

DEUMANIZZAZIONE NEI CONTESTI SANITARI

Analisi del fenomeno della deumanizzazione

Autore: Battistini Silvia

ABSTRACT

La deumanizzazione è un fenomeno subdolo ma presente nella vita di tutti i giorni, come metodo per legittimare la violenza o come fenomeno che porta a considerare l'altro inferiore e non degno di aiuto. Nei contesti sanitari la deumanizzazione si manifesta raramente in modo chiaro, ha principalmente sei cause, tre non funzionali e tre funzionali. Queste cause possono essere superate per operare in un contesto medico più umano. L'articolo seguente si prefigge l'obiettivo di spiegare i principali tipi di deumanizzazione, come questi si manifestino nei contesti sanitari, come possa essere evitata. Inoltre, è stato somministrato un questionario agli operatori della Clinica Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera di Padova per valutare se i pazienti vengono considerati al pari degli operatori, in modo da creare un progetto per evitare i comportamenti deumanizzanti se necessario.

Key Words: deumanizzazione, infraumanizzazione, fine vita, contesti medici, dehumanization, inhumanization, end of life, medical context

INTRODUZIONE

Nei contesti ospedalieri si osservano talvolta comportamenti che offendono la dignità del paziente; infermieri che parlano agli anziani come se fossero bambini, dando nomignoli ai pazienti come se fossero di famiglia, operatori sanitari che adottano atteggiamenti violenti verso utenti con malattie mentali o non collaboranti e che trattano diversamente persone di credo religioso o nazionalità diversi. Questi comportamenti potrebbero essere dettati dalla convinzione che gli assistiti abbiano uno status di umanità inferiore a quello degli operatori che se ne prendono cura.

Nonostante da anni si stia cercando di portare avanti un modello di medicina centrato sul paziente, come dimostrano un gran numero di ricerche, ancora si vedono professionisti che si riferiscono al malato chiamandolo con la sua malattia o con il numero del letto che occupa, che parlano senza tener conto della sua presenza o che lo trattano seguendo un protocollo standardizzato che non permette di portare avanti un tipo di cura individualizzata e centrata sulla persona.

La *Deumanizzazione* ha preso piede da alcuni anni come campo di studi della psicologia ma non è ancora stato indagato in profondità quello che potrebbe succedere se, nei contesti ospedalieri, si continuasse a considerare l'assistito come inferiore agli operatori. Nella seguente rassegna si cercherà di spiegare che cosa sta alla base della deumanizzazione, facendo una carrellata delle principali teorie che la spiegano. Successivamente si cercherà di parlare nello specifico di come si manifesta all'interno dei contesti medici spiegando quali ne sono le cause e le funzioni. Infine, si cercherà di mettere su carta alcune strategie per evitare questa pratica.

È stato inoltre somministrato un questionario agli operatori (medici, infermieri e OSS) della Clinica Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera di Padova per cercare di capire quanto questo fenomeno sia presente nella realtà in cui opero ogni giorno.

DEUMANIZZAZIONE

“Deumanizzare significa negare l’umanità dell’altro introducendo un’asimmetria tra chi gode delle qualità prototipiche dell’umano e chi ne è considerato carente” (Volpato, 2011, p. 4).

Deumanizzare significa aver un’idea chiara delle caratteristiche umane che vengono negate all’altro. Umano nella nostra lingua ha due accezioni diverse: scientificamente è ciò che è tipico dell’uomo in contrapposizione con altri esseri animati e inanimati; nella società invece umano è chi ha sentimenti di bontà, pietà, è pieno di comprensione, gentile e cortese (*Umano*, 2020). Quindi quando si parla di deumanizzazione viene naturale pensare che le caratteristiche che vengono rimosse all’altro siano prettamente positive, che si neghi quindi la bontà a chi ci sta di fronte. Per questo molti considerano la deumanizzazione come un mezzo per legittimare la violenza che si compie verso chi ci sta intorno, “tanto è inferiore a me e non prova i miei stessi sentimenti”, “è come un animale, posso fargli del male, non soffre”.

Nella storia della specie umana deumanizzare serve a considerare l’altro come inferiore, essere umano incompleto, animale, oggetto o macchina, questo permette di sollevare dai sensi di colpa la persona che compie violenza, portando a compiere atti inaccettabili in contesti normali, massacri e stermini di massa (Volpato, 2011).

La deumanizzazione utilizzata come pretesto per compiere atti violenti viene definita *per commissione*, è caratterizzata dalla tendenza ad incolpare o svalutare la vittima o ad utilizzarla semplicemente come mezzo per raggiungere uno scopo, un oggetto, in modo da liberarsi dai vincoli morali, dettati dalla società, che impedirebbero di compiere soprusi. Dalla parte opposta vediamo un tipo di deumanizzazione diverso, *per omissione*, quando non avviene per scelta ma per consuetudine sociale. Quando la persona che abbiamo davanti non risulta utile per realizzare i propri obiettivi, meno potente o con meno risorse finanziarie, viene considerata come inferiore, con una mente meno sviluppata; la persona viene quindi deliberatamente rimossa dallo status di umano, definita inferiore (Waytz & Schroeder, 2014). Nel secolo scorso ha preso piede lo studio del fenomeno della deumanizzazione per cercare di capire a cosa serve questo fenomeno e come si manifesti.

Prime teorie sulla deumanizzazione

I primi studi si concentravano soprattutto sulla deumanizzazione legata ai contesti di violenza di massa. Tra gli studiosi, Kelman (1976) spiegò che la deumanizzazione consiste nel negare identità e comunità alla vittima che diventa quindi parte di una massa deindividua e non suscita compassione, può essere trattata come oggetto e usata per i propri scopi. Susan Opatow nel 1990 ha teorizzato che la deumanizzazione potesse essere una delle varie “forme di esclusione morale che intervengono quando individui o gruppi sono posti fuori dai confini in cui si applicano valori morali, norme e considerazioni di giustizia” (Volpato, 2011, p.35), questo farebbe sì che le persone sviluppino indifferenza verso la sofferenza e le ingiustizie verso il prossimo. Bandura (1999) ha, poi, sviluppato il costrutto del “disimpegno morale” che permette a colui che compie violenza di liberarsi dagli standard etici in modo da accettare le proprie azioni (Volpato, 2011; Haslam & Loughnan, 2014). Queste tre teorie hanno in comune l'utilizzo di pratiche deumanizzanti come giustificazione estrema per atti violenti.

Nuove teorie sulla deumanizzazione

Teoria dell'Infraumanizzazione (Leyens et al., 2007; Haslam & Loughnan, 2014; Capozza, Falvo, Boin, & Colledani, 2016)

Questa teoria sviluppata da Leyens et al. all'inizio degli anni 2000, definisce il fenomeno dell'infraumanizzazione come un processo attraverso il quale le persone considerano gli appartenenti all'*outgroup* (gruppo estraneo/esterno) come non pienamente definiti da attributi unicamente umani e quindi assimilabili alla specie animale, mentre l'*ingroup* (gruppo di appartenenza) sarebbe definito da qualità unicamente umane.

