

# Le radici del dolore e della motivazione nel tempo di cura: la compassione nel vissuto degli infermieri impegnati nella pandemia covid-19 in Italia

*Martina Di Schiena<sup>1</sup>, Aurelio Filippini<sup>2</sup>, Paola Arcadi<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>RN, Oncoematologia IRCCS Humanitas Research Hospital

<sup>2</sup>RN, MSN, PhD, Componente Centro di Ricerca in Etica Clinica Università dell'Insubria

<sup>3</sup>RN, MSN, PhD student Corso di Laurea in Infermieristica, Università Degli Studi di Milano, ASST Melegnano-Martesana

Corrispondenza: paola.arcadi@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione** La compassione è il sentimento per il quale un individuo percepisce emozionalmente la sofferenza altrui desiderando di alleviarla. La compassione è stata definita come il bene più prezioso dell'assistenza infermieristica, risultato di un autentico legame tra infermiere e paziente. La prima ondata di pandemia di covid-19 ha determinato sofferenza e dolore per i pazienti contagiati e in isolamento. Differenti studi hanno evidenziato atti di compassione da parte degli infermieri in tale periodo pandemico, senza tuttavia descrivere come tale condizione umana si sia manifestata. Scopo dello studio è esplorare il sentimento di compassione nel vissuto degli infermieri impegnati nella pandemia covid-19 in Italia, nei mesi di marzo e aprile 2020, al fine di evidenziarne gli attributi fondamentali.

**Materiali e metodi** È stato condotto uno studio qualitativo. Mediante campionamento propositivo secondo criterio, sono stati arruolati infermieri coinvolti nelle cure ospedaliere e/o territoriali sul territorio italiano. A seguito dell'effettuazione di interviste semi strutturate per via telematica e contestualmente audio registrate, si è proceduto all'analisi dei dati secondo la Qualitative Content Analysis.

**Risultati** Sono stati intervistati 20 infermieri. Sono emersi i seguenti 4 temi: fattori che hanno generato il sentimento di compassione, fattori ostacolanti, attributi e conseguenze della manifestazione del sentimento di compassione.

**Conclusioni** Dai risultati reperiti è possibile affermare la fondamentale importanza della condizione umana di compassione espressa dagli infermieri nella relazione di cura con il paziente affetto da covid-19 e gli esiti sulla salute, nonché la necessità di supportare i professionisti nella relazione compassionevole.

**Parole chiave:** Covid-19, compassione, studio qualitativo, infermieri.

## The roots of pain and motivation in the time of care: compassion in the lived experience of nurses engaged in the covid-19 pandemic in Italy

### ABSTRACT

**Introduction** Compassion is the feeling for which an individual emotionally perceives the suffering of others by wishing to alleviate it. Compassion has been defined as the most precious asset of nursing, the result of a genuine bond between nurse and patient. The first wave of covid-19 pandemic has caused suffering and pain for infected and in isolation patients. Several studies have shown acts of compassion on the part of nurses during this pandemic period, without describing how this human condition manifested itself. The aim of the study is to explore the feeling of compassion in the lives of nurses engaged in the covid-19 pandemic in Italy, in March and April 2020, in order to highlight its fundamental attributes.

**Methods** A qualitative study has been carried out. By means of proactive sampling according to criterion, nurses involved in hospital and/or territorial care on Italian territory were recruited. Following the conduct of semi-structured interviews electronically and simultaneously recorded audio, the data were analyzed according to qualitative content analysis.

**Results** 20 nurses were interviewed. The following 4 themes emerged: factors that generated the feeling of compassion, hindering factors, attributes and consequences of the manifestation of feeling of compassion.

**Conclusions** From the results found it is possible to affirm the fundamental importance of the human condition of compassion expressed by nurses in the relationship of care with the patient suffering from covid-19 and health outcomes, as well as the need to support professionals in the compassionate relationship.

**Key words:** Covid-19, compassion, qualitative study, nurses.

## INTRODUZIONE

La compassione (dal latino *cum patior*, soffrire con), è definibile come “*il sentimento per il quale un individuo percepisce emozionalmente la sofferenza altrui desiderando di alleviarla*” (Volpicelli, 1978) e rappresenta l'unica condizione umana in grado di generare un'azione volta al sollievo del dolore altrui (Nussbaum, 1996, Shantz, 2007, Goetz et al, 2010). La compassione chiede di andare dove fa male, di entrare nei luoghi del dolore, di condividere la rottura, la paura, la confusione e l'angoscia, permettendo il dispiegarsi di atti compassionevoli grazie ai quali, citando le parole di Mortari (2013a), “*il dolore dell'altro, non resta altro*”.

La motivazione ad alleviare le sofferenze altrui rappresenta l'elemento centrale del sentimento di compassione e “*chi prova compassione percepisce la forza di questa condivisione e della connessione con l'intero genere umano e subito sente sollievo*”. (Zighetti, 2016).

Per Shantz (2007), la compassione risulta essere il bene più prezioso dell'assistenza infermieristica e la prestazione di cure compassionevoli è più di un mandato professionale o un attributo di un modello espresso in termini teorici: è il risultato di un legame autentico tra infermiere e paziente (Burnell, 2009), capace di generare profonda gratificazione (Sacco e Copel, 2017). Sinclair e colleghi (2017) specificano infatti che l'azione compassionevole genera conseguenze positive nei pazienti, rendendoli maggiormente partecipi al percorso di cura e in grado di percepire positivamente la qualità dell'assistenza fornitagli, e sviluppa nei curanti gratitudine e accrescimento della motivazione all'aiuto.

Tuttavia, l'espressione del sentimento di compassione espone gli infermieri ad un alto rischio di affaticamento emotivo, definito dalla letteratura “*compassion fatigue*” (Coetzee e Klopper, 2010, Sacco e Copel, 2017, Peters, 2018), ovvero uno stato prevenibile di esaurimento che si manifesta come un declino di energie fisiche ed emotive - derivante dall'esposizione cronica alla sofferenza degli altri - e con rabbia, impotenza, disagio ed elevato stress (Peters, 2018).

