

## La compassione dell'operatore di cure palliative: uno studio qualitativo in ottica adleriana

ALESSANDRA LORETA CITO, ALEXA PIDINCHEDDA, CHIARA TOSI,  
ANDREA BOVERO

*Summary* – THE COMPASSION OF THE PALLIATIVE CARE WORKER: A QUALITATIVE STUDY IN AN ADLERIAN PERSPECTIVE. Compassion is fundamental in clinical care. The concept of compassion is strictly related to the Adlerian social feeling. Healthcare workers (HCPs) are the main givers of compassionate care. The purpose of this study was to investigate the perspectives of Italian palliative care health workers on compassion using focus groups using the Adlerian perspective. A sample of 52 palliative care workers took part in the study. Five focus groups were held. All recorded discussions were transcribed, and a content analysis was performed. Most of the sample considers compassion as “being with someone”, a dimension related to the relationship with the patient. Compassion is influenced by several factors related to patients, caregivers, the work environment and healthcare professionals themselves. Although it is often conceived as an innate quality, participants said it could be taught by group training and discussion. So, compassion is conceived as a central element of the care relationships based on the social feeling and the HCPs’ ability of alliance with patients’ life deficit. It is perceived as an essential element of palliative care that needs to be cultivated and improved through training and group discussions.

*Keywords:* COMPASSIONE, SENTIMENTO SOCIALE, CURE PALLIATIVE

### I. Introduzione

La parola “compassione” deriva dalle parole latine “com” (con) e “pati” (soffrire) [55] e letteralmente significa soffrire con qualcuno. La compassione riguarda i sentimenti innescati dalla sofferenza di qualcun altro e per riferirsi specificamente alla compassione questi sentimenti devono essere trasformati in azioni volte a ridurre la sofferenza delle persone [14]. Adler sosteneva che la compassione rappresenta la più pura espressione del sentimento sociale che nasce fin dai primi momenti di vita dall’incontro con la figura primaria [30, 38].

È importante ricordare che compassione differisce dall’empatia e dalla pietà. La nozione di empatia racchiude la capacità di risuonare e di comprendere le emozioni di

un'altra persona; la pietà è un sentimento verso qualcuno che viene percepito come debole o inferiore. A differenza di questi concetti, la compassione è accompagnata dalla motivazione ad agire per alleviare la sofferenza [55, 15]. Inoltre, la compassione è l'elemento centrale delle relazioni di cura. L'esperienza di cure compassionevoli aumenta il benessere dei pazienti, la risposta immunitaria, riduce l'ospedalizzazione e in generale migliora la qualità della vita dei pazienti (QoL) [15].

Come affermato da Alfred Adler (1933), l'uomo viene al mondo caratterizzato da «Sentimenti di inadeguatezza [...] rispetto alle prove che la vita impone» [4], ha un sentimento di inferiorità sia nei confronti della propria permanenza nel mondo, sia nei confronti degli altri individui.

Questa condizione ontologica dell'uomo fa emergere la necessità di considerarlo all'interno delle relazioni che egli intrattiene con gli altri individui [6], a maggior ragione, nell'ultima fase di vita, il paziente in cure palliative è immerso nella relazione con l'équipe. Secondo il modello adleriano la presa in carico del paziente durante l'ultima fase di vita dovrebbe essere effettuata nell'ottica di una cooperazione che tenda a favorire un approccio creativo basato sulla condivisione della sofferenza; questo, all'interno della relazione medico-paziente, permetterebbe una (ri)educazione e un incoraggiamento utili ai fini della cura e della qualità della vita [44].

Inoltre il terapeuta impiegando un atteggiamento compassionevole può avviare quel processo di incoraggiamento che infonde la fiducia nel paziente e gli permette di fronteggiare i sintomi invalidanti, e allo stesso tempo restituisce al paziente di valore individuo meritevole di attenzione e stima [46]. La compassione non riguarda solo i pazienti ma anche il benessere degli operatori sanitari può essere influenzato dalla cura compassionevole.

Sembra che prendersi cura degli altri in modo compassionevole porti a ricompense emotive e un senso di soddisfazione nel vedere il benessere dei pazienti.

In un recente studio [19] gli infermieri di cure palliative hanno identificato i fattori di stress che possono portare alla "compassion fatigue", intesa come un insieme di comportamenti ed emozioni dovuti all'esposizione ad eventi traumatici sperimentati da terzi o in seguito all'assistenza data a persone sofferenti [32]; questi fattori di stress derivano da fattori personali degli operatori sanitari, come la mancanza di preparazione o formazione o problemi personali; dalle caratteristiche personali dei pazienti e dei caregiver, come la non conformità con la relazione di cura e il piano di trattamento e, infine, da aspetti legati all'ambiente di lavoro, ovvero mancanza di tempo e scarse risorse [19].

Secondo questa evidenza dovrebbero essere apportati cambiamenti nell'organizzazione del lavoro, quindi una migliore gestione del tempo necessario per la relazione e la cura del paziente e il miglioramento dell'ambiente di lavoro [18].

Dato il crescente interesse per questo tema alcuni autori hanno indagato le prospettive degli operatori sanitari e dei pazienti sulla compassione attraverso studi quantitativi [33, 36, 57] e studi qualitativi, utilizzando interviste [27, 28] e focus group [14, 17, 54, 56]. Nello specifico il focus group è un metodo che consente una discussione dettagliata sul tema della ricerca e la raccolta delle opinioni dei partecipanti.