Questo tipo di deumanizzazione può essere definita come una forma sottile di pregiudizio, più radicata e meno visibile delle forme descritte precedentemente. L'infraumanizzazione avviene per di più in maniera inconscia e coinvolge qualsiasi rapporto tra gruppi, non solo quelli caratterizzati da conflitti.

Leyens et al. hanno studiato ciò che dovrebbe essere comune a tutti i gruppi sociali, l'essenza umana, una natura unicamente umana che non ha nulla in comune con altre specie o animali. Uno studio portato a termine dal gruppo di studiosi ha chiarito che ci sono tre attributi che differenziano maggiormente gli uomini dagli animali: intelligenza, linguaggio e sentimenti (emozioni secondarie). Queste *emozioni secondarie*, come ad esempio risentimento, vergogna, orgoglio, ammirazione, si ritiene che siano meno visibili, meno

intense, possono essere sia positive (ammirazione) che negative (vergogna). Le *emozioni secondarie* erano per la maggioranza collegate all'*ingroup*, quindi il gruppo di appartenenza, secondo il campione di persone studiato, provava emozioni che potremmo definire più raffinate, meno primordiali. Agli appartenenti all'*outgroup* invece venivano attribuite quelle che sono state definite *emozioni primarie*, come ad esempio rabbia, paura, sorpresa, che sono tipiche degli uomini e degli animali.

L'Infraumanizzazione si manifesta quando vengono attribuite all'*ingroup* maggiori *emozioni secondarie* che all'*outgroup* e quando questa differenza non si vede nell'attribuire *emozioni primarie*.

Teoria dei Due Significati di Umanità (Haslam, 2006; Capozza, Falvo, Boin, & Colledani, 2016)

Sulla scia della teoria precedente, Haslam (2006) ha ipotizzato che la distinzione uomo-animale, che deriva dalle teorie dei suoi colleghi, sia solo uno dei due modi in cui si può suddividere l'umanità. L'essenza umana può essere contrapposta a quella degli animali o a quella degli oggetti, creando così due tipi distinti di deumanizzazione: *animalistica* e *meccanicistica*.

Questi due tipi di deumanizzazione derivano dalla distinzione che viene fatta tra *tratti unicamente umani* e *tratti essenziali della natura umana*.

I *tratti unicamente umani (UU)* sono quelli che separano gli umani dagli animali, sono caratteristiche tipo civiltà, sensibilità morale, capacità cognitive, razionalità, maturità, riflettono socialità e cultura, e si sviluppano con il tempo. Negare ad una persona, o a un gruppo, i *tratti UU* porta alla *deumanizzazione animalistica*, si arriva quindi ad assimilare l'altro ad un animale. La persona quindi sarebbe priva di cultura, morale e autocontrollo, percepita come grossolana, immatura, istintiva.

I *tratti essenziali della natura umana (NU)*, sono quelli che, pur essendo essenziali della natura umana, non sono quelli che la differenziano dalle altre specie. I *tratti NU* sono profondamente radicati nell'uomo, immutabili. Dalla negazione dei *tratti NU* invece si sviluppa quella che viene definita *deumanizzazione meccanicistica*, la persona viene considerata pari ad un oggetto o ad un automa. Vengono negate quelle caratteristiche che rendono la persona un'entità dotata di emozioni; chi abbiamo davanti diventa, quindi, inerte, rigida, priva di *agency*, superficiale.

Teoria della Mente (H. M. Gray et al., 2007; Capozza, Falvo, Boin, & Colledani, 2016)

La percezione di mente è un processo che riguarda i modi in cui le persone attribuiscono capacità mentali ad altri individui o entità. L'assegnazione di mente è una caratteristica fondamentale nella distinzione tra umano e non umano, che viene fatta attraverso la presenza o assenza di mente.

La teoria di H. M. Gray et al. (2007) si sviluppa attorno alla distinzione di due capacità mentali fondamentali, *agency* ed *experience*. L'*agency* rappresenta le capacità mentali complesse, cioè la capacità di prendere una decisione, controllare i propri comportamenti, pianificare le proprie azioni per raggiungere lo scopo fissato, comunicare, e distingue gli umani dagli animali. Per rimandare alla teoria spiegata precedentemente, l'*agency* corrisponde ai *tratti unicamente umani*. L'*experience* descrive gli attributi mentali basilari, come le emozioni semplici e complesse, la coscienza, la personalità, distingue gli umani dagli automi e dagli oggetti. L'*experience* può essere assimilata ai *tratti essenziali della natura umana*.

Nella Teoria della Mente, deumanizzare equivale a *dementalizzare*, non assegnare all'altro capacità mentali, quindi negare *agency* (capacità di pianificare e volontà) ed *experience* (capacità di sentire emozioni). Avere una mente con alte capacità di *agency* ed *experience* equivale ad aver raggiunto l'essenza dell'umanità. Le persone attribuiscono questo grado di umanità solo agli adulti simili a loro, a bambini e animali attribuiscono alta *experience* e bassa *agency*, gli automi invece avrebbero *agency* media ed *experience* nulla, mentre Dio avrebbe *agency* altissima ed *experience* nulla. Secondo lo studio condotto, quindi, alla nascita siamo caratterizzati esclusivamente da *experience*, con la crescita acquisiamo *agency* e raggiungiamo l'essenza dell'umanità nell'età adulta, invecchiando poi perdiamo *agency* e manteniamo *experience*.

Le due dimensioni della mente sono legate alle valutazioni di moralità, le persone dotate di *agency* sono moral agents, responsabili per le proprie azioni, mentre le persone dotate di *experience* sono moral patients, individui che hanno diritti e privilegi e devono essere tratti moralmente.

COME SI MANIFESTA LA DEUMANIZZAZIONE IN MEDICINA

La deumanizzazione nei contesti medici non sempre nasce da intenti negativi da parte degli operatori, anzi, nella maggior parte dei casi è inconsapevole e incondizionata. I bias di

umanità nei confronti dei pazienti potrebbero spiegare perché spesso si vedono comportamenti degradanti o violenti nei loro confronti da parte di chi dovrebbe prendersi cura della loro salute. I bias di umanità, come visto precedentemente, sono molto studiati in ambito sociale, nei rapporti tra gruppi, ma ancora poco approfonditi nell'ambito sanitario, questa assenza di conoscenze ha richiesto uno studio più completo dell'argomento. Le cause approfondite da diversi studiosi sono essenzialmente sei, divise tra cause funzionali, usate per facilitare al personale alcune pratiche e il problem solving, e non funzionali, spesso inconsapevoli o dettate da pratiche organizzative radicate.

