di rischio né come fattore protettivo verso la sindrome del *burnout* (Mordini et al., 2013).

Le analisi correlazionali, invece, hanno mostrato una stretta relazione tra *burnout*, frustrazione e regolazione emotiva: all'aumentare dei livelli di frustrazione percepita, crescono le dimensioni di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione del *burnout*, mentre diminuisce la sensazione di realizzazione personale; al contrario, coloro che riportano di avere una maggior consapevolezza nell'agire sul posto di lavoro presentano livelli notevolmente inferiori di *burnout*.

Le analisi attuate con la regressione lineare confermano che la frustrazione rappresenta un elemento predittivo della sindrome del *burnout*. Tuttavia, quando viene considerato l'aspetto dell'agire con consapevolezza, si riduce la valenza della frustrazione in termini prognostici. Tale scoperta indica che la capacità di mantenere l'attenzione nel momento presente e nel qui ed ora mentre si sta svolgendo un compito risulta essere un elemento essenziale nell'attenuare l'impatto dello stress sull'operatore anche in condizioni critiche.

L'ipotesi di Mordini e colleghi (2013), quindi, sull'esistenza di una relazione tra empatia e *burnout* è stata disconfermata da questo studio, così come l'idea che la capacità di sintonizzarsi e comprendere le emozioni degli altri potesse fungere da scudo verso la sindrome. Tuttavia, i risultati suggeriscono che tale ruolo possa essere svolto dalla capacità di regolare le emozioni e soprattutto dalla capacità di agire con consapevolezza sul posto di lavoro (Mordini et al., 2013).

Sebbene l'ipotesi iniziale di Mordini et al. (2013) non sia stata confermata empiricamente, il loro studio rimane comunque un contributo rilevante alla comunità scientifica in quanto evidenzia la complessità della relazione tra i due costrutti rispetto alle considerazioni preliminari. La mancata associazione diretta tra empatia e *burnout* può essere interpretata anche alla luce degli strumenti utilizzati e dell'eterogeneità del campione professionale e non esclude la possibilità che tale rapporto esista.

Un ulteriore aspetto di notevole interesse riguarda il ruolo della regolazione emotiva, che emerge come possibile elemento protettivo verso i sintomi del *burnout*. Questa considerazione sposta il *focus* dal semplice possesso di capacità empatica alla modalità di gestione delle emozioni da parte del professionista nei rapporti assistenziali.

Le evidenze riportate finora suggeriscono pertanto che il rapporto tra empatia e *burnout* non possa essere spiegato esclusivamente in funzione del livello globale di empatia del professionista, ma che sia necessario considerare separatamente le componenti dell'empatia e i processi di regolazione emotiva che ne modulano gli effetti.

Un'eccessiva esposizione alle esperienze di sofferenza altrui può comportare un importante carico emotivo, soprattutto nelle professioni fondate sulla cura e sul sostegno delle persone. All'interno di questo quadro si inserisce il concetto di *compassion fatigue*, una nozione sviluppata per descrivere le conseguenze negative associate al coinvolgimento continuativo nella sofferenza altrui. A tal proposito Noor et al. (2025) hanno elaborato una *scoping review* con l'intento di analizzare lo sviluppo del concetto di *compassion fatigue* nelle professioni socioassistenziali, individuando i fattori che ne influenzano la comparsa. Il costrutto di *compassion fatigue* è il risultato finale di un processo progressivo e cumulativo che si sviluppa dallo stress da compassione dopo un periodo di disagio da compassione causato da un contatto prolungato, continuo e intenso con i pazienti, dall'autoconsumo e dall'esposizione allo stress (Coetzee e Kloppe, 2010; Noor et al., 2025). Il termine è stato utilizzato per la prima volta da Joinson (1992) per indicare la perdita della capacità di sostenere i pazienti da parte degli infermieri nel pronto soccorso. Successivamente, Figley (1995; 2002) ha approfondito tale concetto introducendo il fenomeno del "costo della cura", con cui descrive la graduale perdita del senso di sé del lavoratore derivante da un'eccessiva esposizione alla sofferenza del paziente assistito e dalla relazione d'aiuto che si instaura con quest'ultimo. Per Figley, la *compassion fatigue* è una conseguenza comportamentale ed emotiva all'esposizione ad eventi traumatici altrui. Sulla base di questa concezione teorizza un modello multifattoriale, nel quale l'insorgenza della fatica da compassione negli psicoterapeuti dipende dall'interazione di diverse variabili come la capacità empatica, la risposta empatica, la preoccupazione empatica, il contatto prolungato con i pazienti e le esperienze traumatiche personali.

Successivamente, Coetzee e Kloppe (2010) hanno ampliato la definizione di *compassion fatigue* attraverso un'analisi concettuale condotta in ambito infermieristico, descrivendo il costrutto come il risultato finale di un processo progressivo e cumulativo causato dall'esposizione prolungata alla sofferenza, allo stress e al coinvolgimento emotivo. La definizione proposta da Coetzee e Kloppe (2010) ci suggerisce che non si tratti di un evento improvviso, bensì di un fenomeno multifattoriale. A tal proposito, Noor et al. (2025) hanno analizzato i principali fattori associati alla fatica da compassione, distinguendoli in aspetti personali ed elementi legati al contesto lavorativo.

Tra i fattori individuali, quelli che la revisione scientifica ha maggiormente evidenziato sono il *burnout*, la difficoltà nella gestione delle emozioni, l'empatia, la resilienza, l'esaurimento emotivo, la consapevolezza e la capacità di provare compassione. In particolare, tre studi condotti in Italia, negli Stati Uniti e in Arabia Saudita hanno rilevato una relazione

positiva tra *burnout* e *compassion fatigue*, supportando l'idea che alti livelli di esaurimento emotivo possano aumentare la vulnerabilità del professionista davanti all'esposizione ripetuta della sofferenza altrui. Diversamente, la resilienza sembra rappresentare un elemento protettivo, in quanto gli individui con maggiori risorse di adattamento presentano minori livelli di fatica da compassione.