È necessario tenere a mente che l'équipe di cure palliative per poter prendersi cura in modo globale del paziente e della sua famiglia deve porsi come un nucleo a sé stante ma in interazione con il contesto, in un rapporto basato su scambi continui [35]; questo favorisce un gruppo di cura assimilabile e sovrapponibile al concetto di “costellazione familiare”, intensa come legame di interdipendenza presente tra i membri che si influenzano reciprocamente [49].

Ogni famiglia, esattamente come ogni équipe, è connotata da un proprio equilibrio e racchiude al proprio interno regole e principi specifici che vanno ad integrarsi con le varie esperienze a cui si trova a far fronte e influenzando sul sistema di valori di ciascun individuo.

Le medesime caratteristiche di interdipendenza sono rintracciabili nell'équipe multidisciplinari che operano in cure palliative: ogni membro è in relazione e ognuno di loro ricopre un ruolo ben specifico, vi è la necessità di un confronto continuo con i colleghi che consenta di affrontare gli importanti interrogativi di carattere medico, psicologico, etico o spirituale [48].

In cure palliative il tema della compassione nei confronti del paziente alla fine della vita risulta essere centrale nell'operato clinico quotidiano che influenza la relazione e i vissuti emotivi non solo dei pazienti ma anche degli operatori. Partendo da queste osservazioni si è volute approfondire l'indagine su questo argomento ponendo la riflessione in ottica adleriana.

Come indicato dalla recente letteratura [54] è stata proposta un'indagine nazionale online a tutti gli operatori di cure palliative al fine di analizzare come viene concepita da ciascuno la compassione e se vi fosse la necessità di formazione in merito a questo tema [13]. I risultati dell'indagine hanno rilevato la necessità, da parte degli operatori, di discutere ed approfondire il tema della compassione.

Partendo da questo risultato che evidenzia il sentimento sociale presente all'interno dell'équipe, si è indagato più approfonditamente il punto di vista dei professionisti sulla nozione di compassione.

I focus group hanno coinvolto tutti i membri dell'équipe, allo scopo di promuovere un confronto reciproco di esperienze, opinioni e sentimenti.

## II. *Metodi*

Il campione finale dello studio è costituito da 52 operatori sanitari reclutati tra giugno e dicembre del 2020. I partecipanti sono stati arruolati in due reparti ospedalieri, Oncoematologia e Oncologia, di un ospedale di Torino e in tre hospice collocati nella stessa area metropolitana, per un totale di cinque focus group.

I partecipanti a ogni discussione erano operatori sanitari che lavorano quotidianamente insieme, appartenenti alla stessa équipe, in modo da favorire la riflessione in contesti che prevedessero già un'interdipendenza relazionale dei partecipanti coinvolti. Ogni focus group era composto da circa dieci/dodici operatori sanitari di cure palliative. I criteri di inclusione per i partecipanti erano avere almeno 18 anni, essere in grado di capire e parlare correttamente l'italiano, lavorare in un'unità di cure palliative o in un hospice ed essere in grado di fornire un consenso informato.

I professionisti hanno partecipato a focus group guidati da due degli autori. Ogni focus group è stato condotto da uno psicologo esperto in cure palliative che non era un membro dello staff coinvolto e nemmeno un valutatore dell'analisi qualitativa.

I coordinatori infermieristici dei differenti setting sono stati contattati per presentare loro la ricerca e per invitare gli operatori sanitari a partecipare allo studio. Per rispettare le misure preventive anti-Covid in vigore nel 2020, il focus group è stato condotto a distanza attraverso videochiamate su piattaforme online, per le quali i partecipanti hanno espresso il loro consenso informato via e-mail.

Tutti e cinque i focus group sono durati circa 1 ora e mezza e sono stati registrati e trascritti testualmente in seguito; tutti i contributi sono stati trascritti e riportati al fine di mantenere l'anonimato dei partecipanti.

All'inizio dei focus group multidisciplinari gli psicologi conduttori hanno introdotto l'argomento e favorito la discussione per indagare le prospettive e le conoscenze dei partecipanti sulla nozione di compassione. Successivamente, i partecipanti sono stati invitati a discutere di compassione con l'aiuto di sette domande guida aperte. Queste domande sono state formulate facendo riferimento allo studio di Sinclair e colleghi sul modello di compassione degli operatori sanitari [54].

Le domande riguardavano il significato del termine compassione, i fattori che potrebbero favorire la limitazione di una cura compassionevole, l'influenza delle esperienze personali o lavorative della compassione dei partecipanti, se la compassione è una qualità innata, o può essere appresa, e, infine, le prospettive degli operatori sull'utilità della compassione nell'alleviare la sofferenza dei pazienti. Le domande sono descritte nella tabella 2. Al termine, i conduttori hanno proposto un momento di riflessione tra i membri dello staff per presentare alcune considerazioni finali e raccogliere feedback di soddisfazione dal focus group.

Quindi sono state trascritte tutte le discussioni dei focus group ed è stata eseguita un'analisi qualitativa delle risposte fornite. L'analisi dei contenuti è stata strutturata in tre fasi: inizialmente, due valutatori indipendenti hanno effettuato una prima lettura e una prima analisi delle trascrizioni per individuare temi comuni tra le varie risposte dei partecipanti. Successivamente, gli stessi due valutatori hanno confrontato i temi identificati e hanno effettuato un'etichettatura temporanea per accorpate risposte simili sotto un'unica etichetta.