Cause non funzionali

Deindividuazione: il paziente risulta amalgamato in gruppo o diventa anonimo. Deriva dal fatto che, nel nostro Paese, le persone ricoverate indossano, spesso, lo stesso camice, sono immerse nello stesso letto con lenzuola bianche, non hanno la possibilità di tenere oggetti personali che aiutino a differenziare un paziente da un altro. Queste pratiche radicate nell'organizzazione ospedaliera impediscono all'individuo di mantenere la propria identità, rendendolo pari agli altri e talvolta uguale agli altri (Haque & Waytz, 2012; Capozza, Falvo, et al., 2016)

La pratica deindividuante impedisce la ricerca di tratti distintivi nella persona e potrebbe portare a considerare tutti i malati, qualsiasi sia la loro età, etnia, estrazione sociale e cultura, come incapaci di prendere decisioni, privi di *agency* o incapaci di provare emozioni. Alcune pratiche dettate da protocolli registrati causano disagio, vergogna e spesso non viene tenuto conto di queste emozioni, credendo che la persona, siccome ricoverata in ospedale, sia disposta a lasciare che chiunque compia qualsiasi tipo di procedura sul suo corpo.

Ridotta agency: negli ospedali le persone sono oggettivamente incapaci, per numerose ragioni, di compiere alcune azioni, interventi agli arti inferiori impediscono la deambulazione, fratture agli arti superiori impediscono di mangiare da soli, malattie neurologiche impediscono di avere una vita piena, trattamenti oncologici debilitanti causano stanchezza, per questi motivi i pazienti spesso si trovano a dover dipendere dagli altri per compiere le attività basilari della vita quotidiana. Queste condizioni rendono il paziente dipendente da chi se ne prende cura, la dipendenza può portare i caregivers a sostituirsi in toto al malato, anche quando si tratta di prendere decisioni semplici. Questi pazienti, nella maggior parte dei casi sono capaci di prendere decisioni per la propria malattia anche a lungo termine,

hanno le abilità di decidere come vivere una volta arrivati a casa. Nel contesto ospedaliero il paziente non autonomo dal punto di vista fisico, che necessita di assistenza per le azioni quotidiane viene percepito come incapace di programmare la sua vita e le sue azioni. Anche se, talvolta, i pazienti sono effettivamente carenti da questo punto di vista, per patologie che ne ledono la mente, si tende a focalizzarsi su questa mancanza aumentando la deumanizzazione animalistica (Haque & Waytz, 2012; Capozza, Falvo, et al., 2016).

Dissimilarità: prevalentemente tra i professionisti della salute e il malato, la persona malata diventa diversa dal prototipo di umano, viene etichettata con il nome della patologia, si trova inferiore in un rapporto di potere che mette la sua vita in mano ai professionisti (Haque & Waytz, 2012).

Il malato si allontana dal modello di umano perfettamente funzionante per il semplice fatto di essere malato, si presenta fisicamente diverso da chi è nel pieno delle sue abilità e quindi più facilmente vittima di atteggiamenti deumanizzanti.

Poi, i comportamenti deumanizzanti peggiorano quando la persona è etichettata con la propria malattia, non è più un malato di depressione, è un depresso, non è una donna con frattura di femore, è un femore fratturato, il paziente perde la sua natura umana e acquista quella di malattia.

Infine, la differenza di potere nasce dal fatto che la persona malata andando ad una visita mette la sua vita nelle mani del medico, in ospedale è nelle mani dell'equipe. Haque and Waytz (2012), nel loro articolo analizzano brevemente uno studio in cui i partecipanti, in un contesto ospedaliero fittizio, rappresentavano individui con un ruolo di potere superiore, il chirurgo strutturato, o inferiore, specializzando o infermiere, e dovevano decidere quali trattamenti proporre al paziente; lo studio ha dimostrato che i partecipanti che ricoprivano il ruolo con il maggior potere tendevano a proporre un intervento più doloroso e descrivevano il paziente con termini più deumanizzanti, arrivando alla conclusione che il potere può facilitare questi atteggiamenti in medicina.

Queste cause di deumanizzazione non hanno utilità per il perseguimento della buona pratica medica. Le pratiche organizzative che causano la deindividuazione del paziente non hanno alcuna utilità in contesti medici, sono radicate nella cultura e nell'abitudine. Allo stesso modo la diminuzione dell'*agency* legata alle malattie non dovrebbe portare medici e infermieri a credere che l'utente sia incapace di prendere decisioni e pianificare per la propria vita, anzi,

sarebbe compito del curante incoraggiare il malato a decidere per sé perché i benefici che si hanno quando la persona decide per la propria salute sono riconosciuti, quindi, nelle decisioni, medico e utente dovrebbero essere al pari, eliminando le disparità di potere.

Cause funzionali

Visione meccanicistica del paziente: collegata al problem solving, potrebbe semplificare il processo di diagnosi facendo in modo che il paziente sia visto come un organismo meccanico costituito da parti che interagiscono, evitando di considerare le sue emozioni. Scomporre la persona in sistemi corporei potrebbe portare ad una diagnosi più rapidamente, questo, però, porta i professionisti ad usare termini depersonalizzanti per riferirsi alla persona, usando parti del corpo e patologie invece del suo nome.

La visione meccanicistica potrebbe risultare utile anche in ambito chirurgico; intervenire chirurgicamente su un corpo richiede concentrazione e focalizzarsi solo sulla parte malata permette al chirurgo di operare in maniera più efficace (Haque & Waytz, 2012; Capozza, Falvo, et al., 2016)

Empatia ridotta: anche la ridotta empatia può aiutare nella risoluzione di problemi in medicina. Riconoscere le emozioni altrui, provare empatia, significa attribuire umanità a quella persona, metterci al suo livello e mettere lei al nostro, riconoscere che le emozioni che prova sono legittime.

Diminuire la propria empatia può essere utile quando chi abbiamo davanti prova dolore, se gli operatori sanitari dovessero provare empatia quando si trovano a dover eseguire manovre dolorose sulla persona probabilmente non riuscirebbero ad agire in maniera efficace. Essere empatici verso il dolore del paziente inoltre potrebbe anche diminuire la capacità di prendere decisioni, in quanto è stato dimostrato che le reti neurali coinvolte nella cognizione sociale e nel problem solving non sociale sono inversamente correlate e quindi l'aumento di una richiede la diminuzione dell'altra (Haque & Waytz, 2012; Capozza, Falvo, et al., 2016).

Umanizzare il paziente in situazioni che prevedono di fargli provare un qualche tipo di dolore potrebbe causare stress e quindi deumanizzare potrebbe essere un buon metodo di coping.

Disimpegno morale: deriva dalla necessità di sospendere temporaneamente i propri sentimenti quando è necessario infliggere dolore per curare, dal momento che numerose procedure in medicina infliggono dolore al paziente. La deumanizzazione implica considerare l'altro incapace di provare sentimenti, quindi deumanizzare potrebbe essere utile per medici e infermieri quando si tratta di minimizzare il dolore che si infligge per diminuire i propri livelli di stress e operare al meglio (Haque & Waytz, 2012; Capozza, Falvo, et al., 2016).

La necessità di vedere la persona come un sistema meccanico deriva dal fatto che il corpo umano è come una macchina e spesso per arrivare ad una diagnosi è utile considerare gli organi singolarmente, lasciando perdere la componente psicosociale, altre volte invece è necessaria una visione d'insieme per giungere alla diagnosi giusta. A questo si lega anche la riduzione dell'empatia, in quanto allontanarsi dalle emozioni del paziente aiuta nel momento della diagnosi, soprattutto nel caso questa sia infausta, oppure quando sono necessarie procedure dolorose per arrivare a capire quale sia la malattia. Questo tipo di disimpegno morale potrebbe essere funzionale per diminuire il discomfort e colpa che si potrebbe provare infliggendo dolore.

