



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

**UMANIZZAZIONE DELLA CURA E FATTORI ASSOCIATI
NEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE MENTALE:
RUOLO DELLE CARATTERISTICHE INDIVIDUALI,
FORMATIVE E LAVORATIVE**

RELATORE:
Chiar.mo Prof. Luca Pingani

LAUREANDO:
Morgan Ruggeri

Anno Accademico 2025 – 2026

INDICE

0. ABSTRACT.....	5
1. INTRODUZIONE.....	7
1.1 La relazione terapeutica nei servizi di salute mentale	7
1.2 Umanizzazione e deumanizzazione della cura	10
1.2.1 Teoria dell'infraumanizzazione	11
1.2.2 Modello Duale di Haslam	12
1.2.3 Teoria di Harris e Fiske	13
1.2.4 Altre teorie	15
1.2.5 Chi è il paziente deumanizzato e rischi associati.....	16
1.2.6 Cause della deumanizzazione nell'ambito medico-sanitario.....	17
1.3 Modello HUMAS	24
1.4 Fattori correlati all'umanizzazione: età, esperienza professionale e differenze tra professionisti.....	26
1.4.1 Età, esperienza e competenze relazionali	27
1.4.2 Differenze tra infermieri e psichiatri.....	31
1.4.3 Il contesto organizzativo e la deumanizzazione organizzativa	32
1.5 Ruolo di formazione, comunicazione empatica e gestione delle emozioni.....	33
1.5.1 La formazione come antidoto all'erosione empatica.....	33
1.5.2 Regolazione emotiva e umanizzazione	34
1.5.3 Il panorama italiano: un sistema in transizione	36
1.6 Razionale, obiettivi e ipotesi dello studio	37
1.6.1 Razionale	37

1.6.2	Obiettivi	38
1.6.3	Ipotesi 1 — Età e umanizzazione.	39
1.6.4	Ipotesi 2 — Differenze tra professioni.....	39
1.6.5	Ipotesi 3 — Distress e umanizzazione.....	40
1.6.6	Ipotesi 4 — Formazione e umanizzazione.....	40
2.	METODI.....	41
2.1	Disegno della ricerca	41
2.2	Partecipanti	41
2.2.1	Dimensione del campione e setting	41
2.2.2	Criteri di inclusione ed esclusione	42
2.3	Strumenti di Misura	42
2.3.1	Scheda sociodemografica	42
2.3.2	Healthcare Professional Humanization Scale for Nursing (HUMAS-I).....	43
2.3.3	La validazione italiana	44
2.3.4	Altro	45
2.4	Procedura di somministrazione.....	45
2.5	Analisi statistica.....	46
2.6	Considerazioni Etiche	47
3.	RISULTATI	48
3.1	Caratteristiche del campione e statistiche descrittive	48
3.1.1	Caratteristiche sociodemografiche e personali	48
3.1.2	Caratteristiche lavorative e professionali.....	49
3.2	Analisi delle ipotesi di ricerca	50
3.2.1	Ipotesi 1.....	50
3.2.2	Ipotesi 2.....	52

3.2.3	Ipotesi 3.....	53
3.2.4	Ipotesi 4.....	54
4.	DISCUSSIONE	56
4.1	Ipotesi 1.....	56
4.2	Ipotesi 2.....	59
4.3	Ipotesi 3.....	62
4.4	Ipotesi 4.....	66
4.5	Limiti	70
4.6	Prospettive future.....	71
5.	CONCLUSIONI.....	73
6.	BIBLIOGRAFIA	75
7.	APPENDICE	86

0. ABSTRACT

Introduzione.

L'umanizzazione della cura, intesa come la capacità del professionista di preservare la centralità e la dignità della persona assistita, costituisce una dimensione cruciale nei servizi di salute mentale, dove i pazienti rappresentano un bersaglio privilegiato delle dinamiche di deumanizzazione e gli operatori sono esposti a un elevato carico emotivo. Nonostante la rilevanza del tema, i dati sui professionisti italiani della salute mentale risultano tuttora scarsi.

Obiettivo.