Allo stesso tempo un valutatore indipendente ha svolto lo stesso lavoro, estrapolando un'etichettatura indipendente dei temi emersi. Nella fase finale dell'analisi sono state confrontate le due versioni indipendenti dei temi etichettati e sono stati identificati di comune accordo tra i tre valutatori cluster tematici finali per ogni domanda discussa nei focus group.

### III. Risultati

Il campione finale di questo studio comprende 52 operatori sanitari che lavorano nelle cure palliative. Tutte le caratteristiche socio-demografiche del campione sono mostrate nella Tabella 1.

**Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=52)**

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE	na (%)	Media	DS	Range
<b>Età</b>		45,92	12.15	24-65 years
<b>Setting di lavoro</b>				
Hospice	31 (59.62)			
Reparti Ospedalieri	21 (40.38)			
<b>Genere</b>				
Uomo	14 (26.92)			
Donna	38 (73.08)			
<b>Ruolo professionale</b>				
Medico	14 (26.9)			
Infermiere	24 (46.15)			
Psicologo	5 (9.61)			
Operatore Socio-Sanitario	5 (9.61)			
Fisioterapista	2 (3.84)			
Volontario formato in cure palliative	1 (1.92)			
Assistente Spirituale	1 (1.92)			
<b>Anzianità professionale (anni)</b>		24.87	7.51	
<b>Anzianità professionale in cure palliative (anni)</b>		11.84	7.50	

N= frequenza assoluta, %= percentuale di frequenze, DS= deviazione standard

*Temi emersi nei focus group***Tabella 2: Temi emersi per le sette domande aperte dei focus group e le loro frequenze**

<b><u>Se pensi al tuo contesto lavorativo, cos'è la compassione per te?</u></b>	<b>Frequenze</b>
“Stare con qualcuno”	25 (32.8%)
Sintonizzazione emotiva	18 (23.7%)
Empatia	16 (21%)
“Fare qualcosa basato sull'empatia”	7 (9.2%)
Compatire	6 (7.8%)
Tratti della personalità individuale	4 (5.2%)
<b><u>Ci sono condizioni che facilitano una cura compassionevole?</u></b>	<b>Frequenze</b>
Caratteristiche del paziente	16 (32%)
Caratteristiche individuali degli operatori sanitari	15 (30%)
Ambiente di lavoro/aspetti professionali	11 (22%)
Buon rapporto con i caregivers	8 (16%)
<b><u>Ci sono condizioni che rendono più difficile la cura compassionevole?</u></b>	<b>Frequenze</b>
Caratteristiche dei pazienti	17 (30.3%)
Caratteristiche degli operatori sanitari	15 (26.7%)
Tratti individuali dei caregivers	14 (25%)
Ambiente di lavoro/aspetti professionali	10 (17.8%)
<b><u>Ci sono esperienze o eventi che ti hanno reso/ti rendono più compassionevole?</u></b>	<b>Frequenze</b>
Caratteristiche individuali degli operatori sanitari	29 (72.5%)
Esperienze relative alle relazioni operatore-paziente	8 (20%)
Contesto lavorativo/campo delle cure palliative	3 (7.5%)
<b><u>La compassione può essere insegnata?</u></b>	<b>Frequenze</b>
Sì, con esempi ed imitazioni	18 (60%)
No, è una qualità innata	10 (33.3%)
Sì, lavorando su te stesso	2 (6.7%)
<b><u>È difficile offrire compassione ai tuoi pazienti?</u></b>	<b>Frequenze</b>
Sì, a causa di singoli aspetti o di esperienze precedenti	17 (37.8%)
No, è una caratteristica innata	14 (31.1%)
Sì, a causa delle caratteristiche dei pazienti	6 (13.3%)
Sì, a causa del contesto lavorativo	5 (11.1%)
Sì, a causa delle caratteristiche dei caregivers	3 (6.6%)
<b><u>Offrire compassione potrebbe alleviare la sofferenza dei pazienti di fine vita?</u></b>	<b>Frequenze</b>
Sì, migliora la qualità di vita dei pazienti	15 (53.5%)
Sì, migliora le relazioni operatore-paziente	13 (46.4%)

N= frequenze assolute, %= percentuale di frequenza

#### IV. Riflessioni finali di gruppo

Il commento più frequente emerso alla fine dei focus group ha descritto questo tipo di discussione utile come strumento di condivisione di squadra e, soprattutto, come esercizio per sviluppare la compassione. Un'ulteriore riflessione ha sottolineato come la compassione sia da considerarsi un valore nella professione di cura. Inoltre, è stato messo in luce come la tipica "cultura del soccorritore" delle cure palliative sia un elemento legato alla compassione che viene poi attuata nella relazione con il paziente.

Altri commenti emersi sono legati alle difficoltà nell'essere compassionevoli, ad esempio: *"Per me è molto difficile essere compassionevole; ci vuole molta energia emotiva per agire così"*. Inoltre, sono stati sottolineati aspetti dipendenti dalla cultura, ad esempio: *"Penso che siamo compassionevoli in modo diverso se condividiamo una relazione con qualcuno della nostra cultura da uno con un estraneo, da un altro background"*. Infine la compassione è stata definita come una risorsa per la pratica clinica, ad esempio: *"La compassione favorisce la pratica clinica aiutando a prendersi cura dei pazienti e comprendere la sofferenza"*.

