



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata**

**Corso di Laurea in  
Scienze Psicologiche dello Sviluppo,  
della Personalità e delle Relazioni Interpersonali**

**Elaborato finale**

**Processi di deumanizzazione  
nei contesti medici**

**Dehumanization processes in medical contexts**

***Relatore:*  
Prof.ssa Rossella Falvo**

***Laureanda: Teresa Dal Rì  
Matricola: 2017971***

Anno Accademico 2021/2022

## INDICE

Introduzione.....	1
Capitolo 1 .....	2
La deumanizzazione: definizione del fenomeno ed evidenze nei contesti di cura .....	2
1.1. I contributi teorici nello studio della deumanizzazione .....	2
1.1.1. Prime definizioni di deumanizzazione .....	2
1.1.2. Infraumanizzazione: le ricerche di Leyens e collaboratori .....	2
1.1.3. Il modello duale della deumanizzazione di Haslam.....	4
1.1.4. Il contributo di Gray e collaboratori.....	4
1.1.5. Come si misura la deumanizzazione .....	5
1.2. La deumanizzazione nei contesti di cura .....	6
1.2.1. Possibili manifestazioni del fenomeno.....	7
1.2.2. Principali evidenze della deumanizzazione nei contesti di cura .....	7
1.3. Deumanizzazione e disabilità .....	10
Capitolo 2 .....	12
Le cause della deumanizzazione nei contesti medici .....	12
2.1. Cause non funzionali.....	12
2.2. Cause funzionali.....	14
2.3. Esposizione alla sofferenza e processi di deumanizzazione .....	16
2.4. Fattori moderatori nella relazione tra deumanizzazione del paziente e benessere del personale sanitario.....	19
2.5. Il ruolo delle diverse concezioni sull'eziologia della malattia.....	21
Capitolo 3 .....	23
Conseguenze e strategie di riduzione della deumanizzazione.....	23
3.1. Conseguenze e funzionalità della deumanizzazione in medicina .....	23
3.2. Strategie di riduzione della deumanizzazione in ambito medico.....	25
3.2.1. Le proposte di Haque e Waytz .....	25
3.2.2. Ulteriori strategie.....	28
Conclusioni.....	32
Bibliografia.....	34

## **INTRODUZIONE**

Il presente elaborato è stato realizzato allo scopo di illustrare i principali contributi teorici e di ricerca in merito ai processi di deumanizzazione in medicina che consistono nella tendenza da parte dei professionisti sanitari, per lo più inconsapevole, a considerare i pazienti meno umani rispetto alla propria categoria e a quella della popolazione generale.

La scelta di analizzare e sviluppare tale argomento è frutto di varie esperienze personali all'interno dei contesti ospedalieri, sia come paziente e caregiver sia, soprattutto, come volontaria e studentessa tirocinante, prima di intraprendere questo corso di studi. In tali ambienti ho potuto toccare con mano la sofferenza e constatare come talvolta nell'interazione medico-paziente non prevalga un approccio umano, bensì eccessivamente medicalizzato, distaccato e analitico.

La realtà contemporanea si trova ad affrontare l'invecchiamento della popolazione e l'intensificarsi delle malattie croniche; perciò risulta cruciale interrogarsi sulla modalità di erogazione delle cure. Gli studi nell'ambito della deumanizzazione in medicina forniscono un interessante spunto di riflessione in merito.

Dopo una panoramica sulle principali definizioni di deumanizzazione in psicologia sociale, il primo capitolo sarà incentrato sui processi di deumanizzazione nei contesti medici. In particolare, verranno descritte alcune manifestazioni del fenomeno e saranno esposti vari risultati di ricerca.

La trattazione proseguirà nel secondo capitolo con una speculazione teorica sulle cause della deumanizzazione in medicina, distinguendo tra cause funzionali e non funzionali, ponendo una particolare attenzione al problema dello stress degli operatori sanitari e al costrutto dell'empatia. Saranno inoltre presi in esame alcuni tra i più importanti contributi di ricerca che dimostrano la presenza del fenomeno nel contesto sanitario e che hanno messo in luce le condizioni in cui è più probabile che il paziente venga deumanizzato.

Il terzo capitolo affronterà una riflessione sulle possibili conseguenze della deumanizzazione del paziente, proponendo delle strategie per attenuarne l'impatto. Si concluderà con alcuni suggerimenti per la ricerca futura e riflessioni sull'utilità dei risultati di ricerca da un punto di vista applicativo.

# Capitolo 1

## La deumanizzazione: definizione del fenomeno ed evidenze nei contesti di cura

### 1.1. I contributi teorici nello studio della deumanizzazione

#### 1.1.1. Prime definizioni di deumanizzazione

Gli approcci teorici che si sono occupati della deumanizzazione si differenziano nello studio e nella concettualizzazione del fenomeno. Allport (1954) ha definito la deumanizzazione come una forma estrema di pregiudizio, per cui gli individui e i gruppi che ne sono vittime vengono privati della moralità, cioè non vengono considerati meritevoli di compassione e attenzione. Tra i primi psicologi sociali che hanno studiato la deumanizzazione troviamo Kelman (1976) e Opatow (1990). Per il primo, la percezione deumanizzante consiste nella negazione dell'individualità della persona, così come della sua appartenenza ad una rete sociale caratterizzata da comportamenti di aiuto reciproco; pertanto, la vittima cessa di essere considerata come un individuo autonomo capace di operare scelte. Il secondo autore riprende la dimensione dell'esclusione morale già introdotta da Allport e, anziché considerare la deumanizzazione come la negazione di specifici attributi, la definisce come l'esclusione categorica da una comunità morale perpetrata da persone che si dimostrano indifferenti alla sofferenza altrui.

Come sottolineano Haslam e Loughnan (2014), tali contributi evidenziano la deumanizzazione come caratterizzata, da un lato, da uno o più attori che si privano di qualsiasi freno inibitore nei confronti di possibili comportamenti aggressivi, senza manifestare alcun segnale di angoscia empatica, rimorso o tentativo di autocondanna e, dall'altro, da una o più vittime considerate meno degne dal punto di vista morale.

#### 1.1.2. Infraumanizzazione: le ricerche di Leyens e collaboratori

Ai primi contributi sulla deumanizzazione si sono aggiunte le ricerche di Leyens et al. (2007) che hanno studiato e proposto una forma più sottile, ma pervasiva, di deumanizzazione, definita con il termine di infraumanizzazione. Con questo fenomeno si intende la percezione degli appartenenti ai gruppi estranei (*outgroup*) come meno umani rispetto ai membri del gruppo di riferimento con cui ci si identifica (*ingroup*).

Non si tratta quindi di considerare gli altri come totalmente privi di umanità. La presenza di questa forma sottile di *bias* di umanità è in accordo con diversi risultati di ricerca che evidenziano come la deumanizzazione sia un fenomeno diffuso nei contesti intergruppi, senza tuttavia presentarsi sempre e necessariamente in situazioni conflittuali, di ostilità e antagonismo; essa infatti può anche manifestarsi nella quotidianità senza che gli attori sociali ne abbiano consapevolezza.

Nel loro ampio corpus di ricerche, Leyens e collaboratori (2007) hanno dapprima individuato tre attributi principali che distinguono gli esseri umani dagli altri animali: intelligenza, linguaggio e sentimenti (definiti anche emozioni secondarie). Si sono quindi concentrati sul terzo fattore, differenziandolo dalle emozioni primarie (ad es., gioia e rabbia). Mentre queste ultime, più immediate, appartengono al patrimonio biologico dell'essere umano, sono considerate universali, si manifestano precocemente nello sviluppo ontogenetico e sono condivise da esseri umani e animali, le emozioni secondarie (ad es., orgoglio e vergogna) implicano processi cognitivi complessi, sono ritenute specifiche della specie umana, emergono in una fase tardiva dello sviluppo individuale e presentano variabilità interculturale. In numerosi esperimenti, che hanno impiegato paradigmi diversi, questo gruppo di ricerca ha rilevato la tendenza ad attribuire meno emozioni secondarie ai membri appartenenti all'outgroup rispetto ai membri dell'ingroup, senza alcuna differenziazione tra i due gruppi per quanto riguarda le emozioni primarie. "Gli appartenenti al gruppo estraneo vengono pertanto infraumanizzati, considerati meno umani di quelli del gruppo di appartenenza per la loro presunta minore capacità di provare emozioni unicamente umane (Volpato, 2012, p.103)." È importante sottolineare che le emozioni negate all'outgroup possono essere sia positive che negative; pertanto, l'infraumanizzazione non può essere riducibile al favoritismo all'interno dei gruppi. Inoltre, l'effetto di infraumanizzazione è stato rilevato anche nel caso di una minor attribuzione, all'outgroup, di caratteristiche unicamente umane, come razionalità o moralità (Capozza, Trifiletti, et al., 2013).

Come affermano Haslam e Loughnan (2014), il contributo di Leyens e collaboratori (2007) è stato un importante progresso teorico nello studio della deumanizzazione, in quanto ha riconosciuto che l'umanità può essere negata agli altri in forme sottili e non solo in modo manifesto, come sostenuto dai primi teorici della deumanizzazione. Inoltre, "ha consentito di dare una definizione operativa dell'umanità, intesa come l'insieme degli attributi che distinguono gli esseri umani dagli altri animali (Haslam & Loughnan, 2014, p.402)."

### **1.1.3. Il modello duale della deumanizzazione di Haslam**

Un'integrazione dei precedenti contributi è stata fornita da Haslam (2006), il quale ha distinto due dimensioni del concetto di umanità: i tratti (o attributi) unicamente umani (ad es., razionalità, maturità, sensibilità morale) e i tratti che esprimono la natura umana (ad es., reattività emotiva, calore interpersonale, flessibilità cognitiva). I primi costituiscono le caratteristiche distintive degli esseri umani, definendo il confine che separa questi ultimi dalla categoria degli animali; sono acquisiti con lo sviluppo e variano in base ai contesti culturali. I secondi sono considerati innati, universali, correlati alle emozioni e sono condivisi con gli animali.

A partire da questa distinzione, Haslam (2006) ha proposto due forme diverse di deumanizzazione. In particolare, quando le caratteristiche unicamente umane (emozioni o tratti) vengono negate agli altri, il target (persona o gruppo) viene assimilato, implicitamente o esplicitamente, all'animalità; pertanto, si parla di deumanizzazione animalistica. Invece, quando viene negata la natura umana, si ha deumanizzazione meccanicistica, che indica la percezione del target come privo di calore e azione individuale, incapace di emozione e reattività, paragonato ad un oggetto inanimato o ad un automa.

In sintesi, il modello di Haslam (2006) è un'estensione della teoria dell'infraumanizzazione, in quanto amplia il concetto di umanità inserendo la distinzione uomo-oggetto oltre alla distinzione uomo-animale, già introdotta da Leyens e collaboratori (2007). In questo modo comprende anche forme di deumanizzazione che fanno riferimento alla negazione della natura umana (Haslam & Loughnan, 2014). Tale modello inoltre trova supporto neuroscientifico. In particolare, Jack et al. (2013) hanno rilevato correlati neurologici diversi per le due tipologie di deumanizzazione.

### **1.1.4. Il contributo di Gray e collaboratori**

Un terzo approccio teorico allo studio della deumanizzazione vede questo fenomeno come correlato ai processi di attribuzione di mente. In particolare, Gray et al. (2007) affermano che le attribuzioni mentali seguono due dimensioni. La prima, *experience*, include attributi quali coscienza, emozioni e personalità e distingue gli esseri umani dagli oggetti. La seconda, denominata *agency*, include capacità mentali come la razionalità o pensiero, l'autocontrollo e la comunicazione (linguaggio) e differenzia gli esseri umani dagli animali. Queste due dimensioni si sovrappongono,

anche se non completamente, ai concetti di unicità umana e natura umana proposti nel modello di Haslam (2006). In questo approccio, la deumanizzazione coincide con la dementalizzazione; possono essere negate una sola o entrambe le dimensioni della mente.