Descrivere il profilo di umanizzazione della cura in un campione di professionisti della salute mentale italiani e identificare le caratteristiche individuali, professionali e formative a esso associate.

Materiali e metodi.

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale su 61 professionisti (42 infermieri e 19 medici psichiatri) operanti presso il DSM-DP dell'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, caratterizzati nel complesso da una lunga esperienza professionale. L'umanizzazione della cura è stata misurata mediante la versione italiana della Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS-I), articolata in cinque dimensioni. Le associazioni con l'età e con il carico emotivo negativo sono state analizzate con il coefficiente di Spearman, mentre i confronti tra professioni e tra gruppi con e senza formazione alla comunicazione empatica sono stati condotti con il test U di Mann-Whitney.

Risultati.

L'età correlava negativamente con le competenze relazionali ($\rho = -0,490$; $p < 0,001$) e con il punteggio totale HUMAS-I ($\rho = -0,405$; $p = 0,001$). A fronte di un'umanizzazione complessiva sovrapponibile, gli psichiatri mostravano una maggiore autoefficacia rispetto agli infermieri ($p = 0,026$), mentre questi ultimi riportavano un distress più elevato ($p < 0,001$). Il distress correlava negativamente con la sola empatia ($\rho = -0,297$;

$p = 0,020$). La formazione alla comunicazione empatica si associava a punteggi totali più elevati ($p = 0,025$; $r = 0,472$).

Conclusioni.

In un campione con livelli di umanizzazione complessivamente elevati, l'età non rappresenta un fattore protettivo, mentre la formazione alla comunicazione empatica si associa a punteggi più elevati di umanizzazione della cura. I risultati, dato il disegno trasversale e la numerosità limitata del sottogruppo, sono da confermare in studi longitudinali e multicentrici, ma suggeriscono l'utilità di interventi formativi mirati nei servizi di salute mentale.

Parole chiave: salute mentale; deumanizzazione; HUMAS-I; umanizzazione della cura; comunicazione empatica.

1. INTRODUZIONE

1.1 La relazione terapeutica nei servizi di salute mentale

I disturbi mentali costituiscono oggi una delle principali cause di disabilità a livello mondiale: secondo le stime più recenti del *Global Burden of Disease*, essi figurano stabilmente tra le prime dieci cause di carico di malattia, senza che dal 1990 si sia osservata alcuna riduzione del loro peso complessivo (*GBD 2019 Mental Disorders Collaborators 2022*).

In Italia, il modo in cui la cura della salute mentale viene concepita ed erogata è tuttavia il frutto di una profonda trasformazione storica. Per gran parte del Novecento l'assistenza psichiatrica italiana è stata organizzata attorno al manicomio, istituzione disciplinata dalla legge del 1904 (Legge 36/1904) secondo una logica prevalentemente custodiale e di tutela dell'ordine pubblico, più che terapeutica. In tale modello lo **stigma** e la **segregazione** risultavano strutturalmente intrecciati con le pratiche di cura: il ricovero comportava forme di internamento prolungato, il ricorso sistematico alla contenzione e la marginalizzazione sociale della persona, mentre l'apparato dei manicomi giudiziari estendeva alla devianza psichica una funzione apertamente coercitiva e di controllo sociale (*Foot 2014*).

Questa configurazione ha trovato una radicale messa in discussione nel pensiero di **Franco Basaglia** e del movimento di Psichiatria Democratica, che hanno denunciato l'istituzione manicomiale come dispositivo di dominio e come fattore essa stessa di deumanizzazione del malato, capace di ridurre la persona a "cosa" attraverso la depersonalizzazione e la mortificazione istituzionale (*Foot 2014*). Su questo terreno di critica si è innestata la **riforma del 1978** (Legge 180/1978), che ha sancito il superamento dell'ospedale psichiatrico e il passaggio da un modello di tipo custodiale a un sistema di cura radicato nella comunità.