Con riferimento al contesto lavorativo, assumono una particolare rilevanza la soddisfazione lavorativa, le esperienze traumatiche, le condizioni organizzative e il carico di lavoro. Complessivamente, la *compassion fatigue* non appare del tutto determinata dalla capacità empatica dell'operatore, ma dall'interazione tra la sua capacità di entrare in contatto con il dolore del paziente assistito e le risorse personali e contestuali disponibili per fronteggiarla.

L'introduzione a questo tema serve quindi per comprendere in maniera approfondita la complessità caratterizzante la relazione tra empatia e *burnout*: se da un lato l'empatia risulta essere un elemento indispensabile nelle professioni orientate alla cura e all'aiuto, dall'altro l'eccessivo coinvolgimento affettivo intenso e protratto può contribuire a un sovraccarico psicologico, determinando condizioni di sofferenza professionale. In questo senso la letteratura ha cercato di chiarire la distinzione tra *burnout* e *compassion fatigue*, due termini spesso associati ma non del tutto sovrapponibili. Coerentemente con questa visione, nella revisione condotta da Noor et al. (2025) risulta chiaro che, sebbene i due fenomeni presentino manifestazioni simili come l'esaurimento emotivo, il distacco e la riduzione dell'efficacia professionale, essi rappresentano due eventi distinti: il *burnout* è tendenzialmente considerato una risposta a una condizione di stress lavorativo cronico, indipendentemente dall'attività svolta, mentre la *compassion fatigue* è specificamente associata all'esposizione ripetuta alla sofferenza altrui e al coinvolgimento empatico richiesto tipicamente nelle professioni d'aiuto (Noor et al., 2025). La distinzione proposta da Noor et al. (2025) è rilevante perché impedisce di attribuire automaticamente all'empatia ogni forma di esaurimento professionale. Essa suggerisce, invece, che la *compassion fatigue* emerga soprattutto dall'incontro tra esposizione alla sofferenza, coinvolgimento relazionale e insufficienza delle risorse personali e organizzative necessarie per elaborare tale esperienza.

In sintesi, la letteratura evidenzia che la relazione tra empatia e *burnout* non può essere interpretata in termini lineari. Come proposto da Zenasni et al. (2012), tale rapporto può assumere direzioni differenti, mentre le evidenze più recenti di Martingano et al. (2026)

mostrano che le diverse componenti dell'empatia esercitano effetti opposti sul burnout: l'empatia cognitiva e la compassione risultano protettive, mentre il contagio emotivo rappresenta un fattore di rischio. Lo studio di Mordini et al. (2013) sottolinea inoltre il ruolo centrale della regolazione emotiva, mentre la revisione di Noor et al. (2025) evidenzia come la *compassion fatigue* derivi dall'interazione tra coinvolgimento empatico, risorse personali e condizioni organizzative. Nel complesso, emerge che non è l'empatia in sé a favorire il *burnout*, ma il modo in cui il coinvolgimento emotivo viene regolato e sostenuto nel contesto lavorativo.

CAPITOLO 3

EMPATIA E *BURNOUT* IN CONTESTI SANITARI

Le professioni sanitarie costituiscono un ambito particolarmente rilevante per lo studio della relazione tra empatia e *burnout*. L'attività assistenziale degli operatori sanitari implica, infatti, un'interazione diretta continuativa con persone in condizioni di malattia, sofferenza e vulnerabilità, e richiede al professionista di comprendere la situazione e il punto di vista del paziente e di rispondere alle sue richieste in modo clinicamente appropriato. Allo stesso tempo, l'esposizione ripetuta al dolore altrui, le elevate richieste emotive, il carico di lavoro e la limitata disponibilità di risorse possono compromettere il benessere psicologico e professionale dell'operatore.

Come discusso nel capitolo precedente, la letteratura scientifica non indica una relazione semplice e univoca tra empatia e *burnout*. Infatti, le diverse componenti dell'empatia possono associarsi in maniera differente alle dimensioni del *burnout*; inoltre, tali associazioni dipendono dalla regolazione emotiva, dalle caratteristiche professionali e dalle condizioni organizzative. È pertanto necessario evitare di considerare l'empatia, nel suo complesso, come un fattore intrinsecamente protettivo oppure come una causa diretta di esaurimento.

In ambito sanitario l'empatia può rappresentare una risorsa clinica, perché sostiene la relazione di cura, ma alcune risposte autocentrate alla sofferenza altrui, soprattutto il disagio personale, possono accompagnarsi a maggiore vulnerabilità. Occorre precisare che il disagio personale è rilevato come sottoscala affettiva nell'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI), ma non coincide con la preoccupazione empatica né con la compassione: descrive una reazione avversiva centrata su di sé, caratterizzata da tensione e malessere di fronte alla sofferenza altrui. Questa distinzione è essenziale per interpretare correttamente risultati apparentemente contraddittori. Risulta, inoltre, significativo non limitarsi ad individuare una possibile associazione tra i due costrutti di empatia e *burnout*, ma indagare soprattutto la direzione di questa associazione e le circostanze che la accentuano in maniera significativa.

Il presente capitolo esamina dapprima le principali evidenze empiriche sul rapporto tra empatia e *burnout* nelle professioni sanitarie, esplorando sia la dinamica tra i due fenomeni, sia le varie componenti di ciascun costrutto in interazione tra l'una e l'altra; successivamente considera i meccanismi individuali e organizzativi che possono spiegare tale relazione; infine

discute le indicazioni per interventi multilivello. L'obiettivo non è soltanto stabilire se i due costrutti siano associati, ma chiarire quali forme di partecipazione empatica risultino più funzionali e in quali condizioni lavorative.

3.1 Evidenze empiriche sul rapporto tra empatia e *burnout* nelle professioni sanitarie

Alla luce di quanto appena esposto, risulta fondamentale analizzare le evidenze empiriche relative all'ambito sanitario, al fine di comprendere il ruolo dell'empatia in relazione al *burnout* in tali contesti. La produzione scientifica offre numerosi contributi al riguardo e tra questi sono stati considerati quelli ritenuti maggiormente pertinenti alla questione.