In ambito delle neuroscienze sociali, i processi di de-mentalizzazione sono stati rilevati tramite l'utilizzo della risonanza magnetica funzionale (fMRI). In particolare, Harris e Fiske (2006) hanno rilevato una minor attivazione della rete neurale alla base della cognizione sociale e dell'attribuzione di stati mentali quando i partecipanti osservano immagini di persone appartenenti a gruppi stigmatizzati (ad es., i senzatetto).

### ***1.1.5. Come si misura la deumanizzazione***

La deumanizzazione può essere rilevata mediante semplici compiti di giudizio, che tipicamente consistono nel chiedere ai partecipanti di scegliere, a partire da una lista di termini (ad es., un elenco di emozioni primarie e secondarie, positive e negative) proposti all'interno di un questionario, quelli considerati caratteristici del proprio gruppo e quelli di un gruppo estraneo. Un'altra misura *self-report* consiste nel chiedere quanto un determinato tratto, che può essere unicamente umano (ad es., razionalità), non-unicamente umano (ad es., impulsività) o della natura umana (ad es., calore) caratterizzi ingroup e outgroup.

Altri metodi utilizzati possono essere quelli di associazione implicita, come l'*Implicit Association Test* (IAT; Greenwald et al., 1998), che si basa sulla misura dei tempi di reazione e consiste in una serie di prove di categorizzazione somministrate al computer. Quando questo test viene applicato per misurare la deumanizzazione (per un esempio, si veda Viki et al., 2006), in ciascun blocco di prove si presenta al partecipante uno stimolo (parola o immagine) che può appartenere a una di quattro diverse categorie: due di esse corrispondono ai gruppi (ingroup oppure outgroup), le altre due rappresentano attributi opposti (ad es., concetti che si riferiscono all'umanità o all'animalità). Il partecipante deve ricondurre ciascuno stimolo alla categoria di riferimento, il più velocemente possibile. Il compito può richiedere di associare categorie compatibili (ad es. ingroup-umanità, outgroup-animalità) oppure incompatibili (ingroup-animalità, outgroup-umanità). La rilevazione dei tempi di reazione nei diversi compiti di classificazione fornisce una misura della forza dell'associazione automatica tra ingroup vs. outgroup e concetti di umanità vs. animalità.

Va detto che spesso anche le misure self-report vengono considerate molto sottili; infatti, ai partecipanti si chiede di assegnare a persone o gruppi caratteristiche associate

all'umanità, ma non di esprimere un giudizio diretto relativo all'umanità del target, il che implica che i partecipanti siano per lo più inconsapevoli di esprimere giudizi di umanità (Capozza et al., 2020).

Infine, per misurare la deumanizzazione, possono essere utilizzate, seppur raramente, anche misure esplicite. Ad esempio, Kteily et al. (2015) hanno proposto una misura che consiste nel collocare il target lungo un grafico lineare che rappresenta l'evoluzione dell'umanità, dal polo meno evoluto (a sinistra) a quello più evoluto (a destra).

Partendo dai precedenti contributi teorici, Vaes et al. (2020) sostengono che la deumanizzazione sia da intendersi e misurarsi lungo un continuum e che non vada definita come una negazione categorica dell'umanità. Pertanto, alcuni target possono essere percepiti come meno umani di altri in base a giudizi su attributi di umanità, alle associazioni implicite con entità non umane o ad altre valutazioni quantitative.

La deumanizzazione inoltre differisce nelle sue manifestazioni a livello sia qualitativo sia quantitativo (Haslam & Loughnan, 2014). L'aspetto qualitativo fa riferimento alla natura delle entità non umane a cui il target è paragonato (ad es., animali, oggetti), ovvero alla natura degli attributi che sono negati al target stesso. L'aspetto quantitativo, invece, si riferisce al diverso grado con cui il processo deumanizzante è reso esplicito, manifesto.

Infine, Vaes et al. (2020) sottolineano come la deumanizzazione non implichi in modo assoluto che agli outgroup siano sempre attribuite solo caratteristiche non umane, mentre gli ingroup ne siano esenti. Semplicemente i due gruppi possono differenziarsi nei livelli di umanità percepita. Aggiungono anche che gli outgroup non vengono sempre deumanizzati: la presenza di fattori contestuali come conflitti o minacce può giocare un ruolo in questo senso.

## **1.2. La deumanizzazione nei contesti di cura**

Gli studi psicosociali si sono occupati della deumanizzazione in diversi domini di interesse sociale, come ad esempio l'immigrazione, i conflitti interetnici, l'ostracismo e l'oggettivazione sessuale della donna (per una rassegna si veda Haslam, 2006). Uno degli ambiti che meno è stato coinvolto dagli studi sulla deumanizzazione è quello medico o, più ampiamente, dei contesti di cura. I seguenti paragrafi e capitoli tratteranno questo tema.



### ***1.2.1. Possibili manifestazioni del fenomeno***

Nei reparti ospedalieri e nelle case di cura si assiste non di rado a comportamenti aggressivi, degradanti o discriminatori messi in atto da parte del personale sanitario nei confronti dei pazienti. Alcuni esempi possono essere l'utilizzo del *baby talk* (linguaggio tipicamente impiegato dagli adulti per rivolgersi ai bambini piccoli) quando l'interlocutore è una persona anziana, l'aggressività nei confronti dei pazienti con malattie mentali e la diversità di trattamento affidato ai malati che appartengono ad un gruppo etnico-razziale diverso dal proprio (Capozza, Falvo, et al., 2016). Haslam (2006) riporta inoltre la mancanza di supporto emotivo, tatto e calore umano; la standardizzazione e l'utilizzo di un'informazione tecnologicamente mediata, a scapito dell'individualità del paziente e della sua esperienza soggettiva; la concezione degli ammalati come individui passivi, privi di autonomia e capacità di azione. Ulteriori esempi consistono nel denominare i pazienti con il nome della malattia di cui soffrono o con il numero di letto che occupano durante il ricovero (Leyens, 2013) e nell'indifferenza nei confronti delle richieste dei pazienti stessi (Fontesse et al., 2019). Secondo Capozza, Falvo, et al. (2016), si tratta di comportamenti che sottendono l'attribuzione inconsapevole di uno status umano inferiore ai pazienti da parte del personale sanitario.

### ***1.2.2. Principali evidenze della deumanizzazione nei contesti di cura***

Uno tra i primi studi sulla deumanizzazione in ambito medico è quello di Capozza et al. (2015), condotto nel contesto oncologico. Gli autori hanno chiesto ad un campione di infermieri e medici dei reparti di oncologia (di istituti e ospedali) di giudicare quanto, su una scala da 1 (corrispondente ad assolutamente falso) a 7 (corrispondente ad assolutamente vero), la propria categoria (medici o infermieri) e quella dei pazienti oncologici possedesse una serie di tratti, nello specifico quattro caratteristiche unicamente umane (ad es., razionalità, moralità) e quattro non-unicamente umane (ad es., impulsività, istinto). I due insiemi di tratti non differiscono per valenza e sono valutati entrambi come leggermente positivi, come trovato dagli autori della misura (Capozza, Trifiletti, et al., 2013). Inoltre, utilizzando la medesima scala di risposta, i partecipanti hanno valutato il gruppo dei pazienti oncologici su cinque tratti che esprimono l'essenza della natura umana, come ad esempio l'emozionalità e la capacità relazionale. Il primo compito, quindi, mirava ad indagare la presenza di processi

infraumanizzanti; il secondo, invece, ricercava possibili manifestazioni di deumanizzazione meccanicistica.

I risultati mostrano che gli effetti di infraumanizzazione hanno trovato conferma: il paziente oncologico viene percepito meno caratterizzato, rispetto alla categoria dei professionisti sanitari, da tratti distintivi dell'umanità. Tuttavia, non sono emersi effetti di deumanizzazione meccanicistica, in quanto al paziente sono state assegnate le caratteristiche tipiche della natura umana, sia positive sia negative. Un risultato ulteriore emerso da questo studio è che non sono state riscontrate differenze tra le attribuzioni fornite dalle due categorie di professionisti: medici e infermieri.

La deumanizzazione nei contesti sanitari sembra trovare riscontro anche in altre popolazioni di pazienti, non solo con quelli oncologici. Ad esempio, lo studio di Trifiletti et al. (2014) è stato condotto in vari reparti di un ospedale italiano (ad es., chirurgia, cardiologia, emodialisi, chirurgia endoscopica, ostetricia e ginecologia, pronto soccorso). Hanno partecipato all'indagine, su base volontaria,  $N=109$  infermieri, con una distribuzione omogenea tra maschi e femmine. Per misurare le attribuzioni di umanità degli infermieri nei confronti della propria categoria e di quella dei pazienti, sono stati utilizzati gli otto tratti dello studio di Capozza et al. (2015). Gli infermieri hanno dapprima valutato l'ingroup e successivamente l'outgroup, sulla base delle caratteristiche proposte.

Ci sarebbe un effetto di infraumanizzazione laddove gli attributi unicamente umani venissero assegnati più all'ingroup che all'outgroup, senza differenza nell'attribuzione delle caratteristiche non-unicamente umane tra i due gruppi (Leyens et al., 2007) oppure con una maggiore assegnazione all'outgroup di tali caratteristiche (Capozza, Falvo et al., 2013). I risultati ottenuti mostrano che agli infermieri erano maggiormente attribuiti sia tratti unicamente umani sia non-unicamente umani. Tuttavia è emerso che, mentre per i pazienti non sono state riscontrate differenze in merito alle due tipologie di tratti, gli infermieri si percepivano maggiormente dotati di caratteristiche unicamente umane. Questo risultato mostra che comunque all'ingroup professionale viene assegnato uno status umano superiore rispetto ai pazienti e, anche se non replica l'effetto di infraumanizzazione, è in linea con i risultati di ricerca di Leyens et al. (2007).

In uno studio condotto ad Atene, Lekka et al. (2021) hanno indagato le percezioni deumanizzanti nei confronti dei pazienti ospedalizzati in un campione di 353 persone, suddiviso tra popolazione generale e professionisti della salute (medici, infermieri e

psicologi operanti nelle unità ospedaliere di psichiatria, patologia, chirurgia e terapia intensiva). I ricercatori hanno somministrato ai rispondenti varie misure. Una presentava otto paia di caratteristiche ed era basata sul modello duale di Haslam (2006): quattro item, infatti, rilevano la deumanizzazione meccanicistica, gli altri quattro quella animalistica. I partecipanti dovevano valutare, su una scala di risposta a nove gradi (dove 1 corrispondeva all'attributo collocato a sinistra della scala e 9 all'attributo collocato a destra), quanto ciascuna caratteristica proposta fosse attribuibile ai pazienti ospedalizzati. A minor punteggio, corrispondeva una maggiore deumanizzazione. Una seconda misura, anch'essa riferita al modello di Haslam, si proponeva di indagare l'auto-attribuzione di caratteristiche della natura umana su una scala Likert a nove gradi (1 indicava "totalmente in disaccordo" e 9 "totalmente d'accordo"). Una terza misura consisteva di otto item riguardanti l'auto-attribuzione di caratteristiche unicamente umane e non-unicamente umane. I partecipanti dovevano dichiarare quanto fossero in accordo con le affermazioni proposte (anche in questo caso su una scala Likert a nove gradi).

Dai risultati è emerso che i professionisti della salute deumanizzano in senso meccanicistico i pazienti più di quanto faccia la popolazione generale. Inoltre, il gruppo dei professionisti si considera dotato di maggiore umanità rispetto alla restante parte del campione. Non sono invece state riscontrate differenze significative tra i due gruppi in termini di deumanizzazione animalistica.

Anche queste evidenze sono quindi in linea con la letteratura che dimostra la presenza del fenomeno della deumanizzazione nei contesti di cura; si discostano tuttavia dai risultati ottenuti da Capozza e collaboratori (2015) che hanno invece rilevato effetti di deumanizzazione animalistica, ma non meccanicistica. La presenza di attribuzioni deumanizzanti in senso meccanicistico mostra la tendenza dei professionisti sanitari, per lo più inconsapevole, a considerare i pazienti come individui passivi, privi di emozionalità, la cui esperienza soggettiva viene trascurata a favore di un'informazione più oggettiva e mediata dalla tecnologia (Lekka et al., 2021).