L'assistenza è oggi affidata a una rete di **Dipartimenti di Salute Mentale** (DSM) che integrano i servizi territoriali, tra cui i **Centri di Salute Mentale** (CSM), e le unità di degenza per la fase acuta, i **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** (SPDC), in un'ottica di continuità terapeutica e di reinserimento della persona nel proprio contesto di vita. Questo riassetto non ha avuto una valenza meramente organizzativa: spostando il

baricentro dall'istituzione totale al territorio, esso ha riportato la relazione tra operatore e paziente al centro del processo di cura.

Coerentemente con tale evoluzione, a partire dagli anni Novanta il paradigma di riferimento si è progressivamente orientato verso il concetto di *recovery* e sulla centralità della persona. Questo paradigma, maturato proprio a valle dei limiti della deistituzionalizzazione, muove dalla constatazione che la persona con un disturbo mentale grave necessita di molto più della semplice remissione dei sintomi. In questa accezione la *recovery* non si identifica con la guarigione clinica intesa come scomparsa della malattia, ma è concepita come un processo soggettivo, profondamente personale e non lineare, attraverso il quale l'individuo modifica i propri atteggiamenti, valori e obiettivi e ricostruisce una vita dotata di significato, di speranza e di progettualità, anche in presenza di sintomi o di limitazioni persistenti (Anthony 1993). Da questa prospettiva discende una distinzione divenuta centrale nella letteratura: quella tra *clinical recovery* e *personal recovery* (Slade 2009). La prima rinvia alla remissione sintomatologica e al ripristino del funzionamento ed è definita "dall'esterno", secondo i parametri del professionista e del modello biomedico; la seconda riguarda invece il percorso esperienziale e auto-determinato della persona ed è definita dal suo punto di vista. I servizi orientati alla *recovery* non rinunciano agli obiettivi clinici, ma li collocano al servizio del percorso personale di chi è in cura, riconoscendo a quest'ultimo un ruolo di protagonista.

La sintesi concettuale più consolidata di tale processo è offerta dal modello di Leamy *et al.* (2011) “CHIME”, frutto di un'ampia revisione sistematica della letteratura, che articola le cinque categorie fondamentali su cui intervenire nel processo di *recovery*:

- Connessione (*connectedness*)
- Speranza e ottimismo verso il futuro
- Identità
- Senso della vita
- *Empowerment*¹

¹ E' il processo attraverso il quale il paziente acquisisce maggiore controllo, consapevolezza e responsabilità attiva riguardo alla propria salute e alle decisioni terapeutiche.

Ciascuna categoria raggruppa sottocategorie osservabili nella *Tabella 1* che declinano le modalità per raggiungere i vari obiettivi. In generale, tutte queste dimensioni condividono una natura eminentemente **relazionale**: si costruiscono, cioè, all'interno del legame con gli altri e, nel contesto clinico, attraverso la qualità dell'incontro con il professionista. In tale cornice muta anche il ruolo dell'operatore, che da figura prevalentemente prescrittiva si fa partecipe di un percorso condiviso, chiamato a sostenere le risorse e le scelte della persona assistita.

Ne consegue che la cura psichiatrica non può essere ridotta ai suoi soli aspetti tecnici o farmacologici. Pur restando questi ultimi fondamentali, è la **relazione terapeutica** a guidare il processo di *recovery* e su cui ogni intervento attecchisce e produce i propri effetti. Le evidenze in questo senso sono solide e convergenti. Nell'ambito della medicina generale, una revisione sistematica con meta-analisi di studi randomizzati ha documentato come la qualità della relazione tra clinico e paziente eserciti un effetto piccolo ma significativo e misurabile sugli esiti di salute (*Kelley et al. 2014*). Nel campo più specifico degli interventi psicologici e psichiatrici una meta-analisi che ha incluso quasi trecento studi e oltre trentamila pazienti ha confermato come la qualità dell'alleanza tra clinico e paziente rappresenti uno dei predittori più consistenti dell'esito del trattamento, trasversalmente ai diversi orientamenti teorici e contesti assistenziali (*Flückiger et al. 2018*).