La revisione sistematica e meta-analisi di Edwards et al. (2026), attualmente disponibile come preprint su SSRN, fornisce un'ampia e aggiornata panoramica del fenomeno indagato, esaminando anche eventuali differenze in base alla professione, alla specializzazione e all'esperienza lavorativa. Gli autori hanno incluso 116 studi; 38 studi, per un totale di 14.038 partecipanti, hanno contribuito all'analisi primaria. È emersa un'associazione, debole ma statisticamente significativa, tra empatia e *burnout*. Le analisi condotte per sottogruppi non hanno rilevato differenze statisticamente significative in base alla professione sanitaria, alla specializzazione e all'esperienza lavorativa. Sono invece emerse differenze significative in relazione alle dimensioni dei costrutti: in particolare, la componente comportamentale dell'empatia ha mostrato l'associazione negativa più forte con il *burnout* globale, seguita dalle componenti cognitiva e affettiva. Per quanto riguarda le dimensioni del *burnout*, le associazioni risultavano più forti con la realizzazione personale e la depersonalizzazione e più deboli con l'esaurimento emotivo. Nello specifico, l'empatia cognitiva ha presentato relazioni da deboli a moderate con le varie dimensioni della sindrome, mentre l'empatia affettiva ha mostrato una connessione trascurabile con l'esaurimento emotivo.

Tali risultati sono coerenti con la letteratura presa in esame nel secondo capitolo. In particolare, Martingano et al. (2026) hanno mostrato che la relazione tra empatia e *burnout* dipende dalla componente empatica considerata. Inoltre, la mancata individuazione di un'associazione significativa tra l'empatia affettiva ed esaurimento emotivo mette in discussione l'ipotesi secondo cui il sufficiente coinvolgimento emotivo nella sofferenza del paziente conduca necessariamente all'esaurimento emotivo.

Sulla base delle considerazioni appena esposte, occorre tuttavia rilevare che lo studio presenta diversi limiti, tra cui l'elevata eterogeneità degli studi inclusi nella revisione, l'impossibilità di stabilire una relazione causale, data la presenza quasi esclusiva di studi trasversali, e il rischio di *bias*, giudicato alto o critico nel 98% degli studi. Pertanto, l'associazione negativa individuata tra i due costrutti non può essere interpretata come una relazione deterministica, secondo cui un incremento dell'empatia comporterebbe necessariamente una riduzione del *burnout* (Edwards et al., 2026).

Nel complesso, Edwards e colleghi (2026) hanno mostrato l'esistenza di un'associazione tra empatia e *burnout* nelle professioni sanitarie e ne hanno sottolineato la natura multidimensionale. I risultati mettono in discussione l'idea che l'empatia verso il paziente aumenti necessariamente il *burnout* e suggeriscono un possibile ruolo favorevole soprattutto della componente comportamentale. La diversa forza di associazione tra le diverse componenti empatiche con le varie dimensioni del *burnout* impone, comunque, la necessità di approfondire ulteriormente la modalità con cui queste specifiche componenti si correlano.

3.1.1 Componenti dell'empatia e dimensioni del *burnout*

Questa questione è stata ulteriormente approfondita nella revisione effettuata da Delgado et al. (2023), finalizzata a indagare in che modo le diverse componenti dell'empatia si associno alle dimensioni del *burnout*. Gli autori hanno incluso 23 studi condotti su medici e infermieri. Per misurare le diverse dimensioni dei due costrutti sono stati impiegati strumenti differenti; tra questi il MBI, l'IRI e il JSPE sono risultati i più utilizzati. Gli studi che hanno adottato l'*Interpersonal Reactivity Index* hanno ottenuto dei risultati relativamente coerenti. Nello specifico, l'assunzione di prospettiva è risultata negativamente associata alla depersonalizzazione e positivamente alla realizzazione personale. Analogamente la preoccupazione empatica ha mostrato un'associazione negativa con la depersonalizzazione e positiva con la realizzazione personale. Il disagio personale, invece, ha mostrato una relazione positiva con l'esaurimento emotivo e negativa con la realizzazione personale. Questi risultati mostrano come la direzione dell'associazione tra i due costrutti vari in base alle componenti considerate.

Proseguendo con le evidenze emerse dagli studi che hanno impiegato la *Jefferson Scale of Physician Empathy*, uno strumento utilizzato per valutare l'empatia negli operatori sanitari, sono stati ottenuti dei risultati in parte convergenti. Anche in questo caso, l'assunzione di

prospettiva ha mostrato una relazione negativa alla ridotta realizzazione personale, un'osservazione riscontrata sia negli studi trasversali che in quelli longitudinali. In aggiunta, la cura compassionevole e la capacità di mettersi nei panni del paziente sono risultate negativamente associate alla depersonalizzazione; la capacità di mettersi nei panni del paziente ha presentato, inoltre, un'associazione positiva con la realizzazione personale. In sintesi, le evidenze sembrano indicare che sia presente un rapporto tra alcune componenti dell'empatia e un funzionamento professionale maggiormente adattivo.

Questi dati sono, inoltre, supportati dalla meta-analisi eseguita dagli autori sulle correlazioni tra le sottoscale dei due costrutti. Dai risultati è emersa un'associazione statisticamente significativa negativa tra la preoccupazione empatica e la depersonalizzazione, e positiva con la realizzazione personale, così come è emerso un legame statisticamente significativo tra la presa di prospettiva e le stesse dimensioni del *burnout*. Su queste considerazioni Delgado et al. (2023) dimostrano l'importanza e la necessità di considerare ogni modalità con cui l'esperienza empatica si manifesta per poter interpretare la tipologia di associazione tra i due costrutti.

Un aspetto di particolare interesse di questa revisione riguarda il fatto che l'esaurimento emotivo rappresenta la dimensione del *burnout* meno stabilmente associata all'empatia. Tale dimensione sembra essere influenzata soprattutto dalle richieste lavorative, più che dalle risorse empatiche (Delgado et al., 2023). Questo dato suggerisce che, per tutelare l'operatore, non sia necessario promuovere un generico distanziamento emotivo dal paziente, ma sviluppare consapevolezza, differenziazione tra sé e l'altro e regolazione delle proprie risposte emotive.