Questa tendenza, però, non sembra essere unicamente prerogativa di medici e infermieri; infatti, ulteriori evidenze rivelano come essa si possa estendere anche ad altre categorie di professionisti. È il caso della ricerca di Capozza, Di Bernardo, et al. (2016), i cui partecipanti erano gruppi di educatori professionali che quotidianamente interagivano con persone con disabilità cognitive (intellettive e dello sviluppo). Nel primo studio, è stato chiesto ai partecipanti di valutare questa categoria in merito a

emozioni e a tratti unicamente umani e non-unicamente umani. Per quanto concerne le emozioni, sono state usate sei emozioni secondarie e sei emozioni primarie (metà negative e metà positive). I partecipanti dovevano scegliere tra una lista di 26 item (comprendente le 12 emozioni e 14 *filler*), le caratteristiche che secondo loro più descrivevano le persone con disabilità. In riferimento ai tratti, si è usata la misura proposta da Capozza, Trifiletti, et al. (2013). Il target era univoco, pertanto ciò che gli autori si sono prefissati di indagare era la negazione, alle persone con disabilità, di uno status pienamente umano, più che un effetto di infraumanizzazione; tale negazione si sarebbe riscontrata nella percezione del gruppo target come caratterizzato più da emozioni primarie che secondarie e da più tratti non-unicamente umani che unicamente umani. Si è trovato anche in questo caso che le caratteristiche non-unicamente umane, sia tratti sia emozioni sono assegnate alle persone con disabilità più di quelle distintive dell'umanità. Anche in un secondo studio il target era univoco, ma si è usata solo la misura delle emozioni. I risultati sono stati replicati. L'effetto di infraumanizzazione è stato invece indagato nel terzo studio, in cui gli educatori dovevano fornire valutazioni circa il proprio gruppo professionale e quello delle persone con disabilità sulle emozioni primarie e secondarie. L'infraumanizzazione non è stata riscontrata, ma nonostante ciò le persone con disabilità erano comunque state contraddistinte da uno status umano inferiore. In particolare, anche se i partecipanti non assegnavano un numero più elevato di emozioni secondarie al proprio gruppo, operavano differenziazioni a suo vantaggio: le emozioni primarie venivano attribuite più all'outgroup che all'ingroup e l'outgroup, ma non l'ingroup, veniva percepito come più caratterizzato da emozioni primarie che secondarie.

### **1.3. Deumanizzazione e disabilità**

Dagli studi descritti finora, emerge che i processi di deumanizzazione sono stati rilevati in vari contesti di cura, ad opera di molteplici categorie di professionisti sanitari. Un ulteriore obiettivo della ricerca futura potrebbe essere quello di stabilire se gruppi di pazienti differenti tra loro per il tipo di malattia o per il grado di entità della stessa vengono deumanizzati in misura diversa.

Rasset et al. (2022) hanno seguito questa direzione, indagando il fenomeno della deumanizzazione nell'ambito delle disabilità. I partecipanti, un gruppo di studenti di psicologia, sono stati assegnati casualmente alla condizione "disabilità fisica" o "disabilità mentale" e sono stati sottoposti ad una serie di misure. Per esempio, per

indagare la deumanizzazione sottile, è stato chiesto loro di scegliere tra una lista di emozioni (positive e negative, primarie e secondarie) e tratti (unicamente umani e non-unicamente umani), gli attributi che ritenevano più appropriati per descrivere le persone con e senza disabilità (fisica o mentale). Misure esplicite di deumanizzazione, invece, riguardavano per esempio il continuum dell'evoluzione umana di Kteily et al. (2015) oppure la valutazione, su una scala di risposta a 7 gradi, di quanto una serie di affermazioni tratte dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani fossero considerate dai partecipanti inalienabili per le persone con disabilità.

È emerso che le persone con disabilità mentale sono state percepite meno umane rispetto alle persone con disabilità fisica, sia nelle misure sottili sia in quelle manifeste. Ciò è in linea con la letteratura sui giudizi sociali che mostra una preferenza (stereotipi più positivi) nei confronti della disabilità fisica rispetto a quella mentale (Rohmer & Louvet, 2011). Sembra infatti che vi sia una maggiore tendenza alla compassione e ad esprimere comportamenti di aiuto verso la prima categoria (Weiner et al., 1988).

La centralità degli stati mentali nella concettualizzazione della deumanizzazione (Gray et al., 2007) potrebbe in parte spiegare perché le alterazioni della psiche si associno ad una minor attribuzione di umanità, rispetto alle compromissioni di tipo fisico. Un'ulteriore interpretazione ai risultati ottenuti può chiamare in causa la distinzione tra malattie visibili e invisibili a cui si associa, rispettivamente, un maggiore e un minore riconoscimento, anche in termini di diritti (Nario-Redmond et al., 2019). Forme di disabilità mentale sono considerate invisibili, al contrario di quelle fisiche. Tuttavia, vi sono delle eccezioni a riguardo e la ricerca futura potrebbe occuparsi di indagare anche le attribuzioni di umanità per patologie fisiche invisibili e patologie mentali visibili.

Infine, sebbene questo studio abbia riscontrato come altri (ad es., Capozza, Di Bernardo, et al., 2016) il fenomeno della deumanizzazione nei confronti di persone con disabilità mentale, non sono emerse prove relative alla deumanizzazione delle persone con disabilità fisiche, a cui anzi sono state attribuite più caratteristiche umane rispetto alle persone senza questo tipo di disabilità. Poiché gli studi su questa categoria di pazienti sono scarsi, è utile fornire ulteriori evidenze in merito, utilizzando misure implicite che possano ovviare a possibili fattori di desiderabilità sociale che si riflettono nella tendenza ad esagerare le valutazioni positive verso le persone con disabilità (o verso un'altra categoria di persone o pazienti), alterando così i risultati.

## Capitolo 2

### Le cause della deumanizzazione nei contesti medici

Haque e Waytz (2012) hanno fornito una panoramica teorica sulle possibili cause che concorrono a spiegare i processi di deumanizzazione nei contesti medici. Alcune di queste vengono definite dagli autori funzionali, poiché hanno in sé il fine di facilitare la cura del paziente e il problem solving clinico; altre non funzionali, in quanto non hanno questo scopo.

#### 2.1. Cause non funzionali

La prima causa non funzionale è la deindividuazione, per cui un individuo viene assimilato al gruppo di appartenenza e reso anonimo, meno identificabile nelle sue caratteristiche peculiari. In questo senso, la deindividuazione può essere un presupposto per la deumanizzazione, anche se, come constatato da Haque e Waytz (2012), le prove che dimostrino la relazione diretta tra i due fenomeni sono carenti. La deindividuazione può sia riguardare l'artefice della deumanizzazione (colui che deumanizza) sia la vittima che si sente deumanizzata (Haque & Waytz, 2012).

Nei contesti medici, alcuni fattori di tipo contestuale/ambientale, legati alle pratiche istituzionali, possono essere considerati deindividualizzanti e quindi premessa della deumanizzazione. Ad esempio, le caratteristiche delle unità cliniche, come le stanze standardizzate, spersonalizzate e di piccole dimensioni, il rumore e la mancanza di uno spazio intimo, possono minare l'individualità dei pazienti, portando così all'esperienza della deindividuazione e, di conseguenza, alla deumanizzazione (Fontesse et al., 2019). Ulteriori pratiche di deindividuazione, quali l'utilizzo di divise o camici monocolore, sia per il personale sia per i pazienti, possono tradursi, nei professionisti, in una minore possibilità di intravedere nei pazienti attributi di umanità (Haque & Waytz, 2012).

Una seconda causa non funzionale riguarda la compromissione dell'agency del paziente. Nei luoghi di cura, a causa di malattie, compromissioni fisiche, disturbi neurologici o mentali, trattamenti e operazioni chirurgiche, è difficile che i pazienti godano di una piena indipendenza. Per questo, possono essere percepiti come meno dotati di tratti distintivi dell'umanità (Capozza et al., 2020). Infatti, la compromissione dell'agency, cioè della loro capacità di pianificare, intendere e agire (Haque & Waytz,

2012) può portare il personale sanitario a focalizzarsi su questa condizione dei pazienti e causare quindi forme di deumanizzazione animalistica (Gray et al., 2007). Anche il controllo concesso ai pazienti sul proprio trattamento risulta essere spesso fortemente ridotto (Fontesse et al., 2019), diminuendo perciò la loro capacità di agency.

La terza causa non funzionale è la dissimilarità percepita tra personale medico e pazienti. Essa deriva dalle conseguenze che la malattia stessa comporta: alterazioni nel comportamento e nell'aspetto allontanano il paziente dal prototipo di essere umano ben funzionante (Haque & Waytz, 2012). Alcuni studi dimostrano una maggior tendenza a deumanizzare le persone che per certe caratteristiche si allontanano dalla propria categoria, ad esempio i membri di outgroup fortemente stigmatizzati (Harris & Fiske, 2006) o le persone con problemi mentali (Martinez et al., 2011); al contrario, si umanizzano quelle più somiglianti a sé nell'aspetto e nel comportamento (Epley et al., 2007).

Un altro elemento di diversità percepita fa riferimento al fatto che la relazione medico-paziente è asimmetrica in termini di potere, in quanto i medici hanno un maggior controllo rispetto ai pazienti sulla vita e sulla salute dei pazienti stessi (Capozza, Falvo, et al., 2016). A questo proposito, è interessante uno studio condotto su un campione di studenti universitari (Lammers & Stapel, 2011). Ai partecipanti è stato assegnato casualmente un ruolo ad alto potere (chirurgo senior) o a basso potere (infermiere oppure chirurgo junior) ed è stata consegnata loro la cartella clinica di un paziente con una rara anomalia della parete addominale. Quindi, è stato chiesto di scegliere tra due possibili modalità di cura: un primo trattamento indolore, ma meno efficace (con probabilità di recidiva), o un secondo che, pur avendo probabilità di recidiva nulla, era molto doloroso, data l'impossibilità di praticare anestesia. Infine, ai partecipanti è stato chiesto di indicare quanto una serie di tratti proposti (quattro tratti neutri e sei correlati a deumanizzazione meccanicistica) descrivessero il paziente. I risultati hanno rivelato che gli studenti nella condizione di alto potere avevano una preferenza più forte per il secondo trattamento rispetto ai partecipanti nelle condizioni a basso potere, le quali non si differenziavano significativamente tra loro. Questi stessi studenti, inoltre, descrivevano il paziente in termini maggiormente deumanizzanti.

Capozza, Falvo, et al. (2016) aggiungono una quarta causa non funzionale che ha a che fare con il processamento dei volti. Secondo gli autori, infatti, in alcune procedure mediche, quando il paziente è disteso sul lettino e lo si osserva dal lato della testa, viene percepito con il volto capovolto. Ciò porterebbe ad un'elaborazione del volto non

configurale, come invece normalmente accade quando si osserva un viso non invertito (Maurer et al., 2002). Hugenberg et al. (2016) hanno dimostrato che un volto invertito attiva in misura minore il concetto di umanità.

## **2.2. Cause funzionali**

Una prima causa funzionale che gli autori individuano è la visione meccanicistica del paziente. I pazienti vengono considerati come un insieme di sistemi e sottosistemi fisiologici tra loro interagenti, come risulta evidente nel contesto chirurgico o nel caso di un trattamento farmacologico. Questa suddivisione in parti, che non considera l'intero organismo umano, né gli stati mentali o l'esperienza soggettiva del paziente, può risultare particolarmente utile nell'individuazione della causa del sintomo e, quindi, nel processo diagnostico ma, allo stesso tempo, può aumentare la tendenza all'oggettivazione (deumanizzazione meccanicistica).