Inoltre, in questa branca della medicina risulta, se possibile, ancora più accentuato in quanto la presa in carico è frequentemente prolungata nel tempo confrontandosi con la cronicità, con il peso dello stigma e, in determinate circostanze, con l'involontarietà del trattamento. In tali condizioni è attraverso un legame percepito come autentico e rispettoso che si costruiscono la fiducia, l'adesione al percorso di cura e la possibilità stessa di una progettualità condivisa. La qualità del rapporto si riflette così su esiti concreti, dall'*engagement* nei servizi alla continuità del trattamento, fino alla riduzione del ricorso a misure coercitive (*Priebe e McCabe 2008*). Al contrario, una relazione vissuta come fredda, impersonale o puramente procedurale può alimentare disimpegno, interruzione del percorso ed esperienze di rifiuto, con ricadute negative sull'intero processo assistenziale.

Gli elementi concreti che danno sostanza a una relazione di questo tipo sono riconducibili ad alcune competenze fondamentali: l'**empatia**, intesa come capacità di percepire, comprendere e riconoscere il vissuto dell'altro; l'**ascolto autentico**; il riconoscimento del paziente come persona, e non come mero insieme di sintomi; e l'insieme delle **abilità comunicative e interpersonali** che consentono di orientare e gestire le dinamiche di cura. L'empatia, in particolare, integra una **componente cognitiva**, che determina la comprensione della prospettiva altrui, e una **componente affettiva**, rappresentata dalla risonanza con il suo stato emotivo. Nel complesso è fondamentale perché funge da ponte tra l'esperienza del paziente e la risposta del professionista. È proprio l'insieme di tali competenze che la letteratura più recente ha ricondotto al costrutto di “**umanizzazione della cura**” inteso come la capacità del professionista di preservare la centralità, la dignità della persona e la qualità del legame relazionale, anche all'interno di contesti organizzativi complessi e ad elevato carico assistenziale.

1.2 Umanizzazione e deumanizzazione della cura

L'**umanizzazione della cura** designa un orientamento dell'agire clinico che riconosce il paziente non unicamente come portatore di patologia, bensì una persona nella sua interezza: un soggetto dotato di dignità, di una storia e di un mondo di significati propri, capace di sentire, di interpretare la propria esperienza e di compiere scelte. In sintesi, umanizzare significa attribuire e riconoscere all'altro una piena soggettività, una mente, una vita interiore, una dignità, pari alla propria. E proprio perché definita da questo riconoscimento, l'umanizzazione si lascia comprendere appieno soltanto alla luce del suo opposto: i processi attraverso i quali quella piena umanità viene, invece, negata, cioè attraverso la deumanizzazione.

Deumanizzazione è una parola che richiama alla mente le più gravi atrocità del passato e del presente. La definizione letterale è: percepire una persona o un gruppo come privi di umanità. Le persone considerate meno che umane hanno sofferto e continuano a soffrire a causa di violenza, privazione, esclusione ed espropriazione e questa sofferenza è stata ed è tuttora sistematicamente ignorata o minimizzata.

Tuttavia, sebbene la deumanizzazione sia solitamente intesa come un fenomeno estremo confinato a guerre, genocidi e conquiste, anni di ricerche hanno dimostrato che ha ripercussioni significative nella vita quotidiana e nell'ambito medico. In primo luogo, la deumanizzazione spazia da forme palesi e verbalizzate a forme sottili, inconscie e croniche: le persone possono essere esplicitamente paragonate ad animali, ma anche implicitamente private, nella visione dell'altro, di qualità umane fondamentali come la razionalità, l'autocontrollo e le emozioni complesse. In secondo luogo, la deumanizzazione può essere declinata in varie forme e sottocategorie, che saranno analizzate in seguito.

Per capire meglio cosa si intenda con questo termine, però, è corretto esporre le teorie principali formulate nel corso degli anni in letteratura.

1.2.1 Teoria dell'infraumanizzazione

Come visto in precedenza, la deumanizzazione è stata a lungo studiata in riferimento alle sue manifestazioni più estreme, ma col tempo essa è stata progressivamente riconosciuta come un fenomeno assai più diffuso e ordinario, capace di operare in modo sottile anche nelle relazioni sociali quotidiane.