La pandemia di Covid-19, che ha coinvolto in modo profondo il nostro Paese, ha messo di fronte gli infermieri ad uno scenario di estrema sofferenza, causato sia dai numeri imponenti del contagio e dalle restrizioni imposte, sia dall'incertezza clinica e organizzativa che ha accompagnato particolarmente il picco epidemico durante la prima ondata.

In Italia, nei mesi di marzo e aprile 2020, si è assistito infatti ad una richiesta enorme di cura e di assistenza  
L'infermiere, 2021;58:1:e7-e17

alle persone contagiate e con sintomi gravi, che si sono riversate nelle strutture di ricovero e cura impegnate a riorganizzarsi - per riuscire a sostenere l'impatto sull'intero sistema - attraverso il potenziamento delle terapie intensive, la creazione di reparti dedicati e il convogliamento di tutte le risorse professionali nella cura dei pazienti positivi. (Spina et al., 2020).

Gli infermieri hanno lavorato con ritmi di lavoro frenetici, nel rigoroso rispetto delle faticose procedure di vestizione (Nacoti et al. 2020, Bagnasco et al, 2020, Liu et al, 2020, Nie et al., 2020, Carr, 2020), convivendo con la paura del contagio e con quella di diventare essi stessi vettori di infezione per i propri cari (Chiang et al., 2007; Bagnasco et al., 2020; Nacoti et al., 2020).

In aggiunta, i professionisti hanno vissuto un'esperienza di disagio e di impotenza correlata allo stretto contatto il dolore, con la sofferenza e con la solitudine dei pazienti, divenendo il loro unico punto di riferimento (Arcadi et al. 2020; Sun et al., 2020a; Liu et al, 2020).

La pandemia, infatti, ha costretto i pazienti alla distanza, alla solitudine e all'isolamento dai propri affetti (Harden et al., 2020), oltre all'impossibilità di essere degnamente accompagnati nel momento della morte (Pattison, 2020, Schroeder et al, 2020). La pandemia è diventata presto non più solamente un'emergenza sanitaria, ma una vera e propria emergenza relazionale, nella quale l'infermiere ha rivestito un ruolo cardine, bussola nell'orientare il paziente nel buio dell'incertezza e della paura provati a seguito del contagio (Zhang et al., 2020).

Si è creato un parallelismo sinergico tra pazienti ed infermieri, costringendo spesso quest'ultimi a vivere nella stessa condizione di solitudine degli assistiti, lontani dai propri affetti familiari (Turale, 2020). Tale situazione ha provocato un forte affaticamento emotivo e psicologico che ha determinato un aumento di stati d'ansia, disturbi del sonno, stress e sintomi depressivi (Barello et al, 2020, Huang & Zhao, 2020; Jackson et al., 2020; Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; Simonetti et al., 2020; Usher, Durkin, & Bhullar, 2020; Zhang et al., 2020). Nonostante tale disagio percepito, gli infermieri hanno manifestato una forte capacità di coping, antepoendo lo spirito di servizio al soddisfacimento dei propri bisogni e benessere psico-fisico (Kang et al., 2018; Fernandez et al., 2020; Sun et al., 2020), e facendo emergere atti di compassione, coraggio e resilienza nell'assistenza ai pazienti contagiati (Legido-Quigley et al., 2020; Liu et al., 2020; Smith et al., 2020).

Gli studi effettuati fin ora non si sono però addentrati

nelle modalità con le quali si sono manifestate le azioni compassionevoli, e mancano studi nel contesto italiano.

Data l'importanza della condizione umana di compassione nell'assistenza infermieristica, in tutta la sua essenza, risulta pertanto necessario indagare primariamente come essa si sia manifestata nel vissuto degli infermieri impegnati nell'assistenza ai pazienti affetti da Covid-19 nel nostro Paese.

Scopo del presente studio è dunque quello di esplorare il sentimento di compassione nel vissuto degli infermieri impegnati nella prima ondata di pandemia di covid-19 in Italia, al fine di evidenziarne gli attributi fondamentali.

## MATERIALI E METODI

### *Disegno di studio*

Studio qualitativo descrittivo

### *Campione*

È stato utilizzato un campionamento propositivo secondo criterio (Polit e Beck, 2014). Sono stati arruolati infermieri operanti in strutture ospedaliere e territoriali, pubbliche e private, presenti sul territorio italiano. Sono stati inclusi nello studio infermieri che hanno lavorato continuativamente nell'assistenza diretta a pazienti con diagnosi di Covid-19 nei mesi di marzo e aprile 2020; il periodo scelto coincide con il picco pandemico descritti nel background. Sono stati esclusi infermieri risultati positivi al SARS CoV-2 nel periodo considerato, poiché tale elemento avrebbe potuto influenzare il vissuto relativo al tema di indagine. Il campionamento si è protratto fino al raggiungimento della saturazione dei dati (Della Porta, 2014).

### *Raccolta dati*

La raccolta dei dati è stata effettuata nei mesi di giugno e luglio 2020.

I dati sono stati raccolti mediante intervista in profondità realizzata con sistema di videochiamata a scelta dell'intervistato. In accordo con la legislazione vigente in merito al trattamento dei dati sensibili ed il rispetto dell'anonimato, prima dell'effettuazione di ogni intervista, ciascun partecipante ha fornito il proprio consenso verbale all'audio registrazione, previa lettura dello stesso da parte dei ricercatori.

Le interviste vertevano sulle seguenti domande:

- In base alla sua esperienza professionale e personale, cosa significa per lei il termine "compassione"?
- Può raccontarmi una o più situazioni in cui ha vissuto la compassione nell'assistenza ai pazienti affetti da Covid-19?

Per ogni intervista sono state redatte le note di campo, riportate sotto forma di brevi commenti.

Per garantire l'affidabilità dello studio eseguito è stata realizzata un'intervista di pilota con lo scopo di perfezionare il metodo e gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati (Weiss, 1995).

### *Analisi dei dati*

Le interviste effettuate sono state audio registrate e successivamente trascritte integralmente attribuendo un codice identificativo a ciascuna intervista.