Una seconda causa funzionale è la diminuzione del senso di colpa derivante dall'infliggere dolore ai pazienti, spesso necessario per il trattamento clinico. Tale disimpegno morale potrebbe implicare che gli altri non vengano considerati pienamente capaci di provare emozioni e, pertanto, che vengano deumanizzati con maggior facilità, senza sperimentare angoscia o disagio. In una ricerca all'interno del contesto intergruppi, è stato dimostrato che i membri dell'ingroup, laddove esercitino della violenza nei confronti di un gruppo esterno, deumanizzano le vittime come mezzo per giustificare la violenza perpetrata (Castano & Giner-Sorolla 2006).

Haque e Waytz (2012) sostengono che una terza causa funzionale della deumanizzazione nei contesti medici sia la riduzione dell'empatia, definita in medicina come l'abilità di "comprendere la situazione, il punto di vista e i sentimenti del paziente, comunicare tale comprensione e verificarne l'accuratezza e agire su tale comprensione in modo utile/terapeutico (Mercer & Reynolds, 2002, p.1)". L'ipotesi potrebbe essere plausibile se si considera che alcune ricerche nei contesti intergruppi (Capozza, Falvo, et al., 2013; Capozza, Trifiletti, et al., 2013) hanno mostrato un'associazione tra empatia e umanizzazione dell'outgroup.

Alcuni studi di neuroimaging hanno riscontrato la tendenza, da parte dei medici, ad autoregolare a livello cognitivo la risposta empatica al dolore degli altri. Per esempio, nello studio di Cheng et al. (2007), medici che praticano l'agopuntura sono stati confrontati con partecipanti non medici (gruppo di controllo). Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale mentre osservavano video di parti



del corpo toccate da un cotton fioc (situazione non dolorosa), oppure video di aghi inseriti nelle stesse aree (situazione potenzialmente dolorosa). Nelle condizioni non dolorose l'attività cerebrale risultava simile nei due gruppi, invece in quelle dolorose sono state rilevate delle differenze. Infatti, le aree cerebrali coinvolte nell'empatia per il dolore (ad es., corteccia cingolata anteriore, insula anteriore e sostanza grigia periacqueduttale) erano molto attivate nel gruppo di controllo, ma meno attivate nel gruppo di esperti, il quale ha mostrato una maggiore attivazione della corteccia prefrontale mediale, adibita alla regolazione cognitiva delle emozioni. Inoltre, nei medici risultavano maggiormente attivate la giunzione temporoparietale destra, coinvolta nei processi di distinzione tra sé e l'altro e il giro paraippocampale, che svolge un ruolo nel recupero della memoria (che in questo caso consiste nella conoscenza dell'agopuntura mediante l'esperienza appresa).

Tali risultati vengono ampliati da un ulteriore studio neuroscientifico di Decety et al. (2010), condotto nuovamente su partecipanti medici e non medici (senza alcuna istruzione o esperienza medica) e con l'utilizzo degli stessi stimoli visivi utilizzati da Cheng et al. (2007). Gli autori hanno considerato le scoperte sulla dinamica che contraddistingue la percezione del dolore negli altri, composta da due fasi: la prima, automatica, di condivisione emotiva precoce e la seconda, tardiva, di valutazione cognitiva ad opera della corteccia prefrontale (Fan & Han, 2008). Attraverso l'analisi dei potenziali evocati evento-correlati (ERP), ossia variazioni del potenziale elettrico cerebrale causate da una stimolazione sensoriale esterna, hanno dimostrato che i medici regolano l'elaborazione delle informazioni sensoriali in entrata già nella prima fase, con una mancata differenziazione di potenziali elettrici tra situazione dolorosa e non dolorosa, osservata invece nel gruppo di controllo.

Gleichgerrecht e Decety (2014) hanno riscontrato una differenza nella percezione del dolore anche tra medici con diversi livelli di esperienza; in particolare, i medici più esperti percepivano il dolore meno intensamente, ma ciò non si traduceva necessariamente in una riduzione del disagio personale.

In linea con questi risultati, diversi studi mostrano una riduzione dell'empatia nel percorso di formazione medica. In uno studio longitudinale, Hojat et al. (2009) hanno utilizzato la *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE; Hojat et al., 2001) per misurare i cambiamenti nell'empatia negli studenti di medicina. Tale scala, disponibile in varie versioni (per studenti di medicina, per medici e altri professionisti della salute e per studenti di altre professioni sanitarie) è stata somministrata all'inizio del percorso

universitario e alla fine di ogni anno accademico. Dai risultati è emerso che non vi sono cambiamenti sostanziali nell'empatia nei primi due anni di formazione, ma si assiste ad un declino significativo al terzo anno, quando il piano di studi prevede un maggior contatto diretto coi pazienti. Tale tendenza, che si mantiene negli anni successivi, sembra essere maggiore nei maschi e negli studenti che scelgono una specializzazione più orientata sulla tecnologia (come anesthesiologia, chirurgia e radiologia), che sul rapporto col paziente (medicina interna, pediatria, psichiatria, ostetricia-ginecologia). Questi risultati sono in linea con altri studi precedenti che hanno utilizzato la stessa scala per misurare il cambiamento dell'empatia negli studenti di medicina (Chen et al., 2007; Hojat et al., 2004) e di odontoiatria (Sherman & Cramer, 2005), ma anche strumenti diversi, come ad esempio la *Balanced Emotional Empathy Scale* (BEES; Mehrabian, 1996), che misura la componente affettiva dell'empatia, anziché quella cognitiva (Newton et al., 2008). Una rassegna della letteratura (prevalentemente statunitense) pubblicata da Neumann et al. (2011) ha analizzato 18 studi longitudinali e *cross-sectional* per indagare i cambiamenti nell'empatia e i motivi di tali cambiamenti in studenti e specializzandi di medicina. Anche in questo caso, emerge una diminuzione significativa dell'empatia nel tempo.

In questi studi si sono usate misure self-report, ma poiché la percezione del paziente circa l'empatia dei caregivers gioca un ruolo importante sull'efficacia della relazione terapeutica, sarebbe anche opportuno somministrare delle scale o effettuare delle interviste ai pazienti stessi. Infine, è interessante notare come questo declino nell'empatia negli studenti di medicina non sia stato riscontrato in studi condotti in Giappone (Kataoka et al., 2009) e in Corea (Roh et al., 2010), che hanno sempre utilizzato la JSPE. Fattori culturali legati a differenti modelli educativi e linee guida/protocolli ospedalieri potrebbero spiegare questa diversità di risultato.

### **2.3. Esposizione alla sofferenza e processi di deumanizzazione**

Gli studi in ambito delle neuroscienze, così come il modello percezione-azione dell'empatia di Preston e de Waal (2002), hanno suggerito che percepire lo stato emotivo altrui porta ad un pattern di attivazione cerebrale simile a quello che si avrebbe se si visse l'emozione in prima persona. Data questa predisposizione biologica, un'esposizione prolungata ed eccessiva al dolore e alla sofferenza può avere un grave impatto sulla salute psicofisica degli operatori sanitari, generando angoscia, esaurimento emotivo e progressiva diminuzione della disponibilità a prendersi cura degli altri

(Figley, 2011). Gli effetti sul benessere dei singoli si traducono anche in conseguenze per l'organizzazione, in termini di assenteismo, turnover, scarse prestazioni, scarsa qualità dei processi di cura, rischio di errori medici (Dyrbye et al., 2019; Moustaka & Constantinidis, 2010). Risulta quindi importante che i professionisti della salute non siano eccessivamente sensibili alla sofferenza altrui e che imparino a regolare la loro reazione emotiva, affinché questa non interferisca né con il loro benessere né con la loro capacità di fornire assistenza.

Cameron et al. (2016) hanno trovato che la deumanizzazione viene talvolta impiegata per evitare i costi affettivi che possono derivare dal mettere in atto comportamenti di aiuto nei confronti di un target stigmatizzato. Nel contesto medico, la deumanizzazione dei pazienti può essere una strategia efficace per far fronte alle esigenze emotive che un lavoro a stretto contatto coi pazienti richiede (Trifiletti et al., 2014), in modo da liberare risorse cognitive e direzionarle verso i compiti di cura (Capozza, Falvo, et al., 2016; Haque & Waytz, 2012). Un primo contributo che ha messo in luce questo aspetto è lo studio qualitativo di Schulman-Green (2003), basato su una serie di interviste semi-strutturate. I medici che erano a contatto con pazienti morenti hanno riferito di aver utilizzato forme sottili di deumanizzazione, per esempio chiamare i pazienti etichettandoli con la loro malattia, per ridurre i propri sentimenti di disagio.

Alcuni studi hanno mostrato una relazione positiva tra deumanizzazione e benessere degli operatori sanitari. Una prima manifestazione di tale relazione si riferisce alla riduzione del burnout. Secondo la definizione di Maslach et al. (2001), il burnout è la risposta persistente agli *stressor* (agenti stressanti) cronici sul lavoro, di tipo emotivo e interpersonale. È caratterizzato da tre dimensioni: l'esaurimento emotivo, riferito alla sensazione di aver esaurito le energie psicologiche, fisiche ed emotive per svolgere l'attività lavorativa; il cinismo, che si manifesta in una distanza psicologica nei confronti del proprio lavoro e degli utenti/clienti con cui ci si relaziona; il senso di inefficacia professionale. La prima evidenza empirica che ha cercato di mostrare l'associazione tra i due fenomeni è stata quella di Vaes e Muratore (2013). Attraverso uno studio condotto su un gruppo di medici, infermieri, psicologi e assistenti sanitari che lavoravano in centri oncologici, a cui è stato presentato un caso clinico fittizio di una paziente con diagnosi di cancro allo stomaco terminale, gli autori hanno dimostrato che l'attribuzione di un maggior numero di emozioni unicamente umane (secondarie) alla paziente era positivamente correlata con il burnout. Diversamente, descrivere lo

stato emotivo della donna scegliendo un maggior numero di emozioni primarie era associato a minori punteggi di burnout. Nello specifico, era stata proposta una lista di emozioni, metà primarie e metà secondarie (positive e negative) ed era stato somministrato il *Link Burnout Questionnaire* (LBQ; Santinello, 2007), composto da quattro subscale: l'esaurimento psicofisico (che misura la sensazione di sentirsi stanchi e sotto pressione), il deterioramento della relazione con l'utente, l'inefficacia professionale e la disillusione (che fa riferimento al contrasto tra le aspettative iniziali e la realtà lavorativa).

Nello stesso studio, gli autori hanno indagato gli effetti della deumanizzazione del paziente sul *work-engagement*, o coinvolgimento lavorativo, che consiste in uno stato mentale positivo legato al lavoro, caratterizzato da energia e resilienza mentale, entusiasmo/dedizione e profondo assorbimento nel lavoro (Schaufeli et al., 2002). Nei contesti medici, il *work-engagement* riduce i tassi di mortalità ospedaliera e aumenta l'iniziativa personale degli infermieri (Bargagliotti, 2012). È emerso che più i partecipanti utilizzavano emozioni secondarie per descrivere la sofferenza della paziente e più riportavano di sentirsi professionalmente meno coinvolti, dediti e assorti nel loro lavoro. Al contrario, descrivere lo stato emotivo in termini di emozioni primarie portava a maggiori punteggi di *work-engagement*.

Vi è poi un terzo effetto della deumanizzazione nei contesti medici: la riduzione dello stress<sup>1</sup>. Quest'ultimo è una risposta aspecifica di allarme che si manifesta laddove si percepisca una disparità tra le proprie risorse e le richieste ambientali (Ursin & Eriksen, 2004). Da un punto di vista fisiologico, i sintomi dello stress possono essere, ad esempio, ipertensione, aumento della frequenza cardiaca, cefalea, ansia e problemi mnemonici (Trifiletti et al., 2014). Nel loro studio, Trifiletti et al. (2014) hanno ampliato i risultati ottenuti da Vaes e Muratore (2013) utilizzando misure di umanità basate sui tratti anziché sulle emozioni e considerando un campione di infermieri che lavoravano in numerosi reparti ospedalieri, non solo in quello oncologico. Anche in questo caso, è emerso che l'attribuzione di tratti unicamente umani ai pazienti era associata a maggiori sintomi psicofisiologici stress-correlati, auto-riferiti mediante questionario; al contrario, l'attribuzione di tratti non unicamente-umani era correlata con minori livelli di stress.