Qualsiasi comprensione della deumanizzazione deve partire da una chiara consapevolezza di ciò che viene negato all'altro, ovvero l'**umanità** (*humanness*). Un contributo decisivo in tal senso è giunto dalla **teoria dell'infraumanizzazione** di *Leyens et al. (2001)*. Essi, studiando le dinamiche di rapporto tra gruppi diversi, hanno rappresentato l'umanità (*humanness*) come ciò che ci distingue dagli animali. Nello specifico, hanno individuato **emozioni primarie**, che l'essere umano condivide con gli animali (paura, rabbia o gioia), ed **emozioni secondarie** (speranza, vergogna, rimorso) ritenute esclusivamente umane in quanto richiedono capacità di riflessione, anticipazione del futuro e consapevolezza morale. Poiché sono proprio queste emozioni a costituire il nucleo della piena appartenenza alla specie umana, negarne il possesso a una persona o a un gruppo equivale a collocarli, sia pure inconsapevolmente, un gradino al di sotto di tale appartenenza. Questo paradigma ha avuto il merito di rendere la deumanizzazione un oggetto empiricamente misurabile e di mostrarne la rilevanza ben oltre i contesti di conflitto e violenza palesi.

1.2.2 Modello Duale di Haslam

Nel tentativo di integrare la teoria dell'infraumanizzazione, *Haslam (2006)* riprende il concetto di *humanness* e propone che l'unicità umana basata sulla distinzione tra uomo e animale di Leyens sia solo uno dei due modi in cui potrebbe essere compresa: essa può anche essere intesa in senso **non comparativo** come l'insieme delle caratteristiche tipiche o centrali per gli esseri umani (*figura 1*). Haslam dunque distingue:

- **Unicità Umana** (*human uniqueness*) intesa come insieme di attributi unicamente umani (*uniquely human-UH*) che distinguono l'uomo dagli animali includono: raffinatezza, civiltà, moralità e capacità cognitive superiori. Si tratta di qualità acquisite nel corso dello sviluppo individuale e sociale, quindi variabili da persona a persona.
- **Natura Umana** (*human nature-HN*) intesa come insieme di attributi tipicamente umani, includono: flessibilità cognitiva, emotività, vitalità e calore emotivo. Sono viste come un insieme di caratteristiche fondamentali e condivise, intrinseche alla persona.

Di conseguenza esistono due tipologie di deumanizzazione corrispondenti alla negazione dei due diversi sensi di *humanness*:

1. **Deumanizzazione animalistica:** consiste nel negare all'altro gli attributi che distinguono l'essere umano dagli animali, rappresentandolo come "animalesco". Essa si accompagna tipicamente a emozioni di disgusto e disprezzo, ricorre soprattutto nei rapporti intergruppo e nelle forme estreme di pregiudizio. Un'analisi approfondita degli studi precedenti sulla deumanizzazione ha indicato che questa forma "animalesca" di deumanizzazione comprende fenomeni che vanno dalla più palese etichettatura genocida delle persone come parassiti fino alla sottile forma dell'infraumanizzazione, ricalcando concettualmente la deumanizzazione intesa da Leyens (*Haslam e Loughnan 2014*).
2. **Deumanizzazione meccanicistica:** consiste invece nel negare gli attributi della natura umana rappresentando la persona come un oggetto o un automa: inerte, freddo, intercambiabile. La sua impronta emotiva non è il disgusto, bensì l'indifferenza e il distacco.

In medicina è proprio questa seconda forma, più che quella animalistica, a manifestarsi. La standardizzazione, l'efficienza strumentale e la tecnica impersonale possono ridurre il paziente al suo corpo o al suo quadro clinico, **oggettificandolo** (Haslam 2006; Haslam e Loughnan 2014).

1.2.3 Teoria di Harris e Fiske

Una terza prospettiva teorica sulla deumanizzazione è stata sviluppata da *Harris e Fiske (2006)* che si distingue per più aspetti. Anzitutto, a differenza della teoria dell'infraumanizzazione e del modello duale di Haslam, essa non muove da una definizione esplicita di *humanness*, ma qui la deumanizzazione è concepita come l'incapacità dell'osservatore di considerare spontaneamente la mente dell'altro, con la mancata attivazione del sistema di cognizione sociale (*social cognition*²) nel momento stesso in cui lo si percepisce. Questo processo è definito “**percezione deumanizzata**”.