L'analisi dei dati si è condotta seguendo il metodo della *Qualitative Content Analysis* (Graneheim e Lundman, 2004), e praticando il *bracketing* in tutte le fasi (Fain, 2004). Si è proceduto all'individuazione di unità di significato presenti in ciascuna intervista, ovvero frasi significative o parole chiave per il contenuto espresso rispetto all'argomento di studio, avvalendosi di un approccio selettivo. Le differenti unità di significato sono state raggruppate tra loro per similitudine di significati espressi e dall'accorpamento delle stesse sono emerse una serie di sottocategorie differenti tra loro. Successivamente le sottocategorie sono state condensate per affinità di contenuti in categorie le quali, infine, sono state catalogate dando origine alle tematiche principali (Weiss, 1995).

Per garantire l'affidabilità dell'intero percorso di ricerca, l'analisi e la codifica delle trascrizioni è stata condotta in forma indipendente dai ricercatori ed è stata successivamente effettuata una validazione consensuale.

Non è stato usato un software per l'analisi dei dati.

L'analisi si è conclusa al raggiungimento della saturazione dei dati.

### *Considerazioni etiche*

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria.

È stato chiesto a tutti i partecipanti un consenso scritto alla registrazione audio delle interviste. Per garantire l'anonimato della persona, ciascuna trascrizione dell'intervista è stata codificata numericamente in ordine crescente. La ricerca si è svolta secondo le linee guida di Helsinki.

## RISULTATI

Sono stati intervistati 20 infermieri, prevalentemente di sesso femminile, (n = 13, pari al 65%), con età media di 39,7 anni (DS = 7,86).

I principali dati socio-demografici sono riportati nella tabella 1.

La durata media delle interviste è stata di 40 minuti (la più breve è durata 30 minuti, la più lunga 60 minuti). L'analisi dei dati ha permesso di ricavare 27 sottocategorie.

Dalla condensazione delle sottocategorie per similitudine di contenuto, sono state evidenziate 11

categorie, sintetizzate in 4 temi principali.

	Genere	Età	Area lavorativa in relazione al periodo covid	Anni di esperienza lavorativa	Regione di provenienza
001	Femmina	29	Area critica	5	Lombardia
002	Femmina	45	Degenza covid	21	Toscana
003	Maschio	35	Area critica/territorio	10	Emilia-Romagna
004	Femmina	31	Degenza covid/territorio	9	Lombardia
005	Femmina	35	Area critica	12	Lombardia
006	Femmina	38	Area critica	14	Basilicata
007	Femmina	45	Degenza covid	26	Lombardia
008	Maschio	27	Degenza covid	4	Campania
009	Femmina	37	Servizi territoriali (ADI)	14	Lombardia
010	Femmina	31	Area critica	8	Lombardia
011	Femmina	45	Area critica	20	Lombardia
012	Femmina	38	Terapia sub-intensiva	15	Lazio
013	Femmina	54	Area critica	7	Liguria
014	Maschio	41	Area critica	17	Lazio
015	Maschio	34	Area critica	6	Emilia-Romagna
016	Femmina	49	Degenza covid	30	Emilia-Romagna
017	Femmina	47	Degenza covid	22	Veneto
018	Maschio	54	Area critica	23	Lombardia
019	Maschio	36	Area critica	9	Lombardia
020	Maschio	43	Area critica	20	Veneto

**Tabella 1. –** Caratteristiche socio demografiche partecipanti.

La tabella sottostante (Tabella 2) rappresenta le sottocategorie, le categorie ed i temi emersi dall'analisi dei dati.

#### *Fattori che hanno generato il sentimento di compassione*

Dalle parole narrate sono emersi alcuni fattori che, più di altri, hanno fatto scaturire il sentimento di compassione negli intervistati. In primo luogo, la condizione di solitudine nella quale versavano i pazienti ha determinato un vissuto di estrema sofferenza negli infermieri. La mancata vicinanza degli affetti nella quotidianità, e in particolar modo nel momento drammatico della morte, ha suscitato un dolore emotivo capace di esitare in azioni compassionevoli. In ogni attimo della relazione di cura la solitudine diveniva manifesta attraverso il pianto, la verbalizzazione della mancanza del focolaio domestico, gli sguardi smarriti ed impauriti, come citato in questo stralcio: *“la solitudine che hanno provato, secondo me, non è paragonabile (...), il pensare alla loro solitudine mi ha fatto provare compassione, mi ha fatto iniziare a capire che forse dovevamo rimettere in gioco un po' anche quel sentimento”* (intervista 001) e anche nelle parole di questo collega: *“Le persone che ho visto morire, in quel momento, era come se mi dicessero attraverso il loro sguardo: non mi lasciare, non mi abbandonare, almeno tu!”* (intervista 008).

L'intero processo del morire è stato vissuto come

alterato, e tale da muovere a compassione i partecipanti allo studio. Una morte improvvisa, inaspettata, e spogliata della sua dignità: queste le parole ricorrenti nelle interviste effettuate.

*“dovevamo prendere un bidone con 1L di candeggina e 9L di acqua ed immergervi le lenzuola con le quali avremmo avvolto la salma completamente nuda (...), questa preparazione mi ha devastata [si commuove], dove sta la dignità in tutto questo?”* (intervista 013).

Nella prima ondata pandemica, infermieri e pazienti sono stati accomunati dallo stesso sentire; fattore, quest'ultimo, che ha facilitato l'espressione di atti compassionevoli e di spinta all'aiuto. Dalle interviste, infatti, è emersa una completa identificazione nei pazienti, data dalla consapevolezza di vivere il medesimo rischio di contagio, la stessa condizione di solitudine e la comune misconoscenza della malattia e delle sue conseguenze.

*“Pensavi sempre che non fossi immune dal covid-19, poteva succedere anche a te di essere contagiato essendo una persona normale (...) in quel caso ho provato maggiormente questo sentimento perché immaginavo come sarebbe stato dall'altra parte, se ci fossi stato io, come avrei reagito, come l'avrei presa”* (intervista 015).