---

<sup>1</sup> Per semplicità ho scelto di utilizzare il termine "stress", ma sarebbe più corretto parlare di "distress" per riferirsi agli effetti negativi di questo costrutto.

## **2.4. Fattori moderatori nella relazione tra deumanizzazione del paziente e benessere del personale sanitario**

La relazione positiva tra deumanizzazione del paziente e benessere dei professionisti sanitari, tuttavia, non è un effetto generale. Vi sono infatti alcuni fattori moderatori che intervengono nel modulare questa associazione. Ad esempio, l'attribuzione di emozioni unicamente umane è associata a maggiori livelli di burnout per i professionisti sanitari che trascorrono una maggior quantità di tempo a diretto contatto con i pazienti, auto-riferita su una scala da 0 a 4 (0= nessun contatto, 4=dal 75% al 100% del tempo; Vaes & Muratore, 2013).

Un secondo fattore moderatore è l'impegno organizzativo, cioè quello stato psicologico che lega il lavoratore alla sua organizzazione; in particolare, è stata considerata la componente affettiva di questo costrutto, che si riferisce all'identificazione con l'organizzazione e all'attaccamento emotivo nei suoi confronti (Meyer et al., 2012). Dallo studio di Trifiletti et al. (2014) è emerso che in caso di alti livelli di impegno affettivo organizzativo, percepire i pazienti come non dotati di caratteristiche pienamente umane si associa a minor stress. Gli stessi autori hanno anche indagato il ruolo moderatore dell'impegno affettivo verso i pazienti, scoprendo che per alti livelli di questo fattore, l'attribuzione di tratti non-unicamente umani ai pazienti si accompagna a minori livelli di stress negli infermieri. Nel caso di bassi livelli di entrambi i moderatori, invece, la relazione tra riduzione dello stress e attribuzione di tratti non-unicamente umani ai pazienti non si è rivelata significativa. Probabilmente, nei contesti di cura, un maggior impegno nei confronti dell'organizzazione e dei pazienti comporta maggiori richieste emotive e una maggiore esposizione alla sofferenza. Pertanto, gli infermieri altamente impegnati, con alti livelli di coinvolgimento affettivo verso organizzazione e/o pazienti di cui si occupano, sono più propensi a ricorrere a forme sottili di deumanizzazione come strategia protettiva per ridurre il carico emotivo e fronteggiare lo stress (Trifiletti et al., 2014; Capozza, Falvo, et al., 2016).

Anche la capacità di leggere gli stati mentali altrui modera la relazione tra deumanizzazione del paziente e bassi livelli di stress. Nello studio di Di Gilio (2015), condotto su un gruppo di infermieri di diversi reparti ospedalieri, si sono usati tratti unicamente umani e non-unicamente umani per valutare le attribuzioni di umanità ai pazienti. È stato inoltre somministrato il *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET; Baron-Cohen et al., 2001), che misura la capacità di interpretare stati mentali complessi,

scegliendo tra una serie di emozioni proposte quella più appropriata secondo il rispondente per descrivere l'espressione del volto raffigurato nelle immagini-stimolo. L'attribuzione di tratti non-unicamente umani ai pazienti si è associata a minori livelli di burnout nei partecipanti che hanno ottenuto un basso punteggio nel test, quindi con scarsa capacità di leggere gli stati mentali altrui. Al contrario, la deumanizzazione si associava a maggior burnout per partecipanti più abili in questa capacità.

Infine, un fattore di moderazione è stato riscontrato anche nello studio di Falvo et al. (2021), condotto su un campione di infermieri di vari reparti. Sono emersi effetti di infraumanizzazione, ma non di deumanizzazione: gli infermieri percepivano i pazienti come meno caratterizzati da tratti unicamente umani rispetto alla propria categoria professionale. L'infraumanizzazione era associata ad un maggior work-engagement, ma solo per gli infermieri caratterizzati da basso attaccamento sicuro<sup>2</sup>. Al contrario, questa relazione non era significativa nel caso di infermieri con alto attaccamento sicuro. È stata invece osservata una correlazione negativa tra infraumanizzazione e burnout, indipendentemente dal pattern di attaccamento: l'effetto moderatore dell'attaccamento sicuro non si rileva in questo caso. Una possibile spiegazione circa i risultati ottenuti è che l'attaccamento sicuro, oltre a relazionarsi positivamente con le attribuzioni di umanità (Capozza et al., 2018; Capozza et al., 2022), consente di avere una serie di risorse che probabilmente permettono di far fronte alle richieste lavorative, senza dover ricorrere a strategie deumanizzanti per aumentare il proprio coinvolgimento ed energia sul lavoro. Tuttavia, è possibile che tali risorse non siano un fattore protettivo sufficiente in caso di burnout.

Finora si sono descritti studi basati su un disegno correlazionale che, come tale, impedisce di inferire un legame causale nella relazione tra deumanizzazione del paziente e benessere degli operatori sanitari e la direzione di tale legame. Potrebbe esserci una bidirezionalità: effetti di deumanizzazione/infraumanizzazione possono condurre ad un maggior benessere in termini di riduzione di stress e burnout e aumento del work-engagement; allo stesso tempo, però, può essere che la deumanizzazione del paziente sia determinata da un minor livello di benessere (Falvo et al., 2021). La ricerca futura dovrà occuparsi di stabilire la causalità tra i costrutti, nonché di identificare ulteriori possibili moderatori.

---

<sup>2</sup> Secondo la teoria dell'attaccamento, le interazioni positive con le figure di attaccamento della prima infanzia contribuiscono a creare una rappresentazione mentale di tali figure come persone che si dimostrano supportive e responsive nei momenti del bisogno, generando così un senso di fiducia e sicurezza nel bambino che si protrae in età adulta (Mikulincer & Shaver, 2015).

## **2.5. Il ruolo delle diverse concezioni sull'eziologia della malattia**

In ambito diagnostico, all'interno di un contesto medico o psicologico, vi sono varie teorie ed evidenze sperimentali che concorrono a spiegare l'eziologia di una malattia e la relativa sintomatologia. I professionisti della salute, così come gli studenti in formazione, possono propendere per una o per l'altra concettualizzazione, a seconda del loro credo.

Pavon e Vaes (2017) hanno ipotizzato che l'accento posto su fattori biogenetici, piuttosto che su fattori psico-ambientali, può contribuire ad aumentare le percezioni deumanizzanti nei confronti dei pazienti. Gli autori hanno condotto un primo studio, di tipo sperimentale, in cui i partecipanti, laureati in psicologia, dovevano rispondere ad una serie di domande dopo aver letto un articolo scientifico che sosteneva la bontà dell'approccio biogenetico oppure psico-ambientale come spiegazione delle cause della malattia mentale e, allo stesso tempo, screditava l'altro. Di seguito, veniva presentato loro un caso clinico fittizio di un paziente a cui era stata diagnosticata la schizofrenia e una lista di emozioni tra cui scegliere per descrivere l'esperienza del paziente, metà primarie e metà secondarie, bilanciate in termini di valenza. I partecipanti che erano stati sottoposti alla condizione psico-ambientale mostravano dei punteggi di deumanizzazione inferiori rispetto a quelli nella condizione biogenetica, anche se questo risultato era leggermente inferiore al livello di significatività. Un secondo studio, di tipo correlazionale, ha valutato gli atteggiamenti di un gruppo di professionisti della salute (educatori, infermieri, psichiatri, psicoterapeuti, OSS e tecnici di riabilitazione psichiatrica) circa le cause o i fattori di rischio della schizofrenia. Ai partecipanti è stato chiesto di ordinare per importanza, su una scala da 0 a 10, una serie di fattori genetici e ambientali. È stato poi presentato un elenco di sintomi e si è chiesto ai partecipanti di indicare se, secondo la loro opinione, questi fossero maggiormente attribuibili a cause psico-ambientali o biogenetiche. Infine, è stato presentato il medesimo caso clinico fittizio dello studio precedente, con la stessa lista di emozioni da attribuire al paziente. Anche in questo caso, più i partecipanti attribuivano la schizofrenia a cause genetiche, meno percepivano il paziente in termini umanizzanti (gli attribuivano più emozioni primarie). Gli autori sostengono che nel caso del primo studio sono stati ottenuti effetti di deumanizzazione più deboli in quanto le credenze personali circa l'eziologia di una malattia (secondo studio) sono più forti rispetto a lievi cambiamenti nelle credenze ottenibili attraverso una manipolazione sperimentale.

Le varie cause della deumanizzazione proposte da Haque & Waytz (2012) mancano di un supporto di tipo sperimentale che possa anche accertare l'effettiva funzionalità della deumanizzazione del paziente in ambito medico. Si discuterà di questo punto nel capitolo seguente.



## Capitolo 3

### Conseguenze e strategie di riduzione della deumanizzazione

#### 3.1. Conseguenze e funzionalità della deumanizzazione in medicina

Mentre le conseguenze della deumanizzazione sui professionisti sanitari sono state esaminate, soprattutto in termini di riduzione dello stress e del burnout, la ricerca sulle conseguenze della deumanizzazione nei pazienti è ancora agli inizi. Dagli studi di psicologia sociale che hanno indagato gli effetti della deumanizzazione nei contesti intergruppi sono emerse, oltre a comportamenti di rifiuto sociale, evitamento, aggressività e attribuzione di moralità ridotta nei confronti della vittima (Haslam & Loughnan, 2014), anche conseguenze negative dal punto di vista emotivo e cognitivo. Per esempio, attraverso due studi sperimentali condotti su studenti universitari, Zhang et al. (2017) hanno dimostrato che quando i partecipanti ottenevano valutazioni deumanizzanti in senso meccanicistico, sperimentavano un maggior livello di destrutturazione cognitiva e tristezza. Invece, valutazioni deumanizzanti in senso animalistico erano associate a sentimenti di tristezza e vergogna nei partecipanti. A partire da questi risultati, si può ipotizzare che anche le conseguenze della deumanizzazione nei confronti dei pazienti possano essere ugualmente avverse.

Lo studio di Capozza, Di Bernardo, et al. (2016) di cui si è parlato in precedenza ha rivelato che l'attribuzione, da parte degli educatori, di emozioni unicamente umane a utenti con disabilità intellettiva e dello sviluppo, era associata a tendenze spontanee di approccio, mentre l'attribuzione di emozioni non-unicamente umane a comportamenti di evitamento. Questo risultato è stato rilevato controllando per gli effetti degli atteggiamenti verso la categoria delle persone con disabilità, per dimostrare gli effetti unici delle attribuzioni di umanità sulle risposte di approccio/evitamento. In particolare, mentre gli atteggiamenti espliciti sono stati misurati attraverso la tecnica del differenziale semantico, quelli impliciti sono stati rilevati attraverso il *Single Category Implicit Association Test* (SC-IAT; Karpinski & Steinman, 2006), un compito di categorizzazione computerizzato simile allo IAT di cui si è parlato nel primo capitolo. Il SC-IAT è stato impiegato anche per misurare a livello implicito le risposte di approccio/evitamento, ma, mentre nel caso degli atteggiamenti è stata misurata la forza dell'associazione tra stimoli riferiti a persone con disabilità e parole positive vs.

negative, nel caso del secondo compito SC-IAT è stata misurata la forza dell'associazione tra categoria e parole relative ad approccio vs. evitamento.