Inoltre, condividendo le riflessioni personali sul focus group, i partecipanti hanno sottolineato che la discussione di gruppo promuove sia il lavoro di squadra che l'auto-riflessione per tutti gli operatori sanitari coinvolti (ad esempio: *"Possiamo condividere qualcosa che sperimentiamo costantemente e confrontare i nostri sentimenti, e penso che questo ci aiuti ad essere più coesi."*).

Qualcuno ha anche aggiunto che condividere idee e vissuti emotivi in una discussione di gruppo promuove la compassione e migliora la capacità di riflettere su questo aspetto nell'impegno emotivo comunitario (ad esempio: *"Parlare di compassione ci aiuta ad essere più compassionevoli, è come un booster di compassione in sé."*).

In questo senso, l'uso della discussione di gruppo sembra promuovere la riflessione reciproca su un argomento centrale, tant'è che tutti i partecipanti considerano questa opportunità soddisfacente.

#### V. Discussione

L'obiettivo dello studio è stato indagare conoscenze, esperienze e vissuti legati al tema della compassione tra operatori sanitari in cure palliative. Nello specifico è stato creato uno spazio di confronto e di riflessione, mediante lo strumento del *focus group*.

Le risposte date dal campione hanno rivelato una carenza di conoscenze del costrutto. La definizione più frequente si riferisce alla capacità di *stare con qualcuno* (32%), condividendo la sofferenza con il paziente. In ottica adleriana essa corrisponde ad una delle istanze che guidano l'esistenza individuale, il Sentimento Sociale, quale *attitudi-*

*ne innata attraverso la quale un individuo diviene sensibile alla realtà* [6]. Nella relazione madre-bambino inizia a svilupparsi tale attitudine a cooperare. All'interno della cooperazione con gli altri l'uomo trova gli strumenti risolutivi per le problematiche vitali. Di conseguenza l'individuo, per essere compreso, deve essere letto attraverso le relazioni che intesse, all'interno dell'incontro con l'altro da sé [*ibid.*].

Le altre risposte indicano che la compassione può essere confusa con il concetto di empatia o con il concetto di sintonizzazione emotiva. Solo nel 9,2% delle risposte emerge il tema *fare qualcosa basato sull'empatia*, che sottende una comprensione di natura relazionale basata sull'empatia e la sintonizzazione emotiva.

Ad esse però si aggiunge la componente proattiva, ossia la propensione nel mettere in atto un'azione tesa ad alleviare la sofferenza del paziente [54]. L'empatia e la capacità di comprendere l'altro sono espressione del Sentimento Sociale e dell'armonia con l'Universo. Esse dipendono dal grado di sentimento comunitario di ciascuno di noi [3]. All'operatore viene richiesto di “vedere con gli occhi di un altro, udire con le orecchie di un altro, sentire con il cuore di un altro” [6]. L'incontro con l'altro implica la capacità di prendere contatto, di sintonizzarsi con il mondo soggettivo di chi sta vicino mediante una risonanza emozionale individuale.

Viene quindi posta attenzione sulla dimensione intersoggettiva, interindividuale. Viene data rilevanza alla capacità dinamica e vitale di esplorare la realtà esterna attraverso gli organi di senso e a sentire intuitivamente, “come se” gli stati mentali altrui fossero i propri, per mezzo dell'identificazione cognitiva ed empatica [16]. Nella relazione con il paziente si realizza un incontro empatico con il deficit, ossia con la condizione di insufficienza (organica, emotiva, relazionale) dello stesso [52].

Il terapeuta, in un'ottica compassionevole, riconosce tale sofferenza, validandola e riorientandola, all'interno di un movimento regressivo (all'indietro) [51]. Inoltre, il terapeuta, svolge un ruolo attivo nella costruzione della relazione insieme al paziente. Egli non si limita ad indossare i panni dell'osservatore esterno distaccato, silenzioso e neutrale, bensì egli cerca di coinvolgere il paziente in una nuova relazione attraverso la comprensione di quelli che sono i suoi bisogni [16].

La capacità di identificarsi con l'altro e al contempo la capacità di sintonizzarsi e di entrare in connessione con la sofferenza altrui devono essere sviluppate: diventa possibile solo se l'individuo cresce con gli altri e si relaziona con loro [6]. Per poter sviluppare tali capacità divengono necessari un percorso analitico personale e interventi di riflessione e di formazione rispetto al tema, al fine di migliorare la pratica clinica, aspetto evidenziato come necessario dagli stessi operatori [1, 15, 20, 53].

Per quanto riguarda le variabili che possono influenzare le cure compassionevoli, gli operatori hanno evidenziato come gli stessi fattori possono favorirle o al contempo es-



serne un ostacolo. Le variabili emerse sono quindi state: le caratteristiche dei pazienti, dei caregivers, degli operatori stessi e del contesto lavorativo. Per il nostro campione un ruolo chiave è svolto dagli stessi pazienti. Nello specifico, le condizioni cliniche e i sintomi invalidanti promuovono un atteggiamento compassionevole.

Questo aspetto potrebbe essere letto alla luce degli assunti di base delle cure palliative che promuovono una presa in carico globale del paziente e si pongono l'obiettivo di alleviare non solo la sofferenza fisica ma anche quella psicologica e spirituale, favorendo un'adeguata qualità di vita.