Numerosi studi hanno preso in considerazione le cause funzionali di deumanizzazione per capire se siano effettivamente utili per i professionisti o se facciano solo del male al paziente. La maggior parte si concentra sul capire se siano efficaci come meccanismi di coping per medici e infermieri.

Uno studio condotto da Vaes and Muratore (2012) ha evidenziato che gli operatori sanitari che passano la maggior parte del loro tempo a stretto contatto con i malati riferiscono di sentirsi scontenti per il loro lavoro, riferiscono di sentirsi più esausti e riportano una diminuzione dell'efficacia del loro lavoro, questo quando vengono considerate solo le emozioni secondarie, quelle unicamente umane, come delusione, vergogna, speranza, ammirazione, colpa. Dall'altro lato invece, sembra che le emozioni primarie, come agitazione, rabbia, dolore, paura, sorpresa, abbiano un effetto positivo sul burnout, e che siano collegate ad un maggior impegno lavorativo. Quindi lo studio dimostra che umanizzare i pazienti potrebbe essere direttamente collegato al burnout dei professionisti, soprattutto per quelli che lavorano in realtà in cui la sofferenza è profonda e sempre presente.

Questi risultati sono stati ricalcati da un altro studio italiano, Trifiletti et al. (2014) hanno evidenziato che la riduzione dello stress, di cui fanno esperienza gli infermieri, si ottiene

attraverso la negazione dei tratti essenziali della natura umana e l'attribuzione di tratti unicamente umani. Attribuire ad un paziente uno status di umanità inferiore può funzionare come meccanismo di coping verso lo stress. Tuttavia, deumanizzare i pazienti per lungo tempo può avere conseguenze negative, soprattutto per quanto riguarda la comunicazione intaccando il rapporto di fiducia che si deve creare per un percorso di cura efficace. Secondo lo studio di Głębocka (2019), invece, anche se considerare inferiore il paziente in situazioni di stress potrebbe sembrare un meccanismo utile per combattere l'ansia, in realtà porta solo conseguenze negative; potrebbe peggiorare la relazione del paziente con lo staff e la compliance alle cure. Quindi questo comportamento potrebbe avere effetti positivi sul caregiver ma non sulla relazione di cura che sta alla base della medicina. Inoltre, lo studioso afferma che lo stress lavoro correlato potrebbe essere causato da cattive condizioni di lavoro, orari estenuanti, gratificazioni insufficienti o conflitti coi colleghi; queste condizioni andrebbero eliminate per permettere a medici e infermieri di lavorare in condizioni ottimali instaurando una relazione significativa per la cura della persona.

Infine, uno studio condotto da Triffaux et al. (2019) si concentrava sul capire se il declino dell'empatia negli studenti di medicina fosse un buon meccanismo di coping o un comportamento deumanizzante. Questo studio ha evidenziato che, nel campione studiato, il declino dell'empatia era significativo, usato come meccanismo per combattere il distress emotivo. Le cause di questa diminuzione potrebbero essere varie, dal realizzare che la professione non è come si pensa, all'uso eccessivo della tecnologia, passando per la promozione del distacco emotivo che viene fatta nei corsi di laurea e una mancanza di modelli da seguire. Lo studio ha evidenziato che le donne hanno un livello di empatia maggiore degli uomini.

STRATEGIE PER RIDURRE LA DEUMANIZZAZIONE

Nel loro articolo, Haque and Waytz (2012) propongono delle strategie da adottare per combattere le cause funzionali e non funzionali di deumanizzazione, considerando che alcune delle strategie possono essere trasversali a più cause.

Cause non funzionali

Individuazione: questa pratica potrebbe rendere il paziente più identificabile e aumentare i sentimenti di responsabilità degli operatori. Operatori e pazienti sono resi meno identificabili dall'abbigliamento, i primi portano una divisa che, in alcune realtà distingue solo le diverse figure professionali, i secondi sono costretti ad indossare un camice. Una buona soluzione al problema sarebbe quella di far indossare ai medici i loro abiti normali, mantenendo la professionalità. I pazienti potrebbero indossare abiti personali, come pigiama, che potrebbero aiutare la persona a sentirsi a proprio agio.

Una revisione sistematica, condotta da Galvin et al. (2018), considerava tra i vari interventi quello di appendere vicino al letto del paziente fotografie, poster con informazioni sulla storia personale del paziente, disegni e oggetti personali. Inoltre, potrebbero essere utili gli orari di visita aperti, che permetterebbero ai parenti di essere presenti durante l'arco del giorno, partecipando alle cure ed imparando la gestione della persona al domicilio, questo ridurrebbe l'ansia provata dai familiari, che spesso si sentono estranei alle cure e poco preparati alla gestione del malato fuori dal contesto ospedaliero.

Attribuzione di agency: ricordare, a professionisti sanitari e utenti, l'*agency* del paziente, la sua capacità di pianificare e decidere. Riconoscere le professioni dei malati, dare loro responsabilità e qualche compito semplice da portare a termine, trattarli come partner attivi nelle decisioni mediche (Haque & Waytz, 2012).

Anche il semplice compito di lasciare che il paziente si lavi da solo per quanto possibile lo potrebbe aiutare a recuperare la fiducia nelle sue capacità portandolo a sentirsi sicuro delle decisioni che prende.

Lo scopo di questa strategia per superare la ridotta *agency* del paziente è quello di renderlo del tutto partecipe delle decisioni che vengono prese riguardo la sua salute. Lo *Shared Decision Making (SDM)* è un approccio nel quale medico e paziente prendono insieme le decisioni secondo le migliori evidenze scientifiche. La persona è incoraggiata a riflettere su ogni aspetto delle sue cure, dagli esami clinici ai trattamenti proposti, tenendo conto dei lati positivi e negativi. Lo SDM rispetta la volontà del paziente e la sua autonomia, promuovendo la sua partecipazione. In Italia le persone ricoverate tendono ad assumere un atteggiamento passivo pur volendo notizie sulla malattia, e i medici non credono che tutti i pazienti siano in grado di condividere decisioni sul fine vita (Deledda et al., 2012).

Promozione della similarità: favorire la diversità etnica e di genere nella popolazione medica in modo che ricalchi quella dei pazienti; questo può creare un primo livello di similarità. Inserire, nella formazione medica, pratiche per enfatizzare le caratteristiche umane condivise coi pazienti, in particolare, la loro moralità, le storie personali di malattie, la vulnerabilità e disabilità, sofferenze, perdite personali e altre situazioni della vita che causa incertezza. Una strategia mirata alle istituzioni sarebbe quella di scoraggiare l'utilizzo della patologia per etichettare il paziente, incoraggiando invece a chiamarlo per nome enfatizzandone l'umanità. Queste pratiche combinate possono far sì che la persona ricoverata sia percepita più umana, che non sia etichettata come la malattia di cui soffre e che non ci siano asimmetrie di potere (Haque & Waytz, 2012).