Un'altra pubblicazione sull'impatto della deumanizzazione dei pazienti è quella di Falvo et al. (2019), che ha dimostrato un'associazione tra attribuzione di tratti unicamente umani ai pazienti da parte dei medici di base e una maggior aderenza da parte dei pazienti ai trattamenti prescritti. Questo studio è importante in quanto le percezioni di umanità dei medici sono state messe in relazione con i comportamenti auto-riferiti dei pazienti, misurati tramite questionario che ha indagato la soddisfazione per le cure ricevute, la percezione di fare squadra con il proprio medico, la fiducia nel medico e l'aderenza alle raccomandazioni mediche. Un secondo risultato ha mostrato come gli atteggiamenti espliciti positivi nei confronti dei pazienti fossero negativamente correlati con la compliance dei pazienti. Quindi questi risultati indicano che è l'attribuzione di umanità al paziente da parte del medico, e non l'atteggiamento esplicito, che può promuovere nel paziente una maggiore aderenza terapeutica. Inoltre, il fatto che l'atteggiamento esplicito positivo sia legato ad una minore aderenza suggerisce l'indipendenza tra costrutti di umanità e atteggiamento e la dissociazione tra risposte controllate e spontanee. Allo stesso modo, secondo le ricerche sulle interazioni medico-paziente discordanti dal punto di vista razziale (medici bianchi e pazienti neri), il pregiudizio implicito dei medici verso la minoranza razziale influenza la sfiducia dei pazienti nei confronti dei propri medici e l'insoddisfazione per il trattamento molto più di quanto faccia il pregiudizio esplicito (Dovidio et al., 2016).

L'esperienza della deumanizzazione, pertanto, sebbene possa avere effetti benefici per il benessere del personale sanitario, può ridurre fortemente il benessere e la qualità di vita dei pazienti, sia compromettendo il loro funzionamento emotivo-cognitivo sia deteriorando il rapporto terapeutico con i professionisti di cura. È quindi opportuno chiedersi se l'aggettivo "funzionale" sia appropriato per descrivere la deumanizzazione nei contesti medici. Anche Haque e Waytz (2012) che hanno coniato questo termine, seppur criticano maggiormente la deumanizzazione non funzionale in quanto considerata un ostacolo all'efficacia dell'assistenza, sostengono che anche le forme funzionali di deumanizzazione, se non limitate allo specifico compito di cura, possono provocare nei pazienti "sentimenti di alienazione, incomprensione, sfiducia e sospetto" (Haque & Waytz, 2012, p.183).

La ricerca neuroscientifica di Jack et al. (2013) ha individuato che le condizioni umanizzanti attivano fortemente il *default mode network* (DMN), un insieme di aree

cerebrali coinvolte nel ragionamento degli stati mentali propri e altrui, e deattivano il *task positive network* (TPN), coinvolto nel ragionamento logico-analitico tipico di compiti meccanici o fisici, di natura non sociale. Nel caso della deumanizzazione meccanicistica, si osserva un'attività ridotta nell'area del ragionamento sociale, ma non si osserva un incremento dell'attività nel network del ragionamento meccanico rispetto alla condizione umanizzante; questo porta a pensare che considerare i pazienti in termini di entità meccaniche non sia funzionale per il problem-solving (Capozza, Falvo, et al., 2016). Invece, quando la deumanizzazione consiste nel pensare alla natura meccanica di un essere umano non identificabile, come può essere ad esempio l'osservazione di un'immagine del cuore o dell'attività cerebrale di un paziente, senza alcuna interazione sociale, si assiste ad un decremento nell'attività della DMN e ad un aumento dell'attività della TPN. Estendendo questi ultimi risultati al contesto medico si può supporre che, nel caso di compiti ad alti livelli di complessità di ragionamento, il dominio sociale e quello fisico o logico-analitico possano diventare incompatibili tra loro e i professionisti non possano concentrare le loro risorse cognitive nella risoluzione del caso clinico e nella relazione empatica con il paziente in contemporanea. Nel caso della deumanizzazione animalistica, infine, entrambe le reti neurali vengono attivate, ad eccezione di un'area della DMN che si attiva solo nelle condizioni umanizzanti: la corteccia parietale mediale.

### **3.2. Strategie di riduzione della deumanizzazione in ambito medico**

#### ***3.2.1. Le proposte di Haque e Waytz***

Haque e Waytz (2012) hanno fornito un elenco di possibili soluzioni a ciascuna delle cause della deumanizzazione, funzionali e non, da essi individuate.

Per quanto riguarda le strategie di riduzione delle cause non funzionali, gli autori propongono di rendere i pazienti più identificabili ed individuabili, anziché uniformarli entro la categoria. È necessario quindi rendere saliente la loro identità personale (cioè le caratteristiche che li rendano unici, diversi dagli altri pazienti) in modo da poter identificare anche specifici attributi di umanità.

Inoltre, è importante trattare i pazienti come partner attivi nel processo decisionale clinico, responsabilizzandoli, soddisfacendone richieste ed esigenze e mostrando rispetto per la loro autonomia (Busch et al., 2019). Questo porta ad effetti positivi, migliorando la qualità di vita del paziente in termini di soddisfazione, empowerment e

migliori risultati del trattamento (Tambuyzer & Van Audenhove, 2015; Vahdat et al., 2014). A questo proposito, uno studio di Langer e Rodin (1976) condotto su un gruppo di residenti nelle case di cura, ha dimostrato come fornire ai pazienti dei promemoria circa la responsabilità per loro stessi, dando loro anche la possibilità di prendere delle decisioni e fare delle scelte, si associava a maggiori livelli di benessere, vigilanza mentale e partecipazione attiva (coinvolgimento nelle attività). Tali strategie implicano un aumento dell'agency del paziente e, quindi, possono ridurre le percezioni deumanizzanti da parte del personale sanitario.

Un'ulteriore soluzione proposta da Haque e Waytz (2012) fa leva sulla promozione della similarità tra le due categorie, medici e pazienti, in modo da ridurre la distanza. Ciò può essere raggiunto enfatizzando la loro comune umanità, ovvero rendendo saliente l'identità comune come esseri umani, che condividono caratteristiche come l'essere tutti suscettibili a malattia, disabilità e sofferenza.

In merito alle cause funzionali, la personificazione viene proposta come strategia di risposta alla visione meccanicistica del paziente, per evidenziare le caratteristiche personali che, in questo caso, distinguono i pazienti dagli oggetti. A questo proposito, suggeriscono di aggiungere almeno una frase informativa circa la storia personale del paziente quando i medici, durante il giro visite, presentano i pazienti e discutono il trattamento, così come prima di avviare un intervento in sala operatoria. Molto spesso, invece, si accenna solamente al nome del paziente per poi associarlo nell'immediato alla sua malattia o alla parte del corpo oggetto di attenzione medica; inserire anche delle informazioni personali consente di enfatizzare l'umanità dei pazienti. Un'ulteriore proposta di personificazione può essere l'utilizzo di teli in materiale trasparente, anziché opaco, per aumentare la visibilità del volto del paziente e quindi la sua umanità.

Per ridurre il disimpegno morale, particolare attenzione viene rivolta alla tecnologia; infatti, essa contribuisce ad aumentare la distanza psicologica tra gli interlocutori e riduce quell'attenzione alla cura che invece caratterizza in misura maggiore le interazioni faccia a faccia. È noto inoltre che un'azione viene percepita più immorale quando coinvolge il contatto fisico tra le persone rispetto a quando viene interposto uno strumento meccanico (Cushman et al., 2006). Accompagnare le cartelle cliniche e i referti con immagini del viso del paziente può essere una modalità per ridurre l'impatto negativo della tecnologia sulla relazione terapeutica, oltre a personificare il paziente stesso. Ad esempio, uno studio condotto su un gruppo di radiologi (Turner & Hadas-Halpern, 2008) ha dimostrato come abbinare il referto

radiologico alla foto del paziente si associa ad un aumento dell'empatia verso i pazienti, auto-riferita tramite questionario e ad un'interpretazione dei risultati più meticolosa. Molto spesso e ancor più con l'avvento della teleradiologia, infatti, i radiologi leggono i referti delle risonanze magnetiche o delle tomografie computerizzate (CT) senza aver mai incontrato i pazienti. Poter visualizzare il paziente in volto, anche tramite fotografia, consente di ottenere delle informazioni circa la sofferenza del paziente o eventuali segni fisici della malattia e, allo stesso tempo, può ridurre la tendenza alla deumanizzazione.

L'ultima proposta riguarda la promozione dell'equilibrio tra empatia e obiettività cognitiva; per esempio, un medico potrebbe essere empatico in ambulatorio, ma più freddo e distaccato in sala operatoria. L'empatia del personale di cura, che si può tradurre ad esempio in una comunicazione rassicurante che mostra comprensione, nella spiegazione delle procedure che si andranno ad effettuare (Haslam, 2007) o in segnali non verbali come il contatto oculare e un tocco appropriato (Hojat et al., 2011), ha dimostrato di avere numerosi esiti positivi. Ad esempio, in uno studio longitudinale prospettico (West et al., 2006) condotto su un gruppo di specializzandi di medicina interna, livelli di empatia ridotti erano associati ad una maggiore probabilità di commettere errori medici auto-percepiti nei successivi tre mesi (i partecipanti venivano valutati ogni tre mesi attraverso una misura self-report sugli errori auto-percepiti). Uno studio correlazionale che ha permesso di ottenere un'evidenza empirica della relazione tra empatia dei medici e risultati positivi nei pazienti è quello di Hojat et al. (2011) che ha messo in luce come l'empatia dei medici (misurata attraverso la *Jefferson Scale of Empathy*) era associata ad un maggior controllo metabolico nei pazienti diabetici, nello specifico in riferimento ai livelli di emoglobina glicata (HbA1c) e di colesterolo "cattivo" (LDL-C). Le analisi sono state effettuate controllando anche per fattori come il genere e l'età di medici e pazienti e l'assicurazione sanitaria dei pazienti, confermando come l'empatia dei medici fosse l'unico elemento che contribuiva a predire un maggior controllo del metabolismo da parte dei pazienti. L'interazione empatica tra medico e paziente può avere effetti positivi sul decorso della malattia anche secondo lo studio di coorte prospettico di Rakel et al. (2009), in cui i partecipanti sono stati sottoposti a visita medica a seguito dell'insorgenza di un comune raffreddore. I medici erano stati istruiti a condurre una visita breve, con tocco e contatto visivo limitati, oppure una visita in cui creavano una maggiore connessione e interazione con il paziente. I partecipanti venivano assegnati casualmente all'una o all'altra condizione. A

visita conclusa, ai medici è stato chiesto di valutare l'interazione in termini di apprezzamento e sensazione di essere legati al paziente, mentre i pazienti hanno compilato un questionario sull'empatia percepita dei medici. Sono state inoltre esaminate la gravità del raffreddore autovalutata dai pazienti, la durata della malattia e le risposte immunitarie dei pazienti. È emerso che i pazienti che hanno assegnato ai medici punteggi di empatia "perfetti", corrispondenti al punteggio massimo ottenibile dal questionario, hanno avuto una migliore risposta immunitaria, una durata più breve del raffreddore e una tendenza a ridurre la gravità. I medici che hanno riferito di apprezzare e sentirsi più connessi ai pazienti erano quelli che avevano ottenuto punteggi di empatia maggiori da parte dei pazienti stessi.

Pertanto, è opportuno incoraggiare il personale sanitario ad assumere un atteggiamento empatico nei confronti dei pazienti; la capacità empatica può essere appresa e migliorata, ad esempio mediante training di competenza comunicativa. Già durante la formazione e la pratica medica si assiste ad un calo dell'empatia negli studenti di medicina, quindi è importante prevenirlo, allenando i futuri professionisti durante tutto il loro percorso di studi, revisionando anche il piano didattico, a favore di un approccio che non si focalizzi esclusivamente sui meccanismi anatomici, fisiologici e genetici, ma consideri anche i fattori psicosociali (Christoff, 2014; Busch et al., 2019), scoraggiando l'utilizzo di etichette diagnostiche (Haque & Waytz, 2012). Si tratta dunque di un approccio che enfatizzi la capacità di bilanciare le abilità empatiche verso il paziente e quelle di problem solving clinico. Inoltre, Haque e Waytz (2012), così come Haslam (2007), propongono di integrare i tradizionali metodi di ammissione alle università dell'area sanitaria, basati sulle abilità cognitive, con misure che valutino l'empatia e altre capacità relazionali dei candidati.