La malattia oncologica non implica solo un'un' inferiorità organica ma mette in crisi l'omeostasi psichica dell'individuo che si ammala [9]. La complessità del fenomeno cancro implica quindi un approccio al suo studio e alla sua terapia multimodale e interdisciplinare.

Ne deriva un modello di rete, quale strumento concettuale ed operativo tra paradigmi diversi [50]. Al contempo rende compatibili e amalgamabili differenti interventi e diversi linguaggi, utilizzati da parte delle diverse professionalità che entrano in interazione col paziente [*ibid.*]. Oltre ai fattori clinici vi sono ulteriori caratteristiche imputabili al paziente che possono influenzare l'assistenza in termini compassionevoli: la simpatia, l'età, caratteristiche familiari.

L'età del paziente è considerata da tutti i partecipanti un fattore rilevante: diviene più naturale offrire compassione a pazienti giovani o con a carico figli piccoli. Queste caratteristiche, in termini adleriani, confluiscono nel concetto di Sé Stile di Vita, impronta personale, costante, unica ed irripetibile, costituita da dinamismi psichici, tratti di carattere, costrutti difensivi, emozioni, sentimenti, processi mnemonici, percettivi ed immaginativi [29].

All'interno del contesto di cura, quindi, lo stile di vita del paziente incontra quello del terapeuta, influenzandosi reciprocamente. Inoltre, caratteristiche legate ai caregivers (ad es. l'età) e l'instaurare un rapporto positivo con questi ultimi possono influenzare le pratiche di cura. Il coinvolgimento dei familiari dovrebbe essere costante.

Esso permette di prevenire uno scoraggiamento patologico e al contempo li supporta nel rimodellare le relazioni con il paziente. Creare un buon rapporto con il caregiver da parte dell'operatore equivale ad instaurare una buona alleanza operativa con lo stesso e a renderne maggiormente efficace l'operato con il paziente [25]. Nell'alleanza operativa o di lavoro sono prioritari il coinvolgimento empatico e l'elaborazione delle vicissitudini legate a possibili rotture e riparazioni.

Ci possono essere dei rischi ma anche opportunità di confronto e di approfondimento interpretativo. A tali elementi si aggiunge anche il "patto di non abbandono" (alleanza terapeutica), anche dopo la conclusione del trattamento [47].

Altri aspetti influenti sono legati alle caratteristiche degli operatori sanitari e all'ambiente di lavoro. Il campione ha sottolineato che il benessere personale e il lavorare all'interno di un contesto favorevole (con adeguato numero di risorse e di tempo adeguato dedicato alla relazione con il paziente) favoriscono lo sviluppo di cure compassionevoli. Per quanto riguarda il setting esso è sia esterno che interno.

Nel primo ricadono le condizioni materiali, formali, visibili ed esplicite che delimitano lo scenario ed il campo di azione dove operatore e paziente si incontrano [3]. Al contempo quello interno è determinato dall'approccio mentale del clinico, che si origina dalla disposizione e dall'organizzazione del sapere e dell'esperienza professionale e personale. Il setting, quindi, deve essere funzionale rispetto all'obiettivo di cura e adeguato alle esigenze del paziente [5].

Caratteristiche dei sanitari (tratti di personalità) e il fattore esperienziale in ambito palliativo influenzano l'approccio compassionevole secondo il 72,5% del campione. Nello specifico, l'empatia sembra rivelarsi il fattore maggiormente determinante la compassione. Essa favorisce le capacità relazionali, promuovendo un atteggiamento più umano e sensibile rispetto ai bisogni del paziente e quindi un processo di cura più compassionevole.

L'attitudine empatica comprende la disponibilità da parte del sanitario nell'utilizzare anche parti di sé al servizio del paziente, la sua capacità di cogliere e di utilizzare le opportunità trasformatrici dell'incontro reciproco, il suo coraggio [2, 7].

All'interno del dialogo terapeuta-paziente di clima-distanza si avvia un processo di modulazione continua tra lo stile di vita dell'uno e dell'altro, in cui il paziente può identificarsi nel terapeuta. In tale processo identificativo il paziente può liberarsi di antichi modelli transferali e può ritrovare nell'altro una versione più gestibile di sé [23].

Inoltre, l'esperienza professionale in ambito palliativo e il rapporto con i pazienti possono favorire una lettura più sensibile degli aspetti umani del curare, compresa la compassione. La durata del trattamento psicologico e il legame con il paziente possono influenzare quest'ultima, così come l'aderenza ai trattamenti da parte sia dei pazienti che dei loro caregivers.

Ogni incontro con il paziente deve essere costruito ed affrontato come se fosse l'ultimo, compatibilmente alle condizioni cliniche del proprio assistito [8]. Il terapeuta è infatti chiamato a calibrare il proprio intervento in un lasso di tempo molto breve [9]. Coltivare un dialogo con il paziente determina una maggior consapevolezza ed una cura orientata maggiormente ai temi legati al fine vita.

Il Sentimento Sociale del terapeuta, in contatto con quello del paziente, consente di accompagnarlo nella fase finale di vita, offrendo la possibilità di sentirsi compresi e

riconosciuti. In questo modo il malato non si sentirà più solo nell'affrontare la paura della morte ma sarà accompagnato, sostenuto e rassicurato lungo il difficile percorso che sta affrontando [21]. Il terapeuta, che dovrebbe rappresentare "il guaritore" all'interno della relazione con il proprio paziente, potrebbe a sua volta e all'interno della sua storia di vita essere stato colpito, ferito dalla vita, in quanto essere "finito e mortale".