*“emergeva quel sentimento compassionevole nei loro confronti, perché non era una malattia a noi conosciuta, noi lottavamo con armi giocattolo, con armi lego”* (intervista 006).

TEMI	CATEGORIE	SOTTOCATEGORIE
Fattori che hanno generato il sentimento di compassione	Percezione della solitudine come maggior sofferenza generante dolore emotivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza degli affetti nella quotidianità</li> <li>• Morte priva della vicinanza di un familiare</li> </ul>
	Alterazione del processo di morte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morte improvvisa e inaspettata</li> <li>• Mancata dignità nella preparazione della salma</li> </ul>
	Identificazione dell'infermiere nel paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medesimo rischio di contagio</li> <li>• Medesima condizione di solitudine</li> <li>• Medesima mancanza di conoscenza della malattia</li> </ul>
Fattori che hanno ostacolato il manifestarsi del sentimento di compassione	Fattori personali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distacco emotivo come forma di protezione e autodifesa</li> <li>• Distacco fisico dettato dalla paura del contagio e di contagiare</li> </ul>
	Fattori relazionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criticità dell'assistito e mancata comunicazione verbale</li> <li>• Dispositivi di protezione individuali come barriere limitanti la manifestazione dei gesti di corporeità</li> </ul>
	Fattori sistemici, organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza di tempo</li> <li>• Numerosità degli assistiti</li> <li>• Riorganizzazione assistenziale</li> <li>• Mancanza di cure personalizzate</li> </ul>
Attributi della compassione	Desiderio intimo di alleviare l'altrui sofferenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espressione di vicinanza mediante gesti di corporeità</li> <li>• Espressione di vicinanza mediante valorizzazione del dialogo</li> <li>• Volontà di soddisfare i bisogni espressi</li> </ul>
	Approccio empatico nella relazione di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione attiva alle videochiamate con i familiari</li> <li>• Comprensione attraverso lo sguardo</li> </ul>
Conseguenze della manifestazione del sentimento di compassione	Affaticamento emotivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fattore protettivo del gruppo come supporto, aiuto e condivisione</li> <li>• Spinta motivazionale altruistica</li> <li>• Pianto e sentimento di impotenza come espressione dell'affaticamento emotivo</li> <li>• Pensiero costante al paziente e alla sua sofferenza</li> </ul>
	Potenziamento del ruolo di advocacy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unico riferimento per il paziente</li> <li>• Ruolo di interconnessione con la famiglia</li> </ul>
	Sentimento di gratificazione intrinseca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporto di cura più profondo</li> <li>• Sollievo della sofferenza percepita dai pazienti</li> </ul>

**Tabella 2.** – Temi, categorie, sottocategorie.

*Fattori che hanno ostacolato il manifestarsi del sentimento di compassione*

Le testimonianze raccolte ci consegnano alcuni vissuti di fatica che hanno reso difficile l'espressione della compassione. Gli infermieri narrano infatti di un

distacco emotivo, agito come forma di protezione ed autodifesa necessaria per evitare l'eccessivo coinvolgimento, e come meccanismo di difesa dal forte carico emozionale subito.

*“Parlerei un po' di autodifesa. In alcuni momenti ho dovuto difendermi da quello che c'era intorno a me*

(...) questo è stato uno stacco che ho proprio voluto io perché stavo crollando e quindi avevo bisogno di distaccarmi mentalmente da quella tragedia” (intervista 006).

Il distacco dal paziente si è manifestato anche a livello fisico, a causa della paura del contagio e di diventare vettori dell'infezione nei confronti dei propri cari; il contatto fisico con il paziente viene descritto come caratterizzato da contatti fugaci e limitati nel tempo.

Ad ostacolare ulteriormente l'espressione della condizione umana di compassione degli infermieri sono stati evidenziati alcuni impedimenti causati dalle condizioni di criticità vitale dei pazienti che ne limitavano l'espressione verbale, e dalle barriere fisiche determinate dall'obbligo di dover indossare i dispositivi di protezione necessari.

*“le tute protettive non lasciavano praticamente intravedere nulla e non permettevano di metterci in relazione attraverso la corporeità, attraverso gli sguardi e quindi in qualche modo togliavamo tutto ciò che c'è di bello, secondo me, nel fare il nostro lavoro, al di là della manovra tecnica”* (intervista 003).

Ulteriore ostacolo all'azione compassionevole è riconducibile alla mancanza di tempo da dedicare ai pazienti, narrata dagli intervistati con sentimento di disagio. Gli infermieri raccontano di essersi sentiti travolti da ritmi di lavoro incalzanti, in un contesto organizzativo caotico e sovvertito che poco ha lasciato spazio alla personalizzazione delle cure.

*“c'era un ricambio molto forte e non si aveva il tempo materiale di rendersi conto di provare compassione per un paziente (...) tanti pazienti che arrivavano venivano intubati e dopo nemmeno 24 ore morivano, non avevamo proprio il tempo di comprendere quello che stava succedendo. Per quei pochi che riuscivano a rimanere in vita, la mole di lavoro era talmente alta che non ti rendevi conto, non avevi il tempo di pensare alla compassione”* (intervista 007).

#### Attributi della compassione

Il desiderio intimo di alleviare l'altrui sofferenza si è manifestato, nei partecipanti, con l'espressione di vicinanza mediante gesti di corporeità, con la valorizzazione del dialogo e con la volontà esplicita di soddisfare i bisogni espressi dai pazienti.

Gli atti di corporeità sono risultati il simbolo della capacità degli infermieri di oltrepassare le barriere fisiche dei dispositivi di protezione, facendo percepire all'assistito l'intimo calore del gesto di cura, manifestato attraverso la presenza, un “esserci” anche con il calore del tatto e con l'attenzione alle piccole cose del quotidiano.

*“un tocco lieve con uno sguardo di presenza in ogni piccola procedura, penso abbia trasmesso tutta la mia vicinanza. Questo e solo questo potevo fare.”*

(intervista 015).