La seconda differenza è che questa percezione è stata indagata soprattutto con gli strumenti delle **neuroscienze sociali**: gli autori mostrano che la deumanizzazione si verifica quando la rete neurale che sostiene la cognizione sociale, in particolare la corteccia prefrontale mediale e il solco temporale superiore, non si attiva come accadrebbe normalmente di fronte a un altro essere umano.

In terzo luogo, qui viene definito precisamente quali bersagli abbiano maggiore probabilità di essere deumanizzati, riconducendoli al **modello del contenuto degli stereotipi** (SCM; *Fiske et al. 2002*). Il modello si basa sul principio che il giudizio sociale risponda a due domande evolutive fondamentali: “*Quali sono le intenzioni di questa persona/gruppo nei miei confronti?*” e “*È in grado di metterle in atto?*”.

A queste domande corrispondono le **due dimensioni universali** dello spazio sociale:

- **Calore (*Warmth*)**: misura le intenzioni percepite. Include tratti come la sincerità, la moralità, la simpatia e l'affidabilità. Se un gruppo è visto come cooperativo o non competitivo con il proprio, viene giudicato "caldo"; se è in competizione, viene visto come "freddo".

² Il **sistema di cognizione sociale** può essere definito come l'insieme dei processi psicologici e neurobiologici che permettono a un individuo di acquisire, interpretare, memorizzare e utilizzare informazioni relative ad altre persone e alle interazioni sociali.

- **Competenza (*Competence*):** misura la capacità di realizzare tali intenzioni. Include tratti come l'intelligenza, l'efficienza, l'abilità e lo status sociale. I gruppi ad alto status (ricchi, istruiti) sono percepiti come competenti, quelli a basso status come incompetenti.

Incrociando queste due dimensioni, il modello genera una matrice 2 per 2 che mappa quattro tipi distinti di stereotipi e le relative risposte emotive:

1. Gruppo degli “**ammirati**” (come quello di appartenenza), i cui individui sono percepiti come elevati su entrambe le variabili;
2. Gruppo dei “**compatiti**” (come gli anziani o le persone disabili) percepiti come caldi ma incompetenti;
3. Gruppo degli “**invidiati**” (come i ricchi) suscitano poco calore emotivo ma sono percepiti come competenti;
4. Gruppo degli “**infimi**”, coloro che suscitano disgusto (come i senzatetto, i tossicodipendenti, gli emarginati) come bassi su entrambe le dimensioni.

Sono gli ultimi due gruppi quelli che possono subire processi di percezione deumanizzata.

Harris e Fiske (2006) hanno dimostrato in questi studi di neuroimaging che la vista di questi gruppi non attiva la corteccia prefrontale mediale³, bensì aree legate al disgusto viscerale, come l'amigdala e l'insula, trattando di fatto la persona come una “entità non umana” e non suscitando l'attribuzione spontanea di stati mentali⁴.

Quando si verifica la percezione deumanizzata, la prima cosa a crollare è l'empatia: il cervello smette letteralmente di sintonizzarsi sulla sofferenza dell'altro perché non ne riconosce più la dimensione mentale ed emotiva, annullando sentimenti come la compassione o il senso di colpa. Privata dello status di essere umano, la persona subisce una vera esclusione morale, il che finisce per legittimare violenze, abusi o sfruttamenti senza che l'aggressore provi alcun rimorso. Nei casi in cui si aggiunge un forte stigma sociale, come per la tossicodipendenza o l'estrema povertà, l'indifferenza si trasforma in

³E' l'area cerebrale tipicamente deputata alla cognizione sociale e al riconoscimento dell'altro come essere umano.