Tuttavia, egli può trasformare la propria debolezza in forza: un guaritore ferito, grazie alle proprie ferite può comprendere meglio, e quindi curare meglio, quelle altrui [31]. In ultimo, un percorso analitico personale, pratiche e momenti di riflessione e di consapevolezza all'interno del contesto lavorativo rispetto al fine vita possono aiutare gli operatori a fronteggiare l'angoscia di morte, aumentando l'attitudine compassionevole e riducendo il rischio di burnout [12, 37].

Come già espresso precedentemente, i medesimi fattori che favoriscono cure compassionevoli possono al contempo essere vissuti come ostacoli. Le qualità personali degli operatori, nello specifico l'empatia può essere letta in tale duplice veste. Come espresso dai partecipanti, la sintonizzazione con il paziente deve essere modulata e regolata in termini di distanza e vicinanza. Un'eccessiva sintonizzazione con l'altro da sé può essere fonte di sofferenza e fungere da ostacolo all'interno della relazione terapeutica.

Di fronte ad un paziente oncologico emerge l'antica insufficienza dell'individuo e la necessità di considerare una visione globale dell'insieme uomo, inteso come individuo indivisibile e di osservarlo all'interno delle relazioni che intrattiene [41]. L'angoscia che il terapeuta può provare di fronte a situazioni cliniche di malattia percepite come irrisolvibili, il sentirsi sovrastati dal senso di impotenza di fronte alla minaccia di disorganizzazione o di annullamento dell'identità del Sé, possono portarlo a sentire le stesse emozioni provate dal paziente [23].

Il terapeuta può sentire un dolore frustrante correlato alla mancanza di uno strumento onnipotente, guaritore e risolutore. Quel dolore, quell'impotenza, possono portare alla sensazione che nessuno strumento possa essere in grado di sanare l'irreversibile.

Questi vissuti possono rendere difficoltosa la creazione della relazione e quindi di un'alleanza terapeutica con il malato [11]. Il compito del terapeuta è di restituire l'emozione corrispondente in modo più gestibile dal paziente [23].

Anche i caregivers svolgono un ruolo ambivalente rispetto alla relazione con il clinico: possono da un lato favorire la *compliance* del paziente rispetto ai trattamenti e possono contribuire al mantenimento di una relazione soddisfacente con l'équipe curante; dall'altra convinzioni e pregiudizi da parte dei caregivers verso i sanitari, i trattamenti e il piano di cura possono ostacolare il percorso terapeutico.

L'équipe curante è quindi chiamata a strutturare un intervento integrato che possa svolgere il ruolo di rete protettiva, contenendo in ottica protettiva il sentimento di minaccia del paziente, lo scoraggiamento della famiglia e la disperazione iatrogena del sanitario stesso alimentata dall'angoscia originaria del paziente [39].

La maggior parte del campione ha evidenziato la natura innata della compassione; tuttavia, ritiene che essa possa essere coltivata attraverso pratiche di auto-cura, momenti di auto-riflessione e di condivisione dei vissuti attivati dall'assistenza.

Essa, quindi, può essere insegnata e trasmessa, soprattutto attraverso meccanismi imitativi, osservando e ascoltando l'esempio dell'altro. Dalle discussioni è emersa quindi la forte necessità di approfondire il tema della compassione, attraverso momenti di formazione e di discussione grupppale [13].

La dimensione grupppale, quale spazio di condivisione, è stata valorizzata da tutti i partecipanti. L'équipe può essere definita in termini di costellazione familiare dove ciascun membro è legato agli altri secondo linee che segnano la distanza e la direzione. Ciascun membro, seppur legato agli altri, conserva la sua individualità e la possibilità di sviluppare il proprio progetto di vita, ma entro i limiti del gruppo [34].

Inoltre, l'équipe non va concepita come una cellula a sé stante ma in interazione costante con il contesto in cui vive, in un rapporto segnato dagli scambi che dovrebbero favorire reciproci arricchimenti [10]. Le differenze individuali diventano risorsa a cui attingere per migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro caregivers. Il Sé Creativo e il Sentimento Sociale di ciascuno, mediante processi imitativi e di riflessione condivisa, vengono fatti propri, vengono amplificati ed arricchiti [42].

L'incontro con gli altri e quindi i momenti presenti diventano momenti di incontro, attraverso la comprensione empatica -basata su simulazione incorporata e sintonizzazione intenzionale- che funge da contesto e cornice emotivo affettiva. Questi sarebbero gli agenti necessari e forse sufficienti del processo di cambiamento [22].

Tutto ciò avviene attraverso l'integrazione delle peculiarità che ciascuna figura professionale è disposta a mettere in gioco nei momenti di riflessione e di discussione comuni. Si genera quindi una nuova realtà più autentica, empatica ed attenta ai bisogni del singolo [40].

Oltre, quindi, allo spazio gruppo come risorsa altri due aspetti sono risultati rilevanti: l'utilità della compassione nella pratica clinica e la necessità formativa. Maggiore è la conoscenza della compassione, maggiore è l'importanza data alla cura compassionevole e di conseguenza alla formazione. Secondo il campione la compassione è aspetto rilevante per alleviare la sofferenza dei pazienti. Una cura compassionevole migliora la qualità di vita dei pazienti e la relazione con i colleghi [15, 43].