*“Nel paziente intubato e sedato cercavo il più possibile di ridurre tutti i fattori di stress, banalmente, tenendogli i capelli legati o valorizzando il benessere in quello stare nel letto, cercavo di fare il massimo per loro (...) in quel periodo ti prendevi totalmente cura del malato e dei suoi bisogni”* (intervista 019).

Dalle interviste emerge un attributo definito “il cuore della compassione”: l'approccio empatico quale chiave di lettura dei bisogni dell'altro. L'empatia era manifesta, in particolare, attraverso una *“partecipazione attiva alla videochiamata con il parente”*, come citato da una partecipante nell'intervista 011, che prosegue *“con le videochiamate entravamo maggiormente in rapporto con la persona, entravamo nella sua vita privata, percependo i suoi sentimenti e le sue emozioni”*. La comprensione empatica veniva inoltre veicolata dallo sguardo, spesso unico canale di contatto con i pazienti e capace di mettere in intima relazione gli uni agli altri, come descritto dalla seguente testimonianza: *“Con Claudio era una questione di sguardi, dovevamo guardarci negli occhi, solo così lui riusciva a comunicarmi come si sentiva in quel momento (...) penso che fosse proprio più semplice guardarsi negli occhi e capirsi, per assurdo, ancor più che con il labiale, che è stato quello che poi mi ha fatto capire che quel pomeriggio poteva essere il pomeriggio giusto per fare quella videochiamata famosa, l'ultima per Claudio [piange]”* (intervista 018).

#### Conseguenze della manifestazione del sentimento di compassione

*“Sicuramente in quel periodo ho dovuto nascondere tanti sentimenti, che sono venuti fuori in un secondo momento, successivamente, quando mi sono sentita disarmata. Fino a poco prima mi sentivo come il soldato con il fucile in mano che andava in guerra, e sai, ti sembra come se non hai tempo di pensare, di ragionare sui sentimenti. Io sembravo come il soldato in missione, una volta tornata a casa ho finalmente buttato fuori tutto quello che avevo dentro”* (intervista 007).

Questa similitudine dell'infermiere come soldato al ritorno da una guerra, evidenzia il forte affaticamento emotivo vissuto dai partecipanti allo studio. L'anelito degli infermieri era quello di aiutare l'assistito, in un vissuto di immersione totale nella sofferenza e nel dolore dei pazienti, che ha generato fatica. La condizione di affaticamento ha trovato infatti la sua espressione nel pianto e nel sentimento di impotenza derivante dall'impossibilità di cambiare una situazione drammatica, nonostante gli sforzi di alleviarla.

Un infermiere racconta: *“Una volta tornato a casa pensavo a quello che avevo fatto durante il giorno, a*

*quel paziente, alle sue emozioni, a ciò che stava provando in quel momento, e spesso piangevo perché mi sentivo troppo impotente”* (intervista 014).

A difesa di tale affaticamento sono stati evidenziati alcuni fattori protettivi: in primo luogo, il gruppo di lavoro come supporto, aiuto e condivisione. Nella coesione di gruppo, infatti, ciascun infermiere ha trovato un luogo in cui poter condividere le proprie esperienze, le proprie emozioni e sentimenti vissuti.

*“Mi ha aiutato molto il mio gruppo di lavoro, in primis, perché se non avessi avuto loro, come più volte ho ribadito, non so come sarebbe stato. Abbiamo condiviso tanto e tutt’ora lo facciamo. Anche di notte, quando abbiamo un attimo di tempo e ci ricordiamo di quella particolare situazione, ne parliamo. È stato un momento di forte supporto e condivisione da parte di tutte le figure”.* (intervista 007).

Un ulteriore fattore protettivo è stato individuato nella “spinta motivazionale di aiuto per l’altro”. La consapevolezza da parte degli infermieri di poter aiutare la persona in difficoltà, di alleviare il suo dolore e la sua sofferenza, ha generato nuova motivazione, impedendo di cedere all’affaticamento emotivo. Il potenziamento del ruolo di advocacy dell’infermiere è risultato essere una conseguenza diretta della manifestazione della condizione umana di compassione nei confronti dei malati covid-19.

*“Noi siamo rimasti l’unico riferimento per il paziente, che credo, a maggior ragione in questa fase, avesse bisogno di qualcuno su cui veramente appoggiarsi. Quindi secondo me cambia decisamente il ruolo del professionista sanitario all’interno del percorso assistenziale e di cura”* (intervista 003).

La posizione di advocacy dell’infermiere si è potenziata in particolar modo mediante il ruolo di interconnessione con la famiglia. L’infermiere ha assunto una funzione cardine di mediatore in virtù della peculiare vicinanza fisica ed emotiva con l’assistito.

Infine, l’ultima conseguenza derivante dalla manifestazione del sentimento di compassione è stata descritta come un sentimento di gratificazione intrinseca, che ha condotto ad un rapporto di cura più profondo con i pazienti.

*“Manifestando questo sentimento di compassione il rapporto umano, relazionale con il paziente, che già si aveva, è divenuto più forte”* (intervista 005).

## DISCUSSIONE

Questo studio ha esplorato il sentimento di compassione nel vissuto degli infermieri impegnati nella pandemia covid-19 in Italia, evidenziandone gli attributi fondamentali.

Tutti i partecipanti hanno manifestato la condizione umana di compassione nei confronti dei malati covid-19, identificando nella condizione di sofferenza

*L’infermiere*, 2021;58:1:e7-e17

vissuta il motore del desiderio di aiuto e di porre fine a quel profondo dolore percepito. Essi hanno dunque incarnato il reale significato di compassione espresso da Volpicelli e Calandra (1978).

Gli infermieri, percependo la sofferenza emotiva, si sono immedesimati negli assistiti, cogliendo totalmente la radice prima del loro dolore, in particolar modo nel tragico momento del morire (Cochinov, 2020). In accordo con quanto affermato da Pattison (2020) infatti, la morte improvvisa, inaspettata, e in completa solitudine, sovverte il normale processo del morire e accosta inevitabilmente il curante alla finitudine e alla medesima sofferenza. Secondo Singh et al. (2018), la vicinanza emotiva provata dall’infermiere risulta essere un fattore facilitante la manifestazione del sentimento di compassione nei confronti del paziente, descrivendo tale condizione come “umanità condivisa”, vero presupposto per lo sviluppo di azioni compassionevoli (Van der Cingel, 2009; Durkin et al., 2019).