### ***3.2.2. Ulteriori strategie***

Oltre alle proposte fornite da Haque e Waytz (2012), si possono raggruppare ulteriori possibili strategie di riduzione della deumanizzazione in tre macroaree: relazionale, organizzativa e strutturale, seguendo il percorso proposto da Busch et al. (2019). Gli autori hanno pubblicato una review di studi qualitativi e quantitativo-qualitativi con lo scopo di identificare gli elementi chiave di un'assistenza umanizzata, valutandone ostacoli e possibili strategie per la sua attuazione e unificando le

prospettive delle parti interessate (pazienti, operatori sanitari e caregivers/familiari dei pazienti).

Per quanto concerne la prima area, si sottolinea l'importanza di rispettare la dignità del paziente, ad esempio concentrandosi sulle caratteristiche che sono state meno compromesse dalla malattia, dato che quest'ultima, specie se grave, comporta una ridotta funzionalità e una perdita di controllo sulle attività quotidiane e sul proprio corpo, e, di conseguenza, ad essere considerati con minor dignità. Un paziente che si sente trattato in modo dignitoso riporta maggiore soddisfazione e aderenza alla terapia (Beach et al., 2005). Emerge inoltre l'importanza della trasparenza riguardo al trattamento, anch'essa legata ad una maggiore soddisfazione del paziente, a migliori risultati sanitari e ad una riduzione di costi ed errori medici. Comprendere le proprie condizioni mediche e le varie possibilità terapeutiche conferisce al paziente una sensazione di maggiore autonomia e rispetto, ponendolo in una relazione alla pari con il medico. È altresì importante agire nei confronti degli operatori sanitari in una duplice direzione: dotandoli di capacità psicosociali per meglio comprendere i pazienti e i loro caregivers e aumentando la loro consapevolezza circa l'impatto dei fenomeni deumanizzanti, essendo la deumanizzazione un processo per lo più inconsapevole; in questo senso, il ruolo degli psicologi può essere di notevole rilevanza.

In merito alle azioni sulle pratiche e sulle politiche organizzative, per contenere gli effetti avversi del carico emotivo sul personale di cura, alcuni autori hanno proposto di ridurre i carichi di lavoro e rinforzare il supporto organizzativo (Christoff, 2014). L'autonomia auto-percepita dagli infermieri nello svolgimento del proprio lavoro, al contrario del sovraccarico lavorativo e di una suddivisione dei compiti poco chiara, si associa a più bassi livelli di burnout e a minore deumanizzazione del paziente (Zanola, 2019). Secondo le opinioni dei professionisti sanitari, la mancanza di tempo da dedicare ai pazienti, la burocrazia eccessiva, l'intensa routine lavorativa, la frammentazione del lavoro e le numerose richieste da soddisfare sono alcuni dei fattori che ostacolano la cura, nella direzione di una minore umanizzazione (Busch et al., 2019). Se si fornisce un supporto psicologico anche agli operatori sanitari aumenta la probabilità che questi possano sperimentare una maggiore soddisfazione lavorativa e fornire così un'assistenza efficace. Affinché non si ricorra alla deumanizzazione dei pazienti come strategia di *coping*, possono essere quindi implementati interventi alternativi di riduzione dello stress e del burnout nei professionisti della salute.

Per quanto riguarda l'area strutturale, ci si può muovere nella direzione di favorire spazi maggiormente personalizzabili e meno standardizzati, in cui i pazienti possano disporre di maggiore intimità e privacy (Fontesse et al., 2019). In aggiunta, la carenza di risorse umane e materiali rende difficile fronteggiare l'aumento della domanda, dovuto all'invecchiamento della popolazione e ad una maggiore diffusione di malattie croniche. Quando il personale è insufficiente, secondo un'indagine dell'American Association of Colleges of Nursing, vi è una minor soddisfazione lavorativa e un maggior tasso di stress e abbandoni tra gli infermieri (Busch et al., 2019).

Vi è poi un corposo insieme di studi sul ruolo del contatto intergruppi nel diminuire la deumanizzazione dell'outgroup, che sono stati condotti con diversi disegni di ricerca, considerando molteplici gruppi stigmatizzati (ad es., senzatetto ed immigrati) e con diverse misure di attribuzioni di umanità (per una review, si veda Capozza et al., 2014). L'effetto attenuante sulle conseguenze negative della deumanizzazione può essere ottenuto sia attraverso un contatto diretto, faccia a faccia, con i membri dei gruppi esterni sia mediante il contatto immaginato, che consiste nel simulare mentalmente un'interazione con un membro sconosciuto dell'outgroup. Quest'ultima tecnica consente di preparare chi la sperimenta alle interazioni reali con i membri dell'outgroup ed è stata impiegata ad esempio nello studio sperimentale a disegno longitudinale di Falvo et al. (2014), condotto su un gruppo di adulti non affetti da disabilità, per indagarne l'effetto sulle attribuzioni di umanità (misurate mediante emozioni primarie e secondarie) nei confronti degli individui con disabilità intellettiva. I partecipanti sono stati esaminati una seconda volta, a distanza di un mese. Al gruppo sperimentale veniva chiesto di chiudere gli occhi e immaginare di vedersi dall'esterno mentre si interagiva in modo positivo con una persona sconosciuta affetta da disabilità intellettiva e di descrivere poi tale interazione, scrivendola. Al gruppo di controllo, invece, veniva chiesto di chiudere gli occhi e immaginare, per poi descrivere, una piacevole scena all'aperto. Sebbene sia stata rilevata una tendenza a deumanizzare il target in entrambi i gruppi, in quello sperimentale tale tendenza era inferiore rispetto alla condizione di controllo. L'effetto del contatto immaginato è stato riscontrato anche a distanza di un mese dalla prima rilevazione. In ambito medico, studi futuri dovranno indagare gli effetti positivi del contatto intergruppi sulla riduzione della deumanizzazione dei pazienti, già durante gli anni di formazione, con particolare attenzione ai pazienti che appartengono ad outgroup stigmatizzati, ad esempio,



senzatetto, immigrati, anziani, minoranze sessuali (LGBT), tossicodipendenti, persone con disabilità.

Infine, considerando i possibili effetti positivi dell'attaccamento sicuro sull'umanizzazione dei pazienti, Falvo et al. (2021) sostengono che analizzare le differenze individuali negli stili di attaccamento dei professionisti della salute possa essere una strategia utile per le organizzazioni sanitarie per individuare le persone più a rischio di utilizzare la deumanizzazione del paziente come meccanismo di coping. Inoltre, tale strategia può essere utile per quanto riguarda le figure al vertice, poiché è emerso che burnout e insoddisfazione sul lavoro nei dipendenti sono maggiori in presenza di manager poco supportivi con stile di attaccamento ansioso (Ronen & Mikulincer, 2012). Sebbene lo stile di attaccamento sia piuttosto stabile, la ricerca mostra che è possibile attivare temporaneamente pattern di attaccamento sicuri, ad esempio chiedendo di rievocare un'interazione positiva oppure presentando immagini di figure supportive. Tale attivazione contribuisce a generare stati d'animo positivi, migliorare la regolazione emotiva e promuovere comportamenti empatici, prosociali e di assistenza agli altri (Mikulincer & Shaver, 2007). Da un punto di vista applicativo, ciò significa che la sicurezza dell'attaccamento può essere attivata contestualmente anche in ambienti di lavoro, in questo caso nel contesto sanitario, nei dipendenti, ad esempio promuovendo stili di leadership supportivi (Ronen & Mikulincer, 2012).

In sintesi, l'assistenza umanizzata abbraccia sia l'assistenza centrata sul paziente che, oltre a concentrarsi sui sintomi, rispetta valori, bisogni e scelte individuali dell'assistito, mediante un approccio empatico da parte del professionista, sia la prospettiva dell'assistenza centrata sulla persona, che considera il paziente in una prospettiva olistica, bio-psicosociale, tenendo conto della sua storia personale e del contesto in cui la malattia si è sviluppata. In più, si focalizza anche sul sistema sanitario e i suoi aspetti organizzativo-strutturali, sulle pratiche mediche e gli aspetti relazionali tra gli attori coinvolti (Busch et al., 2019). Pertanto, per raggiungere l'obiettivo di ridurre la deumanizzazione in medicina, è opportuno agire su più fronti, che non riguardino solo la diretta relazione tra pazienti e professionisti, ma anche il contesto più ampio in cui sono inserite le parti coinvolte nel processo di cura.

## CONCLUSIONI

Nel presente elaborato sono descritti alcuni studi relativi all'emergente ricerca sulla deumanizzazione del paziente in contesti sanitari, riportandone i risultati principali e discutendo le criticità del fenomeno, soprattutto in merito alla sua "funzionalità". La deumanizzazione è stata spesso rilevata nell'ambiente medico, tramite l'impiego di diverse misure che indicano la presenza di sue forme sottili, di cui i professionisti della salute sono per lo più inconsapevoli. Tuttavia, gli studi si sono maggiormente concentrati sulla prospettiva degli operatori sanitari, anche in termini di utilizzo della deumanizzazione come strategia per ridurre il carico emotivo che deriva dall'interazione coi pazienti.

La ricerca futura dovrà occuparsi di analizzare le possibili conseguenze della deumanizzazione, ad esempio sul funzionamento cognitivo-emotivo dei pazienti, sui familiari/caregivers e sul sistema sanitario. Inoltre, data la natura sociale e interattiva dei processi di deumanizzazione, sarà utile integrare le percezioni dei professionisti sanitari con quelle dei pazienti, per capire se questi ultimi sentano di essere deumanizzati e in quale misura.

Un altro aspetto su cui interrogarsi riguarda la temporalità del fenomeno, cioè la sua evoluzione nel tempo e le potenziali differenze nei diversi contesti medici. Ciò è importante per analizzare l'interferenza della deumanizzazione del paziente con i risultati del trattamento, oltre che per comprenderne l'effettivo impatto in termini di cronicità e possibilità di reiterazione e per sapere quando è opportuno agire mediante l'utilizzo di fattori protettivi (Fontesse et al., 2019).

Un ulteriore obiettivo potrebbe essere quello di ricercare possibili variazioni dei processi di deumanizzazione sulla base della tipologia di malattia o di disturbo psicologico. Ad esempio, alcune popolazioni di pazienti e non altre, potrebbero essere deumanizzate in senso meccanicistico e non animalistico, o viceversa. Inoltre, è utile indagare ulteriormente le attribuzioni di umanità a pazienti con disabilità mentale e fisica, per stabilire se vi siano effettivamente differenze tra le due categorie. È anche possibile che determinate categorie di pazienti siano maggiormente a rischio di essere deumanizzate, in particolare gli anziani, meno dotati di agency rispetto ai giovani e i gruppi stigmatizzati.

Per quanto riguarda il ruolo dei diversi gradi di intensità di una stessa malattia sulle attribuzioni di umanità, dallo studio di Capozza, Di Bernardo, et al. (2016) non

sono state riscontrate differenze sulla deumanizzazione dei pazienti tra disabilità lieve, moderata e grave; sono utili, comunque, ulteriori indagini in merito.

Inoltre, come discusso in precedenza, dovranno essere fornite evidenze sperimentali che possano dimostrare la presenza di relazioni causali tra deumanizzazione e sue cause e conseguenze, analizzando anche l'intervento di fattori moderatori.

Infine, seppur possa sembrare utopistica, la direzione da percorrere per migliorare lo stato di salute del paziente dovrebbe essere quella di considerarlo in una prospettiva bio-psicosociale, valorizzandone l'individualità e sostenendolo anche da un punto di vista emotivo, così come suggeriscono le varie evidenze fin qui presentate. Ciò significa apportare notevoli modifiche al sistema sanitario in senso lato, ad esempio, in termini di richieste e risorse lavorative per i dipendenti, accompagnando anche i professionisti della salute, attraverso opportuni percorsi di formazione e potenziamento delle capacità relazionali, in questo difficile ma meraviglioso compito chiamato cura. Perché di "cura" non si può parlare propriamente laddove non vi sia umanità.

## BIBLIOGRAFIA

Allport, G.W. (1954). *The Nature of Prejudice*, Addison-Wesley, New York (traduzione italiana di Chiarenza M., La Nuova Italia, Firenze, 1973).

Bargagliotti, L. A. (2012). Work engagement in nursing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1414-1428.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251.

Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R. L., Arbelaez, J. J., Duggan, P. S., & Cooper, L. A. (2005). Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *The Annals of Family Medicine*, 3(4), 331-338.

\*Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 12(5), 461-474.

Cameron, C. D., Harris, L. T., & Payne, B. K. (2016). The emotional cost of humanity: Anticipated exhaustion motivates dehumanization of stigmatized targets. *Social Psychological and Personality Science*, 7(2), 105-112.

\*Capozza, D., Di Bernardo, G. A., Falvo, R., Vianello, R., & Calò, L. (2016). Individuals with intellectual and developmental disabilities: Do educators assign them a fully human status? *Journal of Applied Social Psychology*, 46(9), 497-509.

\*Capozza, D., Falvo, R., & Boin, J. (2018). Attachment orientations and humanity attributions to individuals with intellectual and developmental disabilities. *Life Span and Disability*, 21(1), 63-87.

\*Capozza, D., Falvo, R., Boin, J., & Colledani, D. (2016). Dehumanization in medical contexts: An expanding research field. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(4), 545-559.

\*Capozza, D., Falvo, R., & Colledani, D. (2020). Deumanizzazione dei pazienti nei contesti medici, *Minority Reports. Cultural Disability Studies*, 10, 113-132.

\*Capozza, D., Falvo, R., & Di Bernardo, G. A. (2022). Priming attachment security and outgroup humanization: The mediation role of intergroup emotions. *Plos one*, 17(3).

Capozza, D., Falvo, R., Di Bernardo, G. A., Vezzali, L., & Visintin, E. P. (2014). Intergroup contact as a strategy to improve humanness attributions: A review of studies. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 21(3), 349-362.

Capozza, D., Falvo, R., Favara, I., & Trifiletti, E. (2013). The relationship between direct and indirect cross-group friendships and outgroup humanization: Emotional and cognitive mediators. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 20(4), 383-398.

Capozza, D., Trifiletti, E., Vezzali, L., & Favara, I. (2013). Can intergroup contact improve humanity attributions? *International Journal of Psychology*, 48(4), 527-541.

\*Capozza, D., Visintin, E. P., Falvo, R., & Testoni, I. (2015). Deumanizzazione del paziente oncologico nei contesti medici. *Salute e Società*, 14, 74-86.

Castano, E., & Giner-Sorolla, R. (2006). Not quite human: Infrahumanization in response to collective responsibility for intergroup killing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 804-818.

\*Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1434-1438.

\*Cheng, Y., Lin, C. P., Liu, H. L., Hsu, Y. Y., Lim, K. E., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology*, 17(19), 1708-1713.

\*Christoff, K. (2014). Dehumanization in organizational settings: Some scientific and ethical considerations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 748.

Cushman, F., Young, L., & Hauser, M. (2006). The role of conscious reasoning and intuition in moral judgment: Testing three principles of harm. *Psychological Science*, 17(12), 1082-1089.

\*Decety, J., Yang, C. Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *Neuroimage*, 50(4), 1676-1682.

Di Gilio, L. (2015). *Effetti della capacità di lettura della mente su variabili organizzative: uno studio condotto in un contesto ospedaliero* [Tesi di Laurea Magistrale]. Università degli Studi di Padova.

\*Dovidio, J. F., Eggy, S., Albrecht, T. L., Hagiwara, N., & Penner, L. A. (2016). Racial biases in medicine and healthcare disparities. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(4), 489-510.

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Satele, D., & West, C. P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, 18(1), 1-8.

Epley, N., Waytz, A., & Cacioppo, J. T. (2007). On seeing human: a three-factor theory of anthropomorphism. *Psychological Review*, 114(4), 864-886.

\*Falvo, R., Capozza, D., Hagiwara, N., & Visintin, E.P. (2019, February 7-9). *Physicians' dehumanization of patients, and patients' adherence to medical recommendations* [Poster presentation]. Society for Personality and Social Psychology (SPSP) Annual Convention, Portland, OR, United States.

\*Falvo, R., Capozza, D., Hichy, Z., & Di Sipio, A. (2014). Imagined contact favors humanization of individuals with intellectual disabilities: a two-wave study. *Life Span and Disability*, 17, 39-57.

- \*Falvo, R., Colledani, D. & Capozza, D. (2021). Denying full humanity to patients and nurses'well-being: The moderating role of attachment security. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 28(3), 329-342.
- Fan, Y., & Han, S. (2008). Temporal dynamic of neural mechanisms involved in empathy for pain: an event-related brain potential study. *Neuropsychologia*, 46(1), 160-173.
- Figley, C. R. (2011). The Empathic Response in Clinical Practice: Antecedents and Consequences. In J. Decety (Eds.), *Empathy: From Bench to Bedside*. MIT Press.
- \*Fontesse, S., Demoulin, S., Stinglhamber, F., & Maurage, P. (2019). Dehumanization of psychiatric patients: Experimental and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addictive Behaviors*, 89, 216-223.
- \*Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 243.
- Gray, H. M., Gray, K., & Wegner, D. M. (2007). Dimensions of mind perception. *Science*, 315(5812), 619.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480.
- \*Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186.
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2006). Dehumanizing the lowest of the low: Neuroimaging responses to extreme out-groups. *Psychological Science*, 17(10), 847-853.
- \*Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264.
- \*Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: The role of empathy. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 381-382.
- \*Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 399-423.
- \*Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.
- Hojat M., Mangione S., Nasca T. J., Cohen M. J. M., Gonnella J. S., Erdmann J. B., Magee M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365.
- \*Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38(9), 934-941.

\*Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, *84*(9), 1182-1191.

Hugenberg, K., Young, S., Rydell, R. J., Almaraz, S., Stanko, K. A., See, P. E., & Wilson, J. P. (2016). The face of humanity: Configural face processing influences ascriptions of humanness. *Social Psychological and Personality Science*, *7*(2), 167-175.

\*Jack, A. I., Dawson, A. J., & Norr, M. E. (2013). Seeing human: Distinct and overlapping neural signatures associated with two forms of dehumanization. *NeuroImage*, *79*, 313-328.

Karpinski, A., & Steinman, R. B. (2006). The single category implicit association test as a measure of implicit social cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*(1), 16-32.

Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic medicine*, *84*(9), 1192-1197.

Kelman H. C. (1976). Violence without restraint: Reflections on the dehumanization of victims and victimizers. In G. M. Kren & L. H. Rappoport (Eds.), *Varieties of Psychohistory* (pp. 282–314). New York: Springer.

Kteily, N., Bruneau, E., Waytz, A., & Cotterill, S. (2015). The ascent of man: Theoretical and empirical evidence for blatant dehumanization. *Journal of Personality and Social Psychology*, *109*(5), 901-931.

\*Lammers, J., & Stapel, D. A. (2011). Power increases dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, *14*(1), 113-126.

Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, *34*(2), 191-198.

\*Lekka, D., Richardson, C., Madoglou, A., Orlandou, K., Karamanoli, V. I., Roubi, A., Pezirkianidis C., Arachoviti V., Tsaraklis A., & Stalikas, A. (2021). Dehumanization of hospitalized patients and self-dehumanization by health professionals and the general population in Greece. *Cureus*, *13*(12).

Leyens, J. P. (2013). Humanity forever in medical dehumanization. In P.G. Bain, J. Vaes, & J. P. Leyens (Eds.), *Humanness and dehumanization* (pp. 175-193). Psychology Press.

\*Leyens, J. P., Demoulin, S., Vaes, J., Gaunt, R., & Paladino, M. P. (2007). Infra-humanization: The wall of group differences. *Social Issues and Policy Review*, *1*(1), 139-172.

Martinez, A. G., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., & Hinshaw, S. P. (2011). The power of a label: Mental illness diagnoses, ascribed humanity, and social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(1), 1-23.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 397-422.

- Maurer, D., Le Grand, R., & Mondloch, C. J. (2002). The many faces of configural processing. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), 255-260.
- Mehrabian A. (1996). Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES). [Unpublished document].
- \*Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9-S12.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Jackson, T. A., McInnis, K. J., Maltin, E. R., & Sheppard, L. (2012). Affective, normative, and continuance commitment levels across cultures: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 225-245.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), 139-156.
- \*Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). The psychological effects of the contextual activation of security-enhancing mental representations in adulthood. *Current Opinion in Psychology*, 1, 18-21.
- Moustaka, E., & Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4(4), 210–216.
- Nario-Redmond, M. R., Kemerling, A. A., & Silverman, A. (2019). Hostile, benevolent, and ambivalent ableism: Contemporary manifestations. *Journal of Social Issues*, 75(3), 726-756.
- \*Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009.
- Newton, B.W., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E., & O'Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine*, 83(3), 244-249.
- Opatow, S. (1990). Moral exclusion and injustice: An introduction. *Journal of Social Issues*, 46(1), 1-20.
- \*Pavon, G., & Vaes, J. (2017). Bio-genetic vs. psycho-environmental conceptions of schizophrenia and their role in perceiving patients in human terms. *Psychosis*, 9(3), 245-253.
- Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1-20.
- \*Rakel, D. P., Hoefl, T. J., Barrett, B. P., Chewning, B. A., Craig, B. M., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Medicine*, 41(7), 494-501.
- \*Rasset, P., Montalan, B., Mauny, N., Boudjemadi, V., & Mange, J. (2022). Not All 'Intouchables': Variations in Humanness Perceptions between Physical and Mental Disability. *International Review of Social Psychology*, 35(1).



- Roh, M. S., Hahm, B. J., Lee, D. H., & Suh, D. H. (2010). Evaluation of empathy among Korean medical students: a cross-sectional study using the Korean Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Teaching and Learning in Medicine, 22*(3), 167-171.
- Rohmer, O. & Louvet, E. (2011). Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience: Une application des modèles de la bi-dimensionnalité du jugement social. *L'Année Psychologique, 111*(1), 69-85.
- Ronen, S., & Mikulincer, M. (2012). Predicting employees' satisfaction and burnout from managers' attachment and caregiving orientations. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 21*(6), 828-849.
- Santinello, M. (2007). Link Burnout Questionnaire: Manual. Organizzazioni Speciali.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies, 3*(1), 71-92.
- \*Schulman-Green, D. (2003). Coping mechanisms of physicians who routinely work with dying patients. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 47*(3), 253-264.
- Sherman, J. J., & Cramer, A. (2005). Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal of Dental Education, 69*(3), 338-345.
- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2015). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations, 18*(4), 516-526.
- \*Trifiletti, E., Di Bernardo, G. A., Falvo, R., & Capozza, D. (2014). Patients are not fully human: A nurse's coping response to stress. *Journal of Applied Social Psychology, 44*(12), 768-777.
- \*Turner, Y., & Hadas-Halpern, I. (2008, December 3). *The effects of including a patient's photograph to the radiographic examination*. Paper presented at Radiological Society of North America, Chicago, Illinois.
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology, 29*(5), 567-592.
- \*Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology, 52*(1), 180-190.
- \*Vaes, J., Paladino, M. P., & Haslam, N. (2020). Seven clarifications on the psychology of dehumanization. *Perspectives on Psychological Science, 16*(1), 28-32.
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 16*(1).
- Viki, G. T., Winchester, L., Titshall, L., Chisango, T., Pina, A., & Russell, R. (2006). Beyond secondary emotions: The infrahumanization of outgroups using human-related and animal-related words. *Social Cognition, 24*(6), 753-775.

\*Volpato, C. (2012). La negazione dell'umanità: i percorsi della deumanizzazione. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, 3(1), 96-109.

Weiner, B., Perry, R. P., e Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738-748.

\*West, C. P., Huschka, M. M., & Novotny, P. J. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association*, 296, 1071–1078.

Zanola, E. (2019). *The Multiple Factors Linked to Well-Being in Medical Contexts* [Master dissertation]. Department of Philosophy, Sociology, Education and Applied Psychology, University of Padua.

\*Zhang, H., Chan, D. K. S., Xia, S., Tian, Y., & Zhu, J. (2017). Cognitive, emotional, and motivational consequences of dehumanization. *Social Cognition*, 35(1), 18-39.

*Nota:* \* indica le opere consultate direttamente.