⁴ L'attribuzione spontanea degli stati mentali è la capacità innata e automatica dell'essere umano di inferire intenzioni, desideri, credenze ed emozioni **altrui** senza uno sforzo consapevole o un'istruzione esplicita.

un vero e proprio disgusto viscerale, una reazione emotiva che spinge all'evitamento e alla totale cancellazione sociale del soggetto, ridotto ormai a stimolo non-sociale.

1.2.4 Altre teorie

Un quarto approccio teorico muove dagli studi sulla *percezione della mente*, ovvero dall'analisi sull'attribuzione di capacità mentali a entità di ogni genere (esseri umani, animali, robot, oggetti), indagandone i meccanismi cognitivi sottostanti (Waytz et al. 2010). Gray et al. (2007) hanno dimostrato che la mente viene attribuita lungo due dimensioni indipendenti: la prima è l'*agency* che distingue gli esseri umani dagli animali ed è intesa come la capacità di pensare, esercitare autocontrollo e comunicare; la seconda è l'*esperienza*, ossia la capacità di provare emozioni, avere coscienza e possedere una personalità, che distingue l'umano dai robot e dagli oggetti inanimati.

Poiché sono proprio queste due dimensioni a definire ciò che significa avere una mente e quindi essere pienamente umano, negare all'altro una o entrambe equivale a sottrargli la condizione stessa di soggetto: non lo si percepisce più come qualcuno con un mondo interiore, ma come qualcosa: un animale, un automa, un oggetto. È in questo senso che la deumanizzazione viene concettualizzata come negazione della mente altrui — o “dementalizzazione” (Kozak et al. 2006). Le due dimensioni, inoltre, non sono casuali: rispecchiano rispettivamente la nozione di unicità umana (UH) e quella di natura umana (HN) del modello di Haslam, offrendo una convergenza teorica indipendente a sostegno di quella distinzione.

I modelli fin qui discussi analizzano prevalentemente *chi* deumanizza e *come*; una prospettiva più recente sposta l'attenzione sulle conseguenze per chi si percepisce oggetto di deumanizzazione. L'*Identity Threat Model* proposto da Kteily et al. (2016) distingue a questo proposito due processi:

- **Metadeumanizzazione**, è la percezione che il proprio gruppo sia visto da altri come inferiore o privo di piena umanità: tale percezione costituisce una minaccia all'identità sociale e genera risposte difensive come ostilità, deumanizzazione reciproca, sostegno a comportamenti aggressivi verso l'*outgroup*, alimentando l'escalation del conflitto intergruppi.

- **Autodeumanizzazione** che è invece l'interiorizzazione di quella percezione: l'individuo assume egli stesso la visione degradante del proprio gruppo, svalutandosi e percependosi come privo di qualità tipicamente umane. Nei contesti clinici ad alto stigma questa dinamica si manifesta con particolare evidenza, associandosi ad auto-stigma, deterioramento del benessere psicologico e ridotta propensione a cercare aiuto (*Fontesse et al. 2021a*).

In sintesi, la deumanizzazione si mostra come un processo complesso e multidimensionale che può assumere forme diverse: dalla negazione di attributi unicamente umani (deumanizzazione animalistica) o della natura umana (deumanizzazione meccanicistica), alle manifestazioni sottili dell'infraumanizzazione, fino alle forme di meta e autodeumanizzazione.

1.2.5 Chi è il paziente deumanizzato e rischi associati

In ambito medico il paziente più vulnerabile a dinamiche di deumanizzazione è rappresentato probabilmente dalla categoria dei **malati mentali**. È stato dimostrato sperimentalmente che la sola etichetta diagnostica di malattia mentale riduce l'umanità attribuita all'individuo e che tale riduzione alimenta a sua volta la percezione di pericolosità e la spinta al rifiuto sociale (*Martinez et al. 2011*).

La deumanizzazione non è dunque, per chi soffre di un disturbo psichico, un rischio astratto ma costituisce una delle radici stesse dello stigma ad esso associato. La vasta letteratura sullo stigma lo conferma. Le persone con malattia mentale sono comunemente percepite come pericolose, colpevoli del proprio stato e meritevoli di vergogna, con ricadute negative sull'equità di trattamento, sul benessere e sulle possibilità di recupero. Ricerche recenti hanno mostrato che, al di là di tali atteggiamenti negativi, a queste persone viene spesso negata l'umanità stessa, non soltanto nella forma sottile e implicita descritta dalle teorie precedenti, ma anche in una forma palese e dichiarata.