3.1.2 Evidenze nella popolazione infermieristica

La necessità di approfondire i sottodomini dell'empatia e le dimensioni del *burnout* è sostenuta anche dalla meta-analisi di Maximiano-Barreto et al. (2026), che ha esaminato le associazioni tra le componenti affettive e cognitive dell'empatia e il *burnout* negli infermieri. Sono stati inclusi 29 articoli, di cui 28 trasversali e uno longitudinale, per un totale di 11.971 infermieri. L'IRI e la JSPE sono gli strumenti più impiegati per la valutazione dell'empatia, mentre per la stima del *burnout* è stato utilizzato prevalentemente il *Maslach Burnout Inventory*. A livello globale è emersa una correlazione negativa e statisticamente significativa tra empatia e *burnout*.

Particolarmente rilevante è l'analisi delle associazioni tra i sottodomini dell'empatia affettiva e le dimensioni del *burnout*. Il disagio personale ha mostrato un'associazione positiva statisticamente significativa da debole a moderata, con l'esaurimento emotivo. La preoccupazione empatica, invece, non ha mostrato una correlazione statisticamente significativa con il *burnout*. Il dato non consente quindi di considerare l'empatia affettiva nel suo complesso come un fattore di rischio.

In merito alle componenti dell'empatia cognitiva, la presa di prospettiva, coerentemente con quanto già osservato parzialmente negli studi condotti da Delgado et al. (2023), ha mostrato un'associazione statisticamente significativa e negativa con la sindrome del *burnout*, nello specifico con l'esaurimento emotivo; tale risultato è emerso in sette studi inclusi nella meta-analisi. La fantasia, invece, ha evidenziato una relazione positiva, seppur debole, con il *burnout*. Questo risultato può essere interpretato considerando che la presa di prospettiva favorisce la comprensione del vissuto del paziente mantenendo la distinzione tra l'esperienza propria e quella altrui. Tale processo potrebbe sostenere un coinvolgimento professionale più regolato. Per contro l'associazione positiva ma debole individuata tra fantasia e *burnout* potrebbe essere collegata alla caratteristica di questa dimensione di condurre l'operatore sanitario ad immaginarsi in situazioni equiparabili a quelle vissute dal paziente. Secondo la visione di Maximiano-Barreto et al., (2026) tale meccanismo può condurre a un maggior coinvolgimento personale nel dolore altrui, quindi, a una maggior suscettibilità al *burnout*. Gli autori sottolineano, inoltre, la necessità di progetti di formazione sullo sviluppo dell'empatia cognitiva, in particolare per la sua dimensione dell'assunzione di prospettiva per i motivi precedentemente evidenziati.

Nel complesso, la revisione ha verificato due ipotesi principali: da una parte, che l'empatia globale e le componenti affettive fossero positivamente associate al *burnout*, dall'altra, che i sottodomini cognitivi fossero negativamente correlati con alla sindrome. I risultati hanno confermato tali ipotesi solo in parte: il disagio personale era associato positivamente al *burnout*, mentre, la presa di prospettiva era negativamente associata all'esaurimento emotivo. L'ipotesi riguardo l'empatia globale non è stata convalidata, in quanto non ha presentato un'associazione positiva con il *burnout*. Tale esito è in disaccordo con alcune revisioni condotte in precedenza sulla popolazione infermieristica, come quella di Hunt et al., (2017). Maximiano-Barreto et al., (2026) suppongono che tale divergenza sia causata in certa misura dall'influenza di altri fattori come la retribuzione bassa e le precarie condizioni lavorative.

Un'ulteriore variabile che potrebbe aver contribuito alla relazione negativa osservata tra i due costrutti è rappresentata dall'esperienza degli operatori sanitari. Lo studio di Mordini et al., (2013) sottolinea come l'esperienza sul campo sembri contribuire allo sviluppo dell'empatia; al contrario, gli operatori giovani e con meno formazione professionale sembrano presentare una maggior vulnerabilità al *burnout* (Maximiano-Barreto et al., 2026).

Tale considerazione suggerisce un possibile ruolo della regolazione emotiva nella relazione tra empatia e *burnout*. Un operatore giovane e inesperto, infatti, potrebbe non avere ancora sviluppato una piena consapevolezza del proprio ruolo professionale e adeguate strategie di regolazione delle proprie risposte emotive, risultando, in tal modo, più incline a un coinvolgimento più diretto e intenso nella sofferenza con i propri pazienti. Si tratta tuttavia di un'interpretazione teorica che richiede conferma mediante studi longitudinali. In linea con questa interpretazione, l'esperienza lavorativa potrebbe concorrere non tanto a diminuire la capacità empatica del lavoratore, quanto a favorire una modalità di coinvolgimento più modulato e funzionale.

È opportuno interpretare i risultati della revisione con cautela, considerata l'elevata eterogeneità rilevata nella meta-analisi. Secondo gli autori, essa può dipendere dalla diversità dei contesti culturali, dalle differenti mansioni degli operatori sanitari e dall'impiego di strumenti di misurazione non omogenei. I risultati suggeriscono inoltre di considerare le caratteristiche empatiche e la salute mentale dei lavoratori, anche a livello organizzativo.

3.1.3 Limiti metodologici e interpretativi

Nel complesso, la prevalenza di studi trasversali non consente di stabilire la direzione degli effetti. Il *burnout* potrebbe ridurre la disponibilità empatica; viceversa, alcune forme di disagio autocentrato potrebbero aumentare la vulnerabilità. Inoltre, condizioni organizzative sfavorevoli possono influenzare simultaneamente entrambi i costrutti.

3.2 Il ruolo del contesto organizzativo

Finora il presente elaborato si è concentrato prevalentemente sui fattori individuali coinvolti nella relazione tra empatia e *burnout*. Alla luce delle evidenze descritte, appare tuttavia necessario ampliare la prospettiva considerando il contesto lavorativo e

l'organizzazione in cui gli operatori sanitari svolgono la propria attività. Tale ampliamento consente di cogliere più adeguatamente la natura multifattoriale del *burnout*.