## VI. *Conclusion*

Lo studio conferma l'importanza e la centralità della compassione all'interno del percorso di cura e della relazione operatore sanitario-paziente.

La presa in carico di quest'ultimo, anche durante l'ultima fase di vita, dovrebbe essere effettuata in un'ottica di cooperazione volta a favorire un approccio creativo basato sulla condivisione della sofferenza [44]. Il terapeuta, mediante un atteggiamento compassionevole, può avviare quel processo di incoraggiamento che infonde la fiducia nel paziente e gli permette di fronteggiare i sintomi invalidanti.

Al contempo può ridare valore al paziente che si sentirà meritevole di attenzione e di stima [46]. Le risposte del campione hanno evidenziato la multidimensionalità del costrutto, su cui possono incidere fattori legati ai pazienti, ai caregivers ed agli stessi sanitari.

Per quanto concerne questi ultimi, la *ferita del guaritore* appare come la premessa-condizione della speciale propensione compassionevole dell'agire terapeutico, dove la compassione definisce una strategia particolarmente evoluta rispetto all'empatia, di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi [24].

Ai sanitari è quindi richiesta la capacità di mettere in gioco parti di sé ma al contempo di essere in grado di modulare la vicinanza-distanza dal paziente [45]. In ultimo, la compassione è in parte innata ma può anche essere coltivata ed appresa durante l'esperienza di vita e professionale mediante spazi e momenti di confronto gruppal.

La formazione può diventare conoscenza di sé, all'interno di un'esperienza emotiva e cognitiva con gli altri. Nello specifico, la formazione del profondo del terapeuta alla conoscenza di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro è necessità scientifica ed etica al contempo [23].

L'apprendimento può migliorare il *saper fare*, la pratica clinica del sanitario, ma al contempo affinare il *saper essere*, il saper incontrare il paziente, all'interno di una dimensione relazionale empatica e compassionevole [26].

## Bibliografia

- 1 ABEL, J., KELLEHEAR, A., KARAPLIAGOU, A. (2018), Palliative care: the new essentials, *Ann. Palliat. Med.*, 7(Suppl 2), S3–S14.
2. ACCOMAZZO, R. (1998), “L’interpretazione nei gruppi ad indirizzo analitico”, Relazione a Seminario SAIGA, Torino.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. ADLER, A. (1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, tr. it. I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
7. BALINT, M. (1966), *Die technischen Experimente Sándor Ferenczis*, *Psyche*, 20(12): 904-925.
8. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2007), L’esperienza del dolore: trattamento psicofarmacologico e psicologico a confronto, *Giornale Italiano di Psiconcologia*, vol. 9, 2: 76-84.
9. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-93.
10. BOVERO A, TORTA, R. (2010), Aspetti profondi della morte: riflessioni sull’esperienza del morire e sugli approcci d’intervento, *Psicologi a confronto*, 1: 31-47.
11. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un’esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70:111-125.
12. BOVERO, A. (2020), Vita e morte nell’era del Covid-19: un’esperienza adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 88: 23-39.
13. BOVERO, A., ADRIANO, B., DI GIROLAMO, I., TOSI, C., ORSI, L., RICETTO, C., BOTTO, R. (2022), Compassion: Learning Needs and Training Opportunities-a Survey Among Palliative Healthcare Providers in Italy. *J Cancer. Educ.*, Pubblicazione online preliminare, <https://doi.org/10.1007/s13187-021-02093-0>
14. BRAY, L., O’BRIEN, M. R., KIRTON, J., ZUBAIRU, K., & CHRISTIANSEN, A. (2014), The role of professional education in developing compassionate practitioners: a mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registration students. *Nurse Educ. Today*, 34(3), 480–486.
15. BRITO-PONS, G., LIBRADA-FLORES, S. (2018), La compassione nelle cure palliative: una recensione. *Curr. Opin. Support Palliat. Care*, 12(4), 472–479.
16. CAVALLI, E., BOVERO, A. (2015), La risonanza emotiva del terapeuta a contatto con un minore oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 77: 129-141.
17. CHOCHINOV H. M. (2007), Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335(7612), 184–187.