Di contro, il contagio emotivo vissuto dagli intervistati ha costituito un fattore ostacolante l’agito compassionevole. In accordo con gli studi esteri (Huang e Zhao, 2020; Jackson et al., 2020; Kang L. et al., 2020; Lai et al., 2020; Usher et al., 2020; Zhang et al., 2020; Sun et al., 2020b), dai partecipanti è infatti emerso il bisogno di instaurare un meccanismo di autodifesa e di distacco dalla sofferenza percepita (Collins e Long, 2003), intrapreso - in modo conscio o inconscio - con il fine di evitare di esserne sopraffatti e legato, altresì, alla paura di diventare vettori di infezione per i propri cari, come ben rappresentato nella letteratura esaminata (Chiang et al., 2007; Bagnasco et al., 2020; Nacoti et al., 2020). Precedenti studi hanno inoltre evidenziato il ruolo dell’organizzazione quale fattore che influenza il sentimento di compassione; in particolar modo il sovraccarico lavorativo e la mancanza di tempo da dedicare agli assistiti, più volte citata dagli infermieri intervistati, sono risultati importanti fattori ostacolanti cure compassionevoli (Valizadeh, 2016; Singh et al., 2018, Tan et al, 2020).

All’interno di tale tempo contratto, come può rendersi manifesta la condizione umana di compassione?

Apparentemente la risposta parrebbe scontata, si potrebbe infatti desumere che tutti gli infermieri nei momenti di maggior carico fisico ed emotivo percepissero il tempo tripartito di Eraclito nella sua dimensione quantitativa, quel *Chronos* che inesorabilmente scorre senza lasciare traccia, dettato dal ritmo progressivo delle lancette dell’orologio (Zaccaria Ruggio, 2016), e capace di trascinare gli infermieri in un vortice di eventi che si susseguono ancor più velocemente di quanto la *ratio* possa riempire di senso.

Nonostante ciò, le narrazioni dei partecipanti ci i

consegnano un tempo pieno di significato e gesti colmi di compassione; confermando che l'attributo *core* della compassione, ovvero il desiderio intimo di aiuto, si esprime nell'attimo, nel tempo propizio (Singh et al., 2018), affiorato nella memoria dell'incontro con la sofferenza dei pazienti e reso tangibile dai piccoli gesti e dagli sguardi capaci di superare le barriere di protezione imposte.

In accordo con Gilbert (2010) gli infermieri hanno identificato inoltre l'empatia e la partecipazione attiva (*sympathy*) come ulteriori attributi centrali della compassione, facendo in tal modo risuonare in modo dirimpante le parole del filosofo Levinas: "nella sofferenza ci troviamo costretti all'essere" (Mortari, 2013b).

Essere infermieri compassionevoli in questo scenario non è però risultato scevro di conseguenze negative. Il disagio emotivo descritto nelle interviste, sovrapponibile a quello vissuto dai colleghi di altri Paesi (Huang e Zhao, 2020; Jackson et al., 2020; Kang L. et al., 2020; Lai et al., 2020; Liu et al., 2020; Usher et al., 2020; Sun et al., 2020a; Zhang et al., 2020) parrebbe far emergere alcuni antecedenti della *compassion fatigue* descritta da Peters (2018), caratterizzata da uno stato di esaurimento emotivo che non consente più di assolvere al mandato compassionevole, e che ha molte ripercussioni sulla capacità di recupero psico-fisico degli infermieri coinvolti. Tale condizione si manifesta sovente nei contesti emergenziali, in tempi di disastri e pandemie, in cui gli infermieri sono costretti a lavorare in scenari ad elevata pressione fisica ed emotiva e ad alto rischio (Alharbi et al., 2020). Nel contesto studiato, però, i partecipanti hanno individuato alcuni fattori di protezione dall'esaurimento emotivo: il gruppo di lavoro e la spinta motivazionale all'aiuto.

In accordo con Salmond et al. (2019), la coesione di gruppo è infatti un elemento fondamentale per la cura del singolo che si trova esposto alla sofferenza e che opera in un ambiente in cui le richieste fisiche ed emotive sono molto elevate.

In accordo con la letteratura esaminata (He et al., 2020; Liu et al., 2020), assolvendo al proprio dovere professionale, e percependo un'elevata responsabilità nei confronti dei pazienti, gli infermieri hanno inoltre acquisito piena consapevolezza dell'importanza cruciale della loro funzione all'interno dello scenario pandemico; in tal modo essi non hanno ceduto all'affaticamento emotivo, ma spinti da un forte altruismo nei confronti dell'altro, ne hanno ricavato nuova motivazione. Tale assunto trova riscontro negli studi sulle neuroscienze di Sprecher e Fehr, secondo i quali la compassione verso la persona sofferente risulta strettamente legata alla motivazione di aiutarla; dunque, dal provare compassione per gli altri, può derivare un sentimento

positivo di ricompensa intrinseca (Zighetti, 2016, Sacco e Copel 2018). La spinta all'aiuto compassionevole, ha inoltre permesso agli infermieri di potenziare la funzione di *advocacy*, manifestando gli attributi propri del concetto: essere garanti dei pazienti e punto di riferimento e di interconnessione con i famigliari e l'organizzazione sanitaria (Bu e Jezewski, 2007; Choi et al., 2014).

Non solo, i partecipanti hanno vissuto un'importante senso di gratificazione derivante dal profondo rapporto di cura instaurato con gli assistiti e caratterizzato da una sincera connessione. Riferendosi all'etimologia latina della parola "compassione", *cum patior* – soffro con –, si potrebbe pertanto affermare che il prefisso "cum" (con, insieme a) nel periodo pandemico si sia fatto ancor più manifesto.