3.2.1 Richieste e risorse lavorative

Il modello *Job Demands–Resources* interpreta il *burnout* come esito di uno squilibrio prolungato tra richieste lavorative e risorse disponibili. Carico, pressione temporale e richieste emotive consumano energie; autonomia, supporto, *feedback* e *leadership* sostengono invece motivazione e capacità di fronteggiamento (Bakker & Demerouti, 2017). In tale prospettiva, l'empatia opera entro un sistema organizzativo e non può compensare indefinitamente condizioni strutturali sfavorevoli. In linea con questo, la revisione sistematica e meta-analisi di Amiri et al., (2024) rappresenta un notevole contributo per comprendere i fattori professionali e contestuali che influenzano maggiormente il *burnout* nell'ambiente sanitario.

Amiri et al., (2024) hanno preso in esame 109 studi provenienti da diverse aree geografiche e tredici fattori di rischio professionali associati al *burnout* negli operatori sanitari. Tra i principali fattori figurano il carico di lavoro, contratti di lavoro temporanei, conflitti etici, stress occupazionale, bullismo, squilibrio tra sforzo e retribuzione e bassa soddisfazione lavorativa (Amiri et al., 2024).

Un aspetto degno di nota è che non sembra sufficiente considerare soltanto la quantità di tempo trascorsa al lavoro. Le modalità di organizzazione e gestione dell'attività rivestono un ruolo cruciale: richieste elevate associate a scarso controllo e limitato potere decisionale possono compromettere il benessere psicofisico dei professionisti; al contrario, supporto sociale, *leadership* adeguata, autonomia e un ambiente favorevole possono costituire fattori protettivi rispetto alla sindrome del *burnout* (Amiri et al., 2024).

Le evidenze devono essere interpretate alla luce di alcuni elementi di criticità: la maggior parte degli studi inclusi presenta un disegno trasversale che impedisce di stabilire relazioni casuali tra i fattori individuati e il *burnout*. Occorre, inoltre, considerare l'eterogeneità dei contesti, delle popolazioni e degli strumenti utilizzati per la misurazione dei costrutti. Di conseguenza, i risultati devono essere generalizzati con prudenza.

Complessivamente, i risultati di tale ricerca evidenziano la necessità di considerare il fenomeno del *burnout* alla luce sia delle caratteristiche individuali dei professionisti che degli aspetti contestuali e organizzativi del luogo di lavoro. Questa riflessione assume una

considerevole importanza nella relazione con l'empatia, in quanto la maniera con cui gli operatori sanitari interagiscono emotivamente e cognitivamente con il paziente avviene all'interno di un contesto lavorativo specifico, guidato da una sua cultura organizzativa e contraddistinto da richieste e risorse che possono influenzare il vissuto professionale.

3.2.2 Mediatori individuali e organizzativi

In questo quadro si inserisce la revisione di Zhou (2025) che si è occupata di analizzare le variabili che mediano la relazione tra empatia e *burnout* nel contesto sanitario. La revisione ha incluso 16 articoli, individuando una correlazione negativa tra i due costrutti. Tuttavia, come già osservato in ricerche precedenti, il rapporto tra le due variabili non si manifesta in maniera lineare, ma varia a seconda delle componenti considerate e del contesto in cui si manifesta (Zhou, 2025). Quest'ultimo aspetto è rilevante per il presente elaborato in quanto permette di sostenere che il rapporto tra empatia e *burnout* non sia una proprietà attribuita esclusivamente all'individuo, ma si articola e dipende dall'ambiente circostante. Tra i principali fattori emersi nella mediazione tra le due dimensioni psicologiche troviamo il clima organizzativo. È stato riscontrato infatti, che l'empatia favorisce il clima emotivo dell'ambiente infermieristico e si presenta come possibile risorsa protettrice nei confronti degli infermieri. Tale variabile psicologica si è rivelata funzionale e indispensabile per instaurare una comunicazione adeguata tra colleghi e per l'avvio di collaborazioni amichevoli, favorevoli allo sviluppo di sentimenti positivi che possono contribuire a una buona realizzazione personale.

Zhou (2025) ha, inoltre, individuato nelle strategie di *coping* un possibile mediatore tra empatia e *burnout*. Pare, infatti, che gli operatori sanitari capaci di adottare strategie di *coping* efficaci tendano a riferire minori conseguenze negative associate al *burnout*. A tal proposito, si è osservato che queste competenze di adattamento possono contribuire ad alleviare lo stress, a mantenere un equilibrio psicologico stabile e a fronteggiare le situazioni critiche con lucidità. Tuttavia, trattandosi soprattutto di dati osservazionali, è opportuno non attribuire automaticamente a tali strategie un effetto causale.

Nonostante la presenza di alcune limitazioni metodologiche, come la ridotta presenza di studi coinvolti nell'analisi e l'eterogeneità riguardante la numerosità dei campioni dei vari studi, la ricerca di Zhou (2025) ha fornito importanti considerazioni in merito all'oggetto preso in esame. In particolare, è emersa l'importanza di coniugare aspetti pratici e organizzativi assieme a tecniche di gestione dello stress per contenere la possibilità e il rischio

dell'insorgenza della sindrome del *burnout*. Tali riflessioni conducono, quindi, a considerare eventuali progetti di intervento che combinino attività di progettazione gestionale e di formazione individuale.

3.3 Progetti di intervento

La letteratura offre alcune indicazioni interessanti in merito alle possibili strategie di prevenzione e gestione del *burnout*, evidenziando l'utilità degli interventi sia di natura individuale sia di carattere organizzativo.

La meta-analisi di Musker e Othman (2024), condotta su infermieri e ostetriche, ha incluso 66 articoli nella revisione e 33 report nella meta-analisi. Nel complesso, gli interventi erano associati a miglioramenti nelle misure di burnout o qualità della vita professionale; tra le strategie più promettenti figuravano la supervisione clinica e le attività rivolte al benessere fisico e psicologico. Gli interventi esclusivamente educativi risultavano meno efficaci.