Cause funzionali

Personificazione e procedure umanizzanti: la visione meccanicistica del paziente può essere diminuita identificandolo in modo più personificato e meno come un sistema meccanico, evidenziando le differenze tra persona ed oggetto. La personificazione potrebbe essere simile all'individuazione ma la prima si focalizza nel differenziare la persona dagli oggetti evidenziandone le caratteristiche personali, mentre la seconda si focalizza sul distinguere l'individuo dalla massa di quelli che lo circondano.

Una strategia potrebbe essere quella di aggiungere alle informazioni di base che individuano il paziente (nome, cognome e data di nascita), anche qualcosa sulla sua vita privata, lavoro presente o passato, hobbies, vita familiare. Durante il giro visita, ad esempio, potrebbero iniziare la presentazione del caso clinico con almeno una frase che descriva la vita privata del paziente. Queste sono informazioni che richiederebbero poco lavoro ai medici, però vengono spesso omesse perché non sono rilevanti per il proseguimento delle cure. Personificare il paziente in questo momento di cura serve a ricordare ai medici la sua natura umana. Anche prima di un intervento chirurgico, oltre ad annunciare la parte del corpo su cui si andrà ad intervenire, potrebbe essere utile inserire qualche informazione sulla vita del paziente, in modo da umanizzare la procedura che si andrà a compiere. Anche rendere trasparenti i teli che si usano a protezione del volto del paziente potrebbe promuovere la personificazione e diminuire anche il numero di errori, far sì che si porti più attenzione ai dettagli, mobilizzando la persona con cura evitando ematomi ed escoriazioni di posizionamento (Haque & Waytz, 2012).

Equilibrio empatico e selezione del personale medico: i medici si trovano spesso a reprimere l'empatia per l'oggettività, specialmente quando devono risolvere problemi clinici complessi, questo infatti può essere utile ai medici quando hanno a che fare con problemi di alto livello diagnostico. I pazienti che percepiscono il medico più empatico tendono ad aderire meglio alle terapie prescritte, i medici quindi dovrebbero trovare un equilibrio tra empatia e problem solving per decidere la giusta diagnosi, prognosi e trattamenti. Una strategia per promuovere l'equilibrio tra empatia e capacità cognitiva di problem solving già dal periodo di formazione, insegnando a gestire le due tecniche a seconda del contesto in cui ci si trova; ad esempio un chirurgo potrebbe aver bisogno di essere empatico nel suo studio, al momento della visita col paziente e di diminuire il grado di empatia durante l'intervento chirurgico mentre uno psichiatra potrebbe essere più empatico durante il trattamento a lungo termine e meno nei momenti di crisi acuta (Haque & Waytz, 2012).

Inoltre, un'attenta selezione delle capacità dei candidati alla facoltà di medicina dovrebbe portare ad individuare persone in grado di usare le proprie capacità cognitive e relazionali nella professione. Una possibilità di valutazione sarebbe quella di fornire dei questionari che misurino l'empatia durante il test d'ingresso. Va aggiunto che la capacità di essere empatici può essere appresa e migliorata attraverso training specifici (Haque & Waytz, 2012).

Uno studio di Backes et al. (2007), che aveva lo scopo di capire quali fossero i principi delle professioni mediche per arrivare ad una medicina umanizzata, ha evidenziato che i professionisti operano in un contesto di cura umanizzato quando allineano le loro competenze umane e professionali fino a raggiungere la realizzazione professionale in un contesto dinamico in cui si dà valore all'essere umano. I loro principi e valori nei contesti di cura permettono di umanizzare le cure dando valore all'uomo. Le fasi dello studio hanno dimostrato che l'umanizzazione è un processo graduale, dinamico e sistemico, determinato dalla continua ricerca di valori etici e principi con responsabilità per la dignità umana.

Impegno morale: consiste nel diminuire la distanza psicologica tra medico e paziente. Si potrebbero cambiare le pratiche che impongono un determinato abbigliamento per il paziente, vestendoli con abiti che li facciano apparire psicologicamente più affini al medico e degni di considerazione morale. Spesso in ospedale i pazienti sono vestiti con abiti che coprono appena le parti intime e li fanno sentire umiliati in vari modi. Questi abiti, che facilitano gli esami fisici, non solo imbarazzano la persona ma favoriscono anche il disimpegno morale.

Anche il progresso tecnologico in medicina favorisce il distacco morale e la deumanizzazione. È semplice compiere un'azione premendo un bottone, ancora meglio quando questa potrebbe causare dolore, poiché l'immoralità che percepiamo delle nostre azioni è maggiore quando c'è contatto fisico rispetto a quando viene utilizzato un agente meccanico come mediatore. Eseguire una procedura diagnostica che richiede l'utilizzo di una macchina potrebbe favorire la deumanizzazione, per questo una buona soluzione potrebbe essere quella di includere una foto del volto della persona vicino alla documentazione medica e ai referti degli esami per personificare il paziente e diminuire l'abilità della tecnologia di amplificare la deumanizzazione (Haque & Waytz, 2012).

DEUMANIZZAZIONE IN CONTESTI DI FINE VITA

(Testoni, 2011)

La deumanizzazione nei contesti ospedalieri è, come già accennato, un argomento ancora poco approfondito, quindi sono pochi gli studi che si concentrano sulla visione di questo fenomeno nei contesti oncologici o di fine vita.

In questi contesti empatia, comunicazione e spiritualità sono fondamentali. Gli infermieri sono coloro che si fanno carico di queste dimensioni della persona morente e sono spesso colpiti profondamente dalla sofferenza a cui assistono ogni giorno, per questo potrebbero facilmente arrivare a deumanizzare l'individuo che si trovano ad assistere nel fine vita. La pratica del nursing viene spesso vista come semplice supporto al medico, mentre è una disciplina molto più profonda, basata soprattutto sulla relazione di cura che si instaura tra infermiere e paziente e che diventa estremamente importante negli ultimi momenti di vita, quando l'infermiere si rivela essere un importante supporto anche dal punto di vista psicologico e spirituale. Nel nursing è importante il principio di morte dignitosa e l'infermiere è una figura importante nella preparazione del soggetto terminale e della famiglia, poiché la vera sofferenza non è del morente ma di chi gli sopravvivrà. Assistere chi muore è coinvolgimento emotivo e fatica. Richiede impegno e volontà che possono risultare autodistruttivi e portare allo sviluppo di strategie di evitamento, distacco e rifiuto. Non si può essere altrove e assistere alla morte altrui senza pensare alla propria (Zanotti, 2011). In

queste situazioni il compito dell'infermiere dovrebbe essere quello di creare un ambiente di relazione umana sostenuto dalla presenza, dall'empatia e dal supporto.

La medicina dovrebbe occuparsi della sofferenza della persona in maniera globale, guardando alla sfera psicosociale oltre che a quella biologica. La pratica medica non può essere ridotta solo a sapere tecnico, comporta un avvicinamento attraverso l'esperienza comune del dolore; a questo proposito, numerosi medici che si sono trovati colpiti personalmente da malattie gravi e invalidanti hanno fatto appelli di maggior umanizzazione della medicina (Azzarello, 2011).