18. CRAWFORD, P., BROWN, B., KYANGARSNES, M., & GILBERT, P. (2014), The design of compassionate care. *J. Clinic. Nurs.*, 23(23-24), 3589–3599.
19. CROSS L. A. (2019), Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *J Hosp. Palliat. Nurs.*, 21(1), 21–28.
20. EIFE, G., MANSAGER, E., WITTE, K. H. (2021), Adlerian Depth Psychotherapy: Intersubjective and Relational Elements, *J. Individ. Psychol.*, 77(3).
21. ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.
22. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
23. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
24. FASSINO, S., FERRERO, A. (2019), Brevi considerazioni a proposito del cambiamento in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 107-111.
25. FASSINO, S., MAROZIO, S., PREDÀ, S., SICCARDI, S., LEOMBRUNI, P. (2006), Per un approccio psicodinamico nella clinica della demenza senile, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60, 93-110.
26. FASSINO S., PANERO, M. (2012), Dal linguaggio degli organi di Adler alla nuova medicina di per sé psicosomatica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71, 5-34.
27. FERNANDO, A., REA, C., & MALPAS, P. J. (2018), Compassion from a palliative care perspective. *N. Z. Med. J.*, 131(1468), 25–32.
28. FERRAZ, S. L., O'CONNOR, M., & MAZZUCHELLI, T. G., 2020. Exploring Compassion from the Perspective of Health Care Professionals Working in Palliative Care. *J. Palliat. Med.*, 23(11), 1478–1484.
29. FERRIGNO, G. (2005). Il “piano di vita”, i processi selettivi dello “stile di vita” e la comunicazione intenzionale implicita della “coppia terapeutica creativa”: dalla “teoria” alla “clinica”. *Riv. Psicol. Indiv.*, 58, 59-97.
30. FERRIGNO, G. (2006) Alfred Adler e la mente relazionale. *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 3-6.
31. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità. *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
32. FIGLEY, C.R. (2013), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, Routledge, Londra.
33. KHANJANI, S., ASMARI BARDEZARD, Y., FOROUGHI, A., & YOUSEF, F. (2021), Burnout, compassion for others and fear of compassion: a quantitative study in Iranian nurses. *Trends Psychiatry Psychother.*, 43(3), 193–199.
34. MAZZOLI, G. (2005a), *La psicoterapia oggi: quale risorsa per individui e famiglie in difficoltà?* Il Sagittario, 19: 143-154.
35. MAZZONE, M., SAGLIO G. (1997), Paziente, costellazione familiare e gruppo curante: una metodologia di intervento nelle psicosi. *Riv. Psicol. Indiv.*, 41: 33-46
36. MC VICAR, A., PETTIT, A., KNIGHT-DAVIDSON, P., & SHAW-FLACH, A. (2021), Promotion of professional quality of life through reducing fears of com-

- passion and compassion fatigue: Application of the Compassionate Mind Model to Specialist Community Public Health Nurses (Health Visiting) training. *J. Clinic. Nurs.*, 30(1-2), 101–112.
37. MONTROSS-THOMAS, L. P., SCHEIBER, C., MEIER, E. A., IRWIN, S. A. (2016). Personally meaningful rituals: a way to increase compassion and decrease burnout among hospice staff and volunteers. *J. Palliat. Med.*, 19(10): 1043-1050.
38. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler. *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36
39. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel “setting” adleriano. *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
40. PARENTI, F., con la collaborazione di ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano.
41. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler: teoria generale adleriana, lineamenti di psichiatria dinamica, metodologia e tecniche di analisi*, Astrolabio.
42. PARENTI, F. e coll. (1989), *Alfred Adler, Antologia ragionata*, Istituto Alfred Adler di Milano, Cortina, Milano.
43. RAAB K. (2014), Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J. Health Care Chaplain.*, 20(3), 95–108.
44. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50
45. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dos.*, 1: 94-21.
46. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d’aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
47. ROVERA, G. G. (2014), Competizione/cooperazione. *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 5-13.
48. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-31.
49. ROVERA, G. G. (2016), La Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 63-83
50. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., MUNNO, D., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75,1.
51. SCHMIDT, R. (1985), Neure Entwisklungen der Individualpsychologie in deutsch sprachigen Raum, *Zeit. Indiv. Psychol.*, 10: 226-236.
52. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beitr. z. Individualpsychol*, 6: 90-99.
53. SHIH, C. Y., HU, W. Y., LEE, L. T., YAO, C. A., CHEN, C. Y., CHIU, T. Y. (2013), Effect of a compassion-focused training program in palliative care education for medical students, *Am. J. Hosp. Palliat. care*, 30(2): 114–120.
54. SINCLAIR, S., HACK, T. F., RAFFIN-BOUCHAL, S., MC CLEMENT, S., STAJDUHAR, K., SINGH, P., HAGEN, N. A., SINNARAJAH, A., & CHOCHINOV, H. M. (2018), What are healthcare providers’ understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: a grounded theory study of healthcare providers in Canada, *BMJ*, 8(3), e019701.
55. SINGER, T., & KLIMECKI, O. M. (2014), Empathy and compassion. *Curr. Biol.*, 24(18), R875–R878.



56. SMITH-MACDONALD, L., VENTURATO, L., HUNTER, P., KAASALAINEN, S., SUSSMAN, T., MC CLEARLY, L., THOMPSON, G., WICKSON-GRIFFITHS, A., & SINCLAIR, S. (2019), Perspectives and experiences of compassion in long-term care facilities within Canada: a qualitative study of patients, family members and health care providers. *BMC Ger.*, 19(1), 128.
57. SUNDUS, A., YOUNAS, A., FAKHAR, J., & SUGHRA, U. (2020), Pakistani nursing students' perspectives of compassion: A convergent mixed methods study. *J. Profess. Nurs.*, 36(6), 698–706.

Alessandra Loreta Cito  
SC Psicologia Clinica e della Salute - ASL AT  
Corso Dante 102  
I-14100 Asti  
E-mail: cito.alessandra@gmail.com

Alexa Pidinchedda  
Corso Bramante 61  
I-10126 Torino  
E-mail: alexapidinchedda@icloud.com

Chiara Tosi  
Hospice "Vittorio Valletta" - Torino  
Via Farinelli n. 25  
I-10135 Torino  
E-mail: chiara.tosi.88@icloud.com

Andrea Bovero  
SSD Psicologia Clinica  
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino  
Corso Bramante 88/90  
I-10126 Torino  
E-mail: abovero@cittadellasalute.to.it