La revisione e meta-analisi di Jiménez-García e Flor-Martínez (2026) ha valutato la qualità degli interventi rivolti agli infermieri per contrastare gli effetti del *burnout* e ha considerato la durata dei loro effetti. La revisione ha incluso complessivamente 63 studi, la maggior parte dei quali si è concentrata in un unico centro, prevalentemente in strutture ospedaliere per acuti o per assistenza generale. Jiménez-García e Flor-Martínez hanno individuato 51 interventi a livello individuale, orientati a modificare le competenze, la mentalità e le strategie di *coping* degli operatori sanitari, e 12 programmi volti alla modificazione delle condizioni organizzative.

Tra gli interventi rivolti al singolo professionista rientrano *mindfulness*, esercizio fisico, interventi cognitivo-comportamentali, sviluppo della resilienza e programmi di psicologia positiva. I programmi basati sulla *mindfulness* hanno mostrato risultati favorevoli e relativamente consistenti, con una riduzione dell'esaurimento emotivo e dello stress, che in certe circostanze, è resistita nel tempo. Anche lo *yoga* e l'attività fisica hanno generato un impatto positivo sulla medesima dimensione del *burnout*, sebbene questi si sono rivelati meno persistenti in mancanza di una pratica costante. I progetti cognitivo-comportamentali e quelli basati sullo sviluppo della resilienza hanno evidenziato risultati incoraggianti, seppur maggiormente eterogenei. Nello specifico, le pratiche orientate alla regolazione emotiva o alla fatica da compassione sembrano aver ottenuto evidenze rilevanti. Anche programmi

maggiormente articolati, che integrano percorsi con immagini guidate, tecniche linguistiche e programmi di potenziamento delle competenze hanno evidenziato effetti più persistenti, soprattutto in presenza di monitoraggi sistematici. Diversamente, interventi semplici o costituiti da un numero limitato di sessioni hanno contribuito ad attenuare il disagio acuto, sebbene la ridotta disponibilità di dati di *follow-up* non permetta di stabilire con chiarezza il mantenimento dei riscontri positivi. Nel complesso, tali strategie possono produrre benefici, ma gli effetti risultano eterogenei e spesso valutati mediante *follow-up* brevi. Gli interventi sulle competenze empatiche dovrebbero promuovere soprattutto presa di prospettiva, comunicazione empatica, differenziazione tra sé e l'altro e regolazione del disagio personale, anziché perseguire un generico incremento dell'empatia.

Per quanto concerne gli interventi organizzativi e integrati, risultano promettenti la supervisione clinica, i gruppi Balint e altri spazi strutturati di riflessione. La loro efficacia dipende dalla qualità della conduzione, dal sostegno della *leadership*, dalla sicurezza psicologica e dalla disponibilità di un tempo protetto. Al contrario, interventi esclusivamente informativi o passivi tendono a produrre risultati più limitati.

Nel complesso, queste osservazioni sottolineano che l'efficacia degli interventi non dipende esclusivamente dalla loro tipologia, ma anche dalle condizioni professionali in cui vengono applicati: *leadership*, tempo protetto e le condizioni lavorative rappresentano risorse importanti per mantenere i risultati nel tempo. Gli interventi individuali possano quindi essere utili, ma difficilmente sufficienti in assenza di un contesto lavorativo favorevole.

Sulla base degli studi considerati, risulta riduttivo intervenire su un unico livello. Gli aspetti individuali e organizzativi costituiscono componenti interdipendenti e richiedono un approccio complementare, coerente con la natura multifattoriale e multidimensionale del *burnout*. In tal senso, gli interventi basati sul singolo soggetto possono rappresentare una risorsa importante per l'acquisizione di nuovi strumenti per riconoscere e gestire lo stress, modulare il coinvolgimento emotivo e sviluppare strategie di *coping* efficaci, ma non possono prescindere dal contesto lavorativo. Allo stesso modo, anche una struttura ben organizzata non può eliminare la variabilità individuale con cui gli infermieri affrontano le esigenze lavorative. La riuscita di un intervento sembra, quindi, dipendere anche dalla capacità del professionista di integrare e utilizzare le risorse disponibili, considerando le proprie caratteristiche soggettive.

In questo scenario, risulta rilevante la gestione delle relazioni interpersonali, sia con i pazienti che con i colleghi. La capacità di instaurare dei rapporti professionali, stabilire una

comunicazione efficace e definire dei confini dove occorre, può concorrere al miglioramento del benessere dell'operatore sanitario e favorire lo sviluppo di un clima positivo. Promuovere strategie funzionali di gestione delle relazioni e del coinvolgimento emotivo non costituisce, pertanto, unicamente uno strumento per tutelare il singolo individuo, ma può incidere favorevolmente in maniera più ampia sull'organizzazione dell'ambiente lavorativo, dai rapporti con i pazienti a quelli con i colleghi.

Sintesi e conclusioni

Le evidenze non sostengono l'idea che una maggiore empatia conduca necessariamente al *burnout*. La presa di prospettiva e la preoccupazione empatica tendono ad associarsi a esiti professionali più adattivi, mentre il disagio personale è più frequentemente collegato all'esaurimento. È quindi teoricamente scorretto assimilare il disagio personale all'empatia nel suo complesso o confondere empatia, contagio emotivo e *compassion fatigue*.

Il *burnout* deriva dall'interazione tra risorse personali e condizioni lavorative. Gli interventi più coerenti sono pertanto multilivello: sviluppano competenze di regolazione e comunicazione e, contemporaneamente, modificano carichi, autonomia, *leadership* e supporto.

Conclusione

Il presente elaborato ha avuto l'obiettivo di indagare la complessità della relazione che intercorre tra empatia e *burnout* nelle professioni sanitarie. L'interesse per il tema deriva dal ruolo centrale che ricopre l'empatia nelle professioni sanitarie, nelle quali il rapporto con il paziente rappresenta una componente fondamentale nell'attività di cura e, contemporaneamente, dall'esposizione degli operatori a richieste emotive, relazionali e organizzative elevate. Comprendere come tali aspetti interagiscano è rilevante sia per il benessere dei professionisti sia per la qualità dell'assistenza.