Empatia e giusta comunicazione sono due aspetti importanti per una medicina più umana che andrebbero insegnate e allenate durante i corsi di laurea. La strategia SPIKES per comunicare la bad news è fondamentale per mettere a suo agio il paziente e comunicare la notizia nel momento che egli ritiene più giusto. Si basa sul creare un ambiente adatto al tipo di comunicazione, privato, in cui la persona si senta a proprio agio, facendo partecipare i familiari se il paziente lo desidera, mantenendo una postura di ascolto attento, allineandosi all'interlocutore. Si cerca di percepire le informazioni di cui la persona è già in possesso prima di dare la notizia, dando quelle che l'altro desidera ascoltare, senza voler dire tutto, accompagnandolo verso la cattiva notizia e mettendolo a conoscenza del fatto che si sta per riferire una brutta notizia, il tutto cercando di tenere un atteggiamento empatico (Buckman, 2005).

Infine, la dimensione spirituale, ritenuta molto importante da alcuni pazienti, viene spesso ridotta alla semplice presenza di un parroco, di religione cristiano cattolica, presente in ospedale, che si rende disponibile a parlare con chi ne ha bisogno. I credo diversi da quello cristiano cattolico, in Italia, non vengono considerati, anzi a volte non ne vengono neanche rispettate le tradizioni. Non sono necessarie conoscenze particolari per andare incontro alle necessità spirituali dei pazienti, spesso basta ascoltare e discutere apertamente, senza pregiudizi, guidando la persona, anche se non si è religiosi, la spiritualità è una componente che fa parte della vita di tutti e chiunque ne può parlare. Per concludere, quindi, empatia, comunicazione e vicinanza spirituale sono elementi fondamentali per eliminare la deumanizzazione da un contesto delicato come quello del fine vita, che risulta psicologicamente pesante per chi ci lavora e potrebbe ricorrere al distaccamento come strategia per combattere lo stress.

VALUTAZIONE DELLA DEUMANIZZAZIONE IN CONTESTO OSPEDALIERO

Entrando all'interno di un contesto ospedaliero si rimane profondamente colpiti dal fatto che la maggior parte dei comportamenti che sembrano normali per gli infermieri, siano in realtà comportamenti deumanizzanti. Comportamenti semplici, come ad esempio sostituirsi in toto al paziente anche in compiti elementari, dare troppa confidenza, dare nomignoli agli anziani (nonnina, nonnino), sono profondamente deumanizzanti e tolgono *agency* e dignità. Si è quindi deciso di indagare anche come vengono considerati i pazienti nel contesto della Clinica Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Lo scopo della ricerca è quello di valutare se e in quale misura i pazienti vengono considerati inferiori, quali caratteristiche emotive vengono loro attribuite e in quale misura vengono considerati al pari degli operatori. La ricerca viene effettuata al fine di creare un progetto di sensibilizzazione ed educazione sul tema della deumanizzazione nei contesti ospedalieri in modo da diminuire la sua espansione.

Materiali e metodi

Si è deciso di somministrare un questionario per via telematica utilizzando dei test sviluppati dalla Prof.ssa Capozza: Test di Attribuzione di Umanità, Scala di Empatia Emotiva e *Perspective Taking*.

Il Test di Attribuzione di Umanità si compone di 8 items che valutano, attraverso una scala Likert da 1 a 5, in quale misura i pazienti siano caratterizzati, secondo gli operatori, da emozioni primarie o secondarie.

La Scala di Empatia Emotiva è suddivisa in 4 sezioni che indagano in quale misura l'operatore si sente vicino al paziente, su una scala Likert da 1 a 5.

La sezione del *Perspective Taking* invece analizza quanto l'operatore riesce a mettersi nei panni dell'assistito, valutandolo con una scala da 1 a 7.

Il questionario è stato somministrato a 45 persone, hanno risposto in 41, tra infermieri e OSS, uomini e donne, di età variabile tra i 25 e i 54 anni (età media 39 anni, dev. standard 8,953), tutti dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che lavorano presso la Clinica Ortopedica.

I pazienti gestiti all'interno del reparto studiato sono in maggioranza affetti da traumi ossei, fratture di femore, sono utenti anziani, la maggior parte dei quali soffre di demenza, o

comunque fa esperienza di delirium ospedaliero causato dal trauma; poi vengono ricoverati presso il reparto anche pazienti politraumatizzati a causa di incidenti stradali, di solito ragazzi giovani, che però riportano traumi psicologici significativi, anche se non lo ammettono. Infine, sono seguiti anche pazienti oncologici di tutte le età, con tumori ossei primitivi o metastasi, che vanno incontro ad interventi demolitivi per continuare a vivere a volte anche solo per qualche mese. Le diverse storie dei pazienti, con cui si trovano ad avere a che fare ogni giorno, potrebbero causare stress emotivo e fisico non indifferente, portando gli operatori ad avere atteggiamenti deumanizzanti per proteggersi.

Risultati

Considerando il Test di Attribuzione di Umanità, la maggioranza dei professionisti ha risposto che i pazienti sono mediamente, punteggio 3 su 5, caratterizzati da impulsività (48,8%), istinto (53,7%), raziocinio (41,5%), ragionamento (53,7%), moralità (39%) e impeto (31,7%). Mentre sono stati valutati come caratterizzati da pulsioni medio alte, 4 su 5, dal 58,8% degli esaminati, e da capacità cognitive medio alte dal 46,3%. Altri risultati significativi sono la valutazione di raziocinio medio basso, 2 su 5, data dal 36,6% degli intervistati, e impeto e impulsività medio alti, 4 su 5, data rispettivamente dal 29,3% e dal 36,6%. Inoltre, il 31,7% attribuisce un grado di moralità medio alta ai pazienti.

Analizzando le risposte alla Scala di Empatia Emotiva è emerso che 19 colleghi (46,3%) sentono ampiamente di provare gli stessi sentimenti dei pazienti, 22 (53,7%) capiscono molto come si sentono gli assistiti, 19 (46,3%) si sentono molto in sintonia con loro, 13 (31,7%) si sentono molto partecipi delle loro gioie e dispiaceri. In questa sezione del test è interessante notare che il 7,3% delle persone che hanno risposto non sente in alcuna misura di provare gli stessi sentimenti degli utenti, mentre negli altri item sentono tutti, anche in minima misura di provare sentimenti simili ai loro.

Per quanto riguarda la scheda che analizza il *Perspective Taking*, con risposte date su una scala da 1 a 7, 12 colleghi (29,3%) si sentono parzialmente d'accordo con l'affermazione "credo di avere una buona comprensione di come i pazienti vedono il mondo", mentre 10 (24,4%) si sentono rispettivamente un po' d'accordo e 10 (24,4%) incerti su cosa ne pensano a riguardo; 14 (34,1%) operatori sono contrari all'affermazione "sulle questioni importanti non riesco a cogliere il punto di vista dei pazienti"; 11 (26,8%) intervistati sentono di vedere le cose parzialmente come le vedono gli utenti; infine, 15 colleghi (36,6%) si sentono d'accordo con l'affermazione "riesco a mettermi nei panni dei pazienti".