I limiti del presente studio sono da riferirsi principalmente alla modalità di conduzione delle interviste effettuate. La distanza fisica imposta dai sistemi telematici potrebbe aver reso difficoltosa la piena espressione da parte dei partecipanti e limitato la possibilità di cogliere gli elementi di comunicazione non verbale utili alla comprensione esaustiva del fenomeno oggetto di studio. Inoltre, la provenienza dei partecipanti da settori prevalentemente ospedalieri, non consente di poter trasferire i risultati ottenuti in ambiti differenti da quelli esplorati.

Tuttavia, lo studio presenta molte implicazioni per la pratica infermieristica; ha messo in luce il valore dell'agito compassionevole nel contesto pandemico, e come sia fondamentale supportare gli infermieri affinché ne sviluppino gli attributi e, al tempo stesso, non vengano erosi dalla fatica insita nella manifestazione della compassione stessa, soprattutto considerando il protrarsi della situazione emergenziale nel nostro Paese e in previsione di scenari futuri.

Per tali motivi, a partire dai risultati dello studio, sarebbe utile studiare gli effetti a lungo termine dell'affaticamento vissuto dagli infermieri nella prima ondata pandemica, anche al fine di mettere in atto interventi preventivi in caso di nuovi scenari simili.

## CONCLUSIONE

La compassione è un elemento fondamentale delle cure infermieristiche. Nella prima ondata della pandemia di COVID-19 in Italia, il "patire con", nel significato originario aristotelico, pare essersi manifestato nella sua forma più autentica.

La condizione umana di compassione, infatti, richiede al professionista di fare una scelta che origina dal riconoscimento dell'altrui sofferenza: gli infermieri italiani hanno saputo pienamente cogliere l'estremo dolore emotivo provato dai pazienti contagiati, hanno incontrato non già solo numeri di un bollettino

tristemente annunciato dai media quotidianamente, ma una moltitudine di persone, di volti, di vite a cui hanno donato qualità ed intenzionalità nella cura.

Il gesto compassionevole, consegnatoci dagli infermieri, è un dipinto capace di offrire agli assistiti la singolare possibilità di sentirsi pienamente compresi, e di non essere lasciati soli nell'oblio del proprio dolore.

### Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

### Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

### BIBLIOGRAFIA

- Alharbi J., Jackson D., Usher K. (2020) *The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses*. Journal of clinical nursing, 29 (15-16), 2762-2764.
- Arcadi P., Simonetti V., Ambrosca R., Cicolini G., Simeone S., Pucciarelli G., Alvaro R., Vellone E., Durante A. (2021) *Nursing during the COVID-19 outbreak: a phenomenological study*. Journal of Nursing Management, 00,1-9.
- Bagnasco A., Zanini M., Hayter M., Catania G., Sasso L. (2020) *COVID 19-A message from Italy to the global nursing community*. Journal of advanced nursing, 76(9), 2212-2214.
- Barello S., Falcó-Pegueroles A., Rosa D., Tolotti A., Graffigna G., Bonetti L. (2020) *The psychosocial impact of flu influenza pandemics on healthcare workers and lessons learnt for the COVID-19 emergency: a rapid review*. International Journal of Public Health, 65(7), 1205-1216.
- Bu X., Jezewski M.A. (2007) *Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis*. Journal of advanced nursing, 57(1), 101-110.
- Burnell L. (2009) *Compassionate Care: A Concept Analysis*. Home Health Care Management & Practice, 21(5), 319-324.
- Carr E. (2020) *Through a Face Mask*. Clinical journal of oncology nursing, 24(4), 354.
- Chiang H.H., Chen M.B., Sue I.L. (2007) *Self-state of nurses in caring for SARS survivors*. Nursing Ethics, 14(1), 18-26.
- Chochinov H.M., Bolton J., Sareen J. (2020) *Death, Dying, and Dignity in the Time of the COVID-19 Pandemic*. Journal of palliative medicine, 23(10), 1294-1295.
- Choi S.P., Cheung K., Pang S.M. (2014) *A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in hospitals*. Journal of advanced nursing, 70(7), 1584-1593.
- Coetzee S.K., Kloppe H.C. (2010) *Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis*. Nursing & health sciences, 12(2), 235-243.
- Collins S., Long A. (2003) *Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 10(4), 417-24.
- Della Porta D. (2014) *L'intervista qualitativa*. Roma-Bari: Laterza Editori.
- Durkin J., Usher K., Jackson D. (2019) *Embodying compassion: A systematic review of the views of nurses and patients*. Journal of clinical nursing, 28(9-10), 1380-1392.
- Fernández O., González-González M. (2020) *The Dead with No Wake, Grieving with No Closure: Illness and Death in the Days of Coronavirus in Spain*. Journal of Religion and Health, 120-129.
- Fernandez R., Lord H., Halcomb E., Moxham L., Middleton R., Alananzech I., Ellwood L. (2020) *Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic*. International Journal of Nursing Studies, 111(103637), 1-8.
- Gilbert P. (2010). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Goetz J.L., Keltner D., Simon-Thomas E. (2010) *Compassion: an evolutionary analysis and empirical review*. Psychological bulletin, 136(3), 351-374.
- Graneheim U.H., Lundman B. (2004) *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse education today, 24(2), 105-112.
- Harden K., Price D.M., Mason H., Bigelow A. (2020) *COVID-19 Shines a Spotlight on the Age-Old Problem of Social Isolation*. Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association.
- He Q., Li T., Su Y., Luan Y. (2020) *Instructive Messages and Lessons From Chinese Countermarching Nurses of Caring for COVID-19 Patients: A Qualitative Study*. Journal of transcultural nursing, 00 (0), 1-7.
- Huang Y., Zhao N. (2020) *Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey*. Psychiatry research, 288, 112954.
- Jackson D., Bradbury-Jones C., Baptiste D., Gelling L., Morin K., Neville S., Smith G.D. (2020) *Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19*. Journal of clinical nursing, 29(13-14), 2041-2043.
- Kang H.S., Son Y.D., Chae S.M., Corte C. (2018) *Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak*. International journal of nursing practice, 24(5), e12664.