L'analisi ha preso avvio dall'esame della natura articolata e multidimensionale dei due costrutti, per poi considerare le evidenze empiriche relative alla loro associazione, anche in contesti professionali diversi da quello sanitario. È emerso che l'intensità e la direzione della relazione che intercorre tra empatia e *burnout* dipendono dalla specifica componente dell'empatia presa in considerazione, dalla dimensione del *burnout* esaminata e dalle condizioni nelle quali il lavoro viene svolto. Empatia e *burnout* non possono quindi essere trattati come variabili unitarie né collegati mediante una relazione lineare e invariabile.

Concentrando l'attenzione sulle professioni sanitarie, le evidenze esaminate indicano che un'elevata capacità empatica non rappresenta inevitabilmente un fattore di rischio per il *burnout*. Al contrario, alcune modalità di comprensione e risposta al paziente possono costituire risorse professionali, mentre altre forme di coinvolgimento emotivo possono accrescere la vulnerabilità quando risultano scarsamente regolate.

In particolare, la revisione sistematica e meta-analisi di Delgado et al. (2023) ha mostrato configurazioni differenti per le componenti: l'assunzione di prospettiva e la preoccupazione empatica risultavano complessivamente associate a livelli inferiori di *burnout*, mentre il disagio personale presentava un'associazione positiva, soprattutto con l'esaurimento emotivo. In modo coerente, Martingano et al. (2026) hanno rilevato che l'empatia cognitiva e la compassione si associano a minori sintomi di *burnout*, mentre il contagio emotivo si associa a livelli più elevati. Questi risultati suggeriscono che comprendere il punto di vista del paziente e provare sollecitudine nei suoi confronti possa favorire un approccio professionale adattivo, purché siano preservati la distinzione tra sé e l'altro e adeguati processi di regolazione emotiva.

Risulta pertanto riduttivo sostenere che l'empatia, considerata globalmente, determini il *burnout*. È inoltre necessario mantenere una distinzione tra concetti vicini, ma non equivalenti. Nello specifico, la *compassion fatigue* non è un sinonimo del *burnout*: la prima è collegata più specificamente all'esposizione alla sofferenza o al trauma altrui, mentre il secondo deriva da stress lavorativo cronico e può manifestarsi in qualsiasi contesto occupazionale. Analogamente, il disagio personale e il contagio emotivo non coincidono con l'intero costrutto dell'empatia, ma ne rappresentano processi affettivi specifici e potenzialmente disfunzionali. Tali distinzioni consentono di interpretare più correttamente i risultati e di evitare che gli esiti negativi siano attribuiti all'empatia in sé, trascurando il ruolo della regolazione emotiva, delle richieste lavorative e delle risorse disponibili.

La tesi ha infine approfondito il contesto organizzativo e gli interventi orientati alla prevenzione e alla riduzione del *burnout*. In accordo con il Job Demands–Resources Model, il fenomeno può essere compreso come l'esito di uno squilibrio persistente tra richieste del lavoro e risorse personali, relazionali e organizzative (Demerouti et al., 2001). Ne consegue che la prevenzione non dovrebbe essere affidata esclusivamente alla capacità del singolo di adattarsi, ma dovrebbe includere anche interventi sull'organizzazione del lavoro, quali una gestione sostenibile dei carichi e dei turni, il sostegno dei responsabili, la partecipazione alle decisioni, la disponibilità di personale e opportunità strutturate di confronto professionale. Le revisioni disponibili indicano che sia gli interventi rivolti alla persona sia quelli organizzativi possono produrre riduzioni del *burnout*; gli approcci centrati sull'organizzazione risultano particolarmente importanti perché intervengono sulle fonti lavorative del problema anziché attribuirne la gestione al solo professionista (West et al., 2016). Le evidenze più recenti sottolineano tuttavia una notevole eterogeneità degli interventi e degli esiti, nonché la necessità di studi metodologicamente più solidi e di valutazioni a lungo termine (Cohen et al., 2023). Appare quindi preferibile adottare strategie multilivello, definite a partire da un'analisi dei bisogni dello specifico servizio e accompagnate da indicatori che ne consentano il monitoraggio.

La sostenibilità costituisce un criterio essenziale. Programmi articolati su più livelli possono richiedere infatti investimenti economici, organizzativi e temporali considerevoli; nei servizi con risorse limitate è pertanto necessario individuare priorità realistiche, evitando sia interventi troppo ambiziosi e difficilmente applicabili sia iniziative isolate prive di continuità. La scelta dovrebbe essere guidata dai principali fattori di rischio rilevati nel contesto, dalla fattibilità delle azioni e dalla possibilità di verificarne gli effetti nel tempo.

L'interpretazione delle evidenze deve comunque tenere conto di alcuni limiti della letteratura: molti studi sull'associazione tra empatia e *burnout* adottano disegni trasversali che non permettono di stabilire con certezza la direzione causale del rapporto. Non è quindi possibile concludere soltanto che specifiche componenti empatiche aumentino o riducano il *burnout*: è plausibile anche che l'esaurimento e la depersonalizzazione modifichino nel tempo la disponibilità e la risposta empatica del professionista.

Una prospettiva di ricerca particolarmente attuale riguarda la crescente digitalizzazione dell'assistenza e l'impiego dell'intelligenza artificiale. I sistemi basati su modelli linguistici possono riprodurre alcuni indicatori comunicativi dell'empatia cognitiva, come il riconoscimento delle emozioni e la formulazione di risposte supportive; ciò non equivale, tuttavia, a un'esperienza affettiva o a una comprensione umana della sofferenza, e le valutazioni disponibili presentano ancora importanti limiti metodologici (Sorin et al., 2024). L'intelligenza artificiale potrebbe alleggerire alcune attività amministrative e offrire supporto alla comunicazione, liberando tempo per la relazione di cura; al contrario, se introdotta senza adeguata formazione e supervisione, potrebbe aumentare il carico cognitivo, la dipendenza tecnologica o la distanza percepita dal paziente. La sua integrazione dovrebbe quindi preservare autonomia, responsabilità professionale, trasparenza e centralità della relazione umana, in accordo con le indicazioni etiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2021).