In generale, le risposte date nelle diverse sezioni del questionario tendono ad essere abbastanza equilibrate, non ci sono risposte troppo negative o troppo positive.

Le risposte degli operatori più anziani tendono ad essere più orientate verso la deumanizzazione del paziente, evidenziando un distacco maggiore rispetto agli operatori più giovani che riescono a mettersi nei panni dell'assistito, vedendolo più come una persona con emozioni secondarie, capace di provare le stesse emozioni di chi li cura. Infermieri ed operatori più anziani hanno più esperienza e forse un bagaglio di stress più ampio, che potrebbe portarli a ricercare strategie per combattere il burnout. Inoltre, ma questo dovrebbe essere oggetto di studi approfonditi, gli infermieri più anziani non hanno una laurea, dal momento che per esercitare la professione è necessaria la laurea dal 1992, quindi sarebbe utile indagare se gli studi universitari abbiano un peso sul modo in cui gli operatori considerano il paziente, quindi se gli infermieri laureati siano anche, in qualche modo, più empatici e se venga insegnato loro come trattare con l'utente in modo empatico.

Discussione

Il test è stato somministrato con lo scopo di valutare se e in quale misura i colleghi si sentano in sintonia con i pazienti e quali tipi di emozioni vengano loro attribuite.

Dai risultati emerge che, per quanto riguarda le caratteristiche che vengono attribuite agli assistiti, le risposte date evidenziano una tendenza a considerare il degente caratterizzato da tratti essenziali della natura umana (impulsività, istinto, pulsioni, impeto), tuttavia vengono attribuite in misura media anche caratteristiche unicamente umane (capacità cognitive, moralità, ragionamento e razionalità). Questi risultati potrebbero evidenziare una tendenza a deumanizzare il paziente in maniera animalistica. Potrebbero essere indagati più a fondo i motivi di alcune risposte, oppure si potrebbero effettuare attività di sensibilizzazione a favore dell'umanizzazione.

Nella sezione che analizza l'empatia emotiva invece le risposte cambiano direzione, evidenziando una vicinanza empatica tra operatore e paziente, in quanto i colleghi sentono di provare gli stessi sentimenti dei pazienti e di sentirsi in sintonia con loro quando provano gioie o dispiaceri. Infatti, analizzando anche la sezione che studia l'assunzione della prospettiva del paziente, le risposte fanno emergere una buona comprensione della prospettiva del malato e una sintonia tra quello che provano gli utenti e quello che sentono gli operatori, che riescono infatti a mettersi spesso nei loro panni.

CONCLUSIONE

Confrontando i dati raccolti con la letteratura esistente possiamo dedurre che gli operatori tendono ad attribuire ai pazienti un status di umanità inferiore attraverso emozioni di tipo primario, assimilandoli ad animali dotati di istinti primordiali con scarsa capacità di giudizio e ragionamento (Capozza, Falvo, et al., 2016; Trifiletti et al., 2014). Non ci sono evidenze di deumanizzazione di tipo meccanicistico quando i pazienti vengono valutati come categoria (Capozza, Falvo, et al., 2016). Sarebbero necessari ulteriori studi per indagare se, e in quale misura, i pazienti vengono considerati come oggetti.

Non sono stati indagati i motivi che stanno alla base degli atteggiamenti deumanizzanti ma potrebbero essere principalmente stress e burnout. Tuttavia queste pratiche, anche se incluse nelle cause funzionali di deumanizzazione, potrebbero, come già detto in precedenza, diminuire la compliance del paziente e peggiorare il rapporto tra utente e operatore peggiorando la qualità delle cure percepita e portando l'operatore a considerare il paziente come poco collaborante (Capozza, Falvo, et al., 2016; Głębocka, 2019). Sarebbe utile condurre studi per indagare se l'esperienza lavorativa sia connessa ad un grado maggiore di deumanizzazione, per valutare se le ipotesi espresse in precedenza possano essere fondate. Inoltre, si potrebbero condurre ulteriori studi per valutare se il tipo di educazione, scuola professionale per infermieri oppure Laurea in Infermieristica, possa essere collegata ad una gestione più empatica del degente, valutando anche se gli infermieri vengano addestrati all'ascolto empatico.

I degenti del reparto sono, come già accennato, molto diversi tra loro, questo potrebbe portare gli operatori a sentirsi vicini ad alcuni di loro mentre ne deumanizzano altri. I degenti affetti da decadimento cognitivo potrebbero essere considerati più facilmente simili ad animali. Sarebbe utile valutare con uno studio più approfondito se gli operatori si sentono più vicini ai loro coetanei o a quelle persone non affette da malattie mentali.

Per concludere possiamo dire che la deumanizzazione nei contesti sanitari è una branca della psicologia ancora poco studiata perché subdola e non direttamente collegata alla violenza, ma andrebbe indagata più profondamente con ulteriori studi.

Limiti e implicazioni per la pratica

Gli operatori del campione studiato hanno età, educazione ed esperienze diverse. Le risposte raccolte sono influenzate da queste variabili e anche dalle emozioni provate dall'operatore al momento della raccolta dei dati.

Si è deciso di indagare solo come infermieri e OSS percepiscono il paziente quindi non è possibile fare un confronto con la percezione che hanno del loro gruppo, non è possibile valutare se ci siano differenze tra ingroup e outgroup. Potrebbe essere interessante eseguire un ulteriore esame del campione valutato per vedere se emergono differenze tra ingroup e outgroup.

Inoltre, altro limite dello studio, è quello di aver incluso solo infermieri e OSS nella popolazione studiata, senza includere medici e specializzandi, presenti nel reparto, per avere una visione più ampia.

Sarebbe stato utile anche chiedere gli anni di esperienza lavorativa per capire se gli anni di servizio fossero correlati ad una maggiore deumanizzazione.

Considerato il tipo di studio e lo scopo dello studio, sarebbe utile un progetto di sensibilizzazione ed educazione nel contesto studiato. I risultati raccolti hanno poca implicazione pratica al di fuori del contesto studiato perché si è deciso appositamente di considerare un campione ristretto in un contesto contenuto per creare un progetto da sottoporre in questo reparto. Sarebbe utile somministrare il test ad una popolazione più ampia per valutare l'incidenza della deumanizzazione in medicina.

ESPERIENZA PERSONALE

Lavorando in un reparto che richiede molto sforzo fisico e mentale mi sono resa conto che mi viene naturale pensare che alcuni pazienti, di solito quelli più anziani e con demenza, siano caratterizzati da tratti essenziali della natura umana e che non provino emozioni di tipo secondario, siano quindi caratterizzati da istinto e pulsioni.