- Kang L., Li Y., Hu S., Chen M., Yang C., Yang B.X., Wang Y., Hu J., Lai J., Ma X., Chen J., Guan L., Wang G., Ma H., Liu Z. (2020) *The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus*. The Lancet Psychiatry, 7(3), e14.
- Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. (2020) *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. JAMA network open, 3(3), e203976.
- Legido-Quigley H., Mateos-García J.T., Campos V.R., Gea-Sánchez M, Muntaner C., McKee M. (2020) *The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic*. The Lancet public health, 5(5), e251-e252.
- Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, Xia L, Liu Z, Yang J, Yang BX. (2020) *The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study*. Lancet Global Health. Jun;8(6): e790-e798.
- Mortari L. (2013a) *Alle radici della cura*. Thaumazein 1, 11-33.
- Mortari L. (2013b) *Il dolore e la cura, fenomenologia del vissuto del paziente*. In: Mortari L., Saiani L. Gesti e pensieri di cura. Milano: McGraw-Hill education, 11-24.
- Nacoti M., Ciocca A., Giupponi A., Brambillasca P., Lussana F., Pisano M., Goisis G., Bonacina D., Fazzi F., Naspro R., Longhi L., Cereda M., Montaguti C. (2020) *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 1(2), 1-5.
- Nie A., Su X., Zhang S., Guan W., Li J. (2020) *Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study*. Journal of clinical nursing, 29, 4217-4226.
- Nussbaum M. (1996) *Compassion, the basic social emotion*. Social Philosophy and Policy, 13(1), 27-58.
- Pattison N. (2020). *End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic*. Intensive & Critical Care Nursing, 58, 102862.
- Peters E. (2018) *Compassion fatigue in nursing: A concept analysis*. Nursing forum, 53(4), 466-480.
- Polit DF., Beck CT. (2014) *Fondamenti di ricerca infermieristica*. Milano: McGraw-Hill Education; 2014. 399 p.
- Roach M.S. (2007) *Caring: The human mode of being*. Ottawa, Ontario, Canada: CHA Presses de l'ACS.
- Sacco T.L., Copel L.C. (2017) *Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing*. Nursing forum, 53(1), 76-83.
- Salmond E., Salmond S., Ames M., Kamienski M., Holly C. (2019) *Experiences of compassion fatigue in direct care nurses: a qualitative systematic review*. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 17(5), 682-753.
- Schantz M.L. (2007) *Compassion: A concept analysis*. Nursing Forum, 42(2), 48-55.
- Schroeder K., Norful AA., Travers J., Aliyu S. (2020) *Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study*. International Journal of Nursing Studies Advances, 2, 100006.
- Simonetti, V., Durante, A., Ambrosca, R., Arcadi, P., Graziano, G., Pucciarelli, G., Simeone, S., Vellone, E., Alvaro, R., Cicolini, G. (2021), *Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*. Journal of Clinical Nursing, 00, 1-12.
- Sinclair S., Beamer K., Hack T.F., McClement S., Bouchal S.R., Chochinov H.M., Hagen N.A. (2017) *Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences*. Palliative medicine, 31(5), 437-447.
- Sinclair S., Norris J.M., McConnell S.J., Chochinov H.M., Hack T.F., Hagen N.A., McClement S., Bouchal S.R. (2016) *Compassion: a scoping review of the healthcare literature*. BMC palliative care, 15, 6.
- Singh P., Bouchal S.R., McClement S., Hack T. F., Stajduhar K., Hagen N.A., Sinnarajah A., Chochinov H.M., Sinclair S. (2018) *Healthcare providers' perspectives on perceived barriers and facilitators of compassion: Results from a grounded theory study*. Journal of clinical nursing, 27(9-10), 2083-2097.
- Smith G.D., Ng F., Ho Cheung Li W. (2020) *COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity*. Journal of clinical nursing, 29(9-10), 1425-1428.
- Spina S., Marrazzo F., Migliari M., Stucchi R., Sforza A., Fumagalli R. (2020) *The response of Milan's Emergency Medical System to the COVID-19 outbreak in Italy*. The lancet, 395(10227), e49-e50.
- Sun N., Wei L., Shi S., Jiao D., Song R., Ma L., Wang H., Wang C., Wang Z., You Y., Liu S., Wang H. (2020a) *A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients*. American journal of Infection Control, 48(6), 592-598.
- Sun N., Wei L., Wang H., Gao M., Hu X., Shi S. (2020b) *Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization*. Journal of Affective Disorders, 278, 15-22.
- Tan R., Yu T., Luo K., Teng F., Liu Y., Luo J., Hu D. (2020) *Experiences of clinical first-line nurses treating patients with COVID-19: A qualitative study*. Journal of nursing management, 28, 1318-1390.
- Turale S., Meechamnan C., Kunaviktikul W. (2020) *Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic*. International nursing review, 67(2), 164-167.
- Usher K., Durkin J., Bhullar N. (2020) *The COVID-19 pandemic and mental health impacts*. International journal of mental health nursing, 29(3), 315-318.

- Valizadeh L., Zamanzadeh V., Dewar B., Rahmani A., Ghafourifard M. (2016) *Nurse's perceptions of organisational barriers to delivering compassionate care: a qualitative study*. *Nursing Ethics*, 25(5), 580-590.
- Van der Cingel M. (2009) *Compassion and professional care: exploring the domain*. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 10(2), 124-136.
- Volpicelli L., Calandra G. (1978) *Lessico delle scienze dell'educazione*. Milano: Vallardi.
- Weiss R.S. (1994) *Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies*. New York: The Free Press.
- Zaccaria Ruggio A. (2006) *Le forme del tempo Aion, Chronos, Kaioros*. Padova: Il poligrafo.
- Zhang Y., Wei L., Li H., Pan Y., Wang J., Li Q., Wu Q., Wei H. (2020) *The Psychological Change Process of Frontline Nurses Caring for Patients with COVID-19 during Its Outbreak*. *Issues in mental health nursing*, 41(6), 525-530.
- Zighetti M. (2016) *Parte terza-la società compassionevole*. In: Zighetti M. *Essere esseri umani*. Milano: Edizioni D'Este.