Nel complesso, il lavoro svolto mostra che la questione centrale non è stabilire se l'empatia sia, in assoluto, protettiva o dannosa, ma comprendere quali sue componenti operino, attraverso quali processi e in quali condizioni organizzative. Promuovere forme di empatia orientate alla comprensione e alla compassione, sostenute da capacità di regolazione emotiva e da contesti di lavoro adeguatamente dotati di risorse, può contribuire a conciliare la qualità della cura con la tutela del benessere dei professionisti sanitari.

Riferimenti bibliografici

- Adolphs, R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: Psychological and neurological mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 1(1), 21–62. <https://doi.org/10.1177/1534582302001001003>
- Amiri, S., Mahmood, N., Mustafa, H., Javaid, S. F., & Khan, M. A. B. (2024). Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: A global systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1583. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121583>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Batson, C. D. (2011). *Altruism in humans*. Oxford University Press.
- Bonino, S., Lo Coco, A., & Tani, F. (1998). *Empatia. I processi di condivisione delle emozioni*. Giunti.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Praeger.
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open*, 13(6), e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Westview Press.
- Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92–108. <https://doi.org/10.1177/1754073910374662>

- Decety, J. (2020). Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it. *The American Journal of Medicine*, 133(5), 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014). Friends or foes: Is empathy necessary for moral behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 525–537. <https://doi.org/10.1177/1745691614545130>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Delgado, N., Delgado, J., Betancort, M., 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*, 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>
- Edwards, R. J., Uygur, I. J., Al-Ani, Z., Lo, K. H. C., Ahmed, L., Nockels, N., & Howick, J. (2026). *The association between empathy and burnout in healthcare: A systematic review and meta-analysis across professions, specialties, career experience, and empathy domains* [Preprint]. SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.6904536>
- Eisenberg, N., Eggum, N. D., & Di Giunta, L. (2010). Empathy-related responding: Associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Social Issues and Policy Review*, 4(1), 143–180.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Spinrad, T. L. (2006). Prosocial development. In W. Damon, R. M. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., Vol. 3, *Social, emotional, and personality development*, pp. 646–718). John Wiley & Sons.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Knafo-Noam, A. (2015). Prosocial development. In M. E. Lamb (Ed.), *Handbook of child psychology and developmental science* (7th ed.). Wiley.

- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gerdes, K. E., & Segal, E. A. (2011). Importance of empathy for social work practice: Integrating new science. *Social Work*, 56(2), 141–148. <https://doi.org/10.1093/sw/56.2.141>
- Happé, F., & Frith, U. (2014). Annual research review: Towards a developmental neuroscience of atypical social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 553–577. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12162>
- Hendry, L. B., & Kloep, M. (2002). *Lifespan development: Resources, challenges and risks*. Thimson Learning.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851>
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X.-Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240–252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Jiménez-García, S., & Flor-Martínez, A. (2026). Interventions for preventing or reducing nurse burnout: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 178, Article 105391.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Malti, T., Chaparro, M. P., Zuffianò, A., & Colasante, T. (2016). School-based interventions to promote empathy-related responding in children and adolescents: A developmental analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 718–731. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1121822>

- Martingano, A. J., Stosic, M. D., & Konrath, S. (2026). Different empathy types show opposing associations with burnout: Systematic review and meta-analyses. *Psychology, Health & Medicine*, 31(3), 798–829. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2591859>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maximiano-Barreto, M. A., Raminelli, A. O., Luchesi, B. M., Chagas, M. H. N., Matias, M., & Osório, F., de L. (2026). Impact of subdomains of affective and cognitive empathy on burnout syndrome in nurses: A meta-analysis. *International Nursing Review*, 73(1), e70173. <https://doi.org/10.1111/inr.70173>
- Mordini, V., Castellucci, V., Giardi, W., & Tripaldi, S. (2013). Burnout, empatia e regolazione emotiva: Quali relazioni. *Cognitivismo clinico*, 10(2), 185-199.
- Morelli, S. A., Lieberman, M. D., & Zaki, J. (2015). The emerging study of positive empathy. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(2), 57–68. <https://doi.org/10.1111/spc3.12157>
- Musker, M., & Othman, S. (2024). Effective interventions to reduce burnout in nurses: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 54, Article 101827. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101827>
- Mohd Noor, A., Suryana, D., Engku Kamarudin, E. M., Mahadir Naidu, N. B., Kamsani, S. R., & Govindasamy, P. (2025). Compassion fatigue in helping professions: A scoping literature review. *BMC Psychology*, 13, Article 349. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01869-5>
- Papazian, L., Hraiech, S., Loundou, A., Herridge, M. S., & Boyer, L. (2023). High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 49(4), 387-400. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07025-8>
- Riess, H. (2017). The science of empathy. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 74–77. <https://doi.org/10.1177/2374373517699267>

- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), Article 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph1724949>
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*, 17(1), 18–24. <https://doi.org/10.1177/1073858410379268>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Sorin, V., Brin, D., Barash, Y., Konen, E., Charney, A., Nadkarni, G., & Klang, E. (2024). Large language models and empathy: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e52597. <https://doi.org/10.2196/52597>
- van der Graaff, J., Carlo, G., Crocetti, E., Koot, H. M., & Branje, S. J. T. (2018). Prosocial behavior in adolescence: Gender differences in development and links with empathy. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5), 1086–1099. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0786-1>
- Watson, C. D. (2011). *Altruism in humans*. Oxford University Press.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- World Health Organization. (2019, May 28). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>

- World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. <https://iris.who.int/handle/10665/341996>
- Zaki, J. (2014). Empathy: A motivated account. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1608–1647. <https://doi.org/10.1037/a0037679>
- Zaki, J., & Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls and promise. *Nature Neuroscience*, 15(5), 675–680. <https://doi.org/10.1038/nn.3085>.
- Zhou, H. (2025). Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: A systematic review. *BCM Nursing*, 24, 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0>