Mi sento, tuttavia, molto vicina emotivamente a quei pazienti giovani che si trovano ricoverati per lungo tempo a causa di incidenti stradali o tumori ossei e che vedono crollare la loro vita davanti ai loro occhi, in questi casi cerco di migliorare la loro qualità di vita, per quanto possibile nel contesto ospedaliero, dando loro più autonomia decisionale, aiutandoli a

sviluppare le loro abilità residue per renderli autonomi anche fisicamente. In alcune situazioni ci sono regole non scritte, dettate dall'abitudine e dal "si è sempre fatto così" che ci portano ad allontanarci dal paziente per paura di rimproveri. Di recente, due pazienti, marito e moglie, ricoverati a seguito di un incidente con la moto, hanno festeggiato 39 anni di matrimonio, ricoverati contemporaneamente nel nostro reparto e costretti a letto, si trovavano in due stanze separate; in accordo con le colleghe di turno quel giorno, abbiamo deciso di far loro una sorpresa, abbiamo portato il letto del marito nella stanza della moglie, mantenendo la privacy delle pazienti ricoverate, che erano complici della nostra sorpresa. Quando la donna ha visto entrare il marito nella stanza era così commossa che non sapeva come ringraziarci.

Questo e altri piccoli episodi, come dare fiducia e autonomia, trasmettono ai pazienti la nostra vicinanza, siamo tutti umani e tutti abbiamo bisogno di gioia nei momenti di difficoltà e abbiamo bisogno di qualcuno che ci supporti, noi infermieri facciamo anche questo.

BIBLIOGRAFIA

Aro, I., Pietilä, A.-M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (13–14), 1847–1858. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x>

Azzarello, G. (Ed.). (2011). Sapere tecnico a relazionalità di fronte al dolore globale terminale in ambito oncologico. In *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione* (pp. 132–145). Piccin-Nuova Libreria.

Backes, D. S., Koerich, M. S., & Erdmann, A. L. (2007). Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (1), 34–41. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000100006>

Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), 138–142. [https://doi.org/10.1016/s1548-5315\(11\)70867-1](https://doi.org/10.1016/s1548-5315(11)70867-1)

Capozza, D., Andrighetto, L., Di Bernardo, G. A., & Falvo, R. (2011). Does status affect intergroup perceptions of humanity? *Group Processes & Intergroup Relations*, 15 (3), 363–377. <https://doi.org/10.1177/1368430211426733>

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. <https://doi.org/10.1111/jasp.12377>

Capozza, D., Falvo, R., Boin, J., & Colledani, D. (2016). Dehumanization in medical contexts: An expanding research field. *TPM*, 23 (4), 545–559. <https://doi.org/10.4473/TPM23.4.8>

Castro, A., Testoni, I., Zamperini, A., Ronconi, L., Galantin, L. P., & Caraceni, A. (2019). The implicit soul: Factors between the representation of death and dehumanization of patients. *Health Psychology Open*, 6 (1), 2055102919854666. <https://doi.org/10.1177/2055102919854666>

- Christoff, K. (2014). Dehumanization in organizational settings: some scientific and ethical considerations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1–5. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00748>
- Cipolletta, S., & Oprandi, N. (2013). What is a Good Death? Health Care Professionals' Narrations on End-of-Life Care. *Death Studies*, 38 (1), 20–27. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.707166>
- Crossen, K. (2017). Missed opportunities for adolescent friendly care in hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53 (12), 1176–1179. <https://doi.org/10.1111/jpc.13626>
- Deledda, G., Mosconi, P., Renzi, C., & Goss, C. (2012). Il coinvolgimento del paziente nel processo clinico decisionale. *Recenti Progressi in Medicina*, 103, 384–390. <https://doi.org/10.1701/1171.12981>
- Demoulin, S., Leyens, J., Paladino, M., Rodriguez-Torres, R., Rodriguez-Perez, A., & Dovidio, J. (2004). Dimensions of “uniquely” and “non-uniquely” human emotions. *Cognition & Emotion*, 18 (1), 71–96. <https://doi.org/10.1080/02699930244000444>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Epley, N., & Waytz, A. (2010). Mind Perception. *Handbook of Social Psychology*, 498–528. <https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy001014>
- Faulkner, A. (1998). ABC of palliative care: Communication with patients, families, and other professionals. *BMJ*, 316 (7125), 130–132. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7125.130>
- Galvin, I. M., Leitch, J., Gill, R., Poser, K., & McKeown, S. (2018). Humanization of critical care—psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, 65 (12), 1348–1371. <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1227-7>

- Głębocka, A. (2019). Stress and Dehumanizing Behaviors of Medical Staff Toward Patients. *Advances in Medicine and Medical Research*, 97–104. https://doi.org/10.1007/5584_2018_308
- Gray, H. M., Gray, K., & Wegner, D. M. (2007). Dimensions of Mind Perception. *Science*, 315(5812), 619. <https://doi.org/10.1126/science.1134475>
- Gray, K., Young, L., & Waytz, A. (2012). Mind Perception Is the Essence of Morality. *Psychological Inquiry*, 23 (2), 101–124. <https://doi.org/10.1080/1047840x.2012.651387>
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine. *Perspectives on Psychological Science*, 7 (2), 176–186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (3), 252–264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrhumanization. *Annual Review of Psychology*, 65 (1), 399–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045>
- Lebowitz, M. S., & Ahn, W. (2016). Using personification and agency reorientation to reduce mental-health clinicians' stigmatizing attitudes toward patients. *Stigma and Health*, 1(3), 176–184. <https://doi.org/10.1037/sah0000020>
- Lester, B. M., & Sparrow, J. D. (2010). *Nurturing Children and Families: Building on the Legacy of T. Berry Brazelton* (1st ed.). Wiley-Blackwell.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2007.00006.x>
- Serpentini, S., Alducci, E., Dal Sasso, L., Zanforlin, V., Ballestrin, G., & Beltramello, C. (2006). Valutazione dei bisogni psicosociali del malato oncologico terminale in hospice. *La Rivista Italiana Di Cure Palliative*, 3, 29–35.

https://www.academia.edu/5283306/Valutazione_dei_bisogni_psicosociali_del_malato_oncologico_terminale_in_hospice

Testoni, I. (2011). *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione*. Piccin-Nuova Libreria.

Triffaux, J.-M., Tisseron, S., & Nasello, J. A. (2019). Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process? *L'Encéphale* , 45 (1), 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.003>

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. <https://doi.org/10.1111/jasp.12267>

umano. (2020).
Treccani. <http://www.treccani.it/vocabolario/umano/>

Vaes, J., & Muratore, M. (2012). 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. <https://doi.org/10.1111/bjso.12008>

Volpato, C. (2011). *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza* (7th ed.). Laterza.

Waytz, A., & Schroeder, J. (2014). Overlooking others: Dehumanization by Commission and Omission. *TPM*, 21 (3), 1–16. <https://doi.org/10.4473/TPM21.3.2>

Wu, L.-F., Koo, M., Liao, Y.-C., Chen, Y.-M., & Yeh, D.-C. (2016). Development and Validation of the Spiritual Care Needs Inventory for Acute Care Hospital Patients in Taiwan. *Clinical Nursing Research*, 25 (6), 590–606. <https://doi.org/10.1177/1054773815579609>

Zanotti, R. (Ed.). (2011). Gestire le condizioni di sofferenza estrema: l'umanizzazione delle cure. In *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione* (pp. 125–129). Piccin-Nuova Libreria.