Boysen et al. (2020) hanno osservato che le persone con malattia mentale, in particolare quelle con schizofrenia o con disturbi da dipendenza, sono state giudicate apertamente come «meno che pienamente umane», in misura in alcuni casi persino superiore a quella riservata a gruppi sociali notoriamente stigmatizzati. Inoltre, il grado di deumanizzazione si è rivelato strettamente correlato ai consueti indicatori di stigma, quali la paura e il desiderio di distanza sociale.

Per quanto concerne i **rischi associati**, è stato dimostrato che l'adesione dei pazienti al trattamento psichiatrico può essere compromessa da esperienze di deumanizzazione derivanti da rappresentazioni mediatiche denigratorie e da interazioni negative con i professionisti sanitari (*Jenkins et al. 2023*). Un altro fattore di rischio è rappresentato dall'auto-deumanizzazione (sez. 1.2.4), in quanto si è osservato esser correlata a una minore autostima e a meccanismi di coping meno funzionali.

In aggiunta, secondo alcuni studi bassi livelli di umanizzazione risultano essere un fattore di rischio intrinseco anche per la manifestazione o il peggioramento della patologia stessa. Infatti, il sentirsi meno che umani aumenterebbe il senso di esclusione sociale, il che potrebbe fungere da **trigger** per lo sviluppo di disturbi internalizzanti e da uso di sostanze. Oltre a questo, la deumanizzazione alimenterebbe l'esposizione alla violenza sia passiva che attiva, il che rappresenta un fattore di rischio psichiatrico significativo (*Fontesse et al. 2021; Haslam 2024*). Dunque, un basso livello di umanizzazione delle cure è senz'altro un fattore di rischio per il malato psichiatrico e per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

1.2.6 Cause della deumanizzazione nell'ambito medico-sanitario

Calata nel contesto clinico, la deumanizzazione si rivela tutt'altro che marginale: si sostiene che sia addirittura endemica nella pratica medica, dove sarebbe sottoprodotto involontario del modo in cui la mente umana interagisce con le pratiche e le esigenze funzionali degli ambienti di cura.

Haque e Waytz (2012) hanno individuato sei possibili cause di deumanizzazione in medicina, tre delle quali presentano secondo gli autori una scarsa funzionalità intrinseca (pratiche di deindividuazione, compromissione dell'autonomia del paziente, dissimilarità) mentre altre tre (meccanizzazione, riduzione dell'empatia e disimpegno morale) sono definite funzionali svolgendo un ruolo di **utilità pratica e protettiva** nell'ambiente medico per l'operatore e per l'atto medico stesso.

CAUSE NON FUNZIONALI

1. **Deindividuazione:** il paziente, privato dei propri segni di identità e immerso nella massa indistinta di chi chiede aiuto, tende a comparire come un corpo anonimo più che come una persona; specularmente, anche il curante si anonimizza nel

“mare di camici bianchi”, con un effetto di diffusione della responsabilità individuale. Tale deindividuazione può risultare esacerbata nei confronti dei membri delle minoranze etniche, frequentemente percepiti come *outgroup* e pertanto associati a una minore *humaness* percepita (*Ostrom e Sedikides 1992; Anthony 1993*).

Va evidenziato che quando il clinico categorizza il paziente come un esponente generico e **iper-deindividuato** di una minoranza, si generano profonde disparità assistenziali, come ad esempio i tassi significativamente più elevati di sedazione chimica nei pazienti afroamericani con disturbi psichiatrici che si presentano nei pronto soccorso americani (*Khatri et al. 2022*).

2. Percezione di una **ridotta capacità di agire** (*loss of agency*) del paziente: difatti l'*agency* può essere già di per sé ridotta dalla malattia che rende spesso il paziente incapace di pianificare, intendere ed agire. Trattarlo come privo di volontà e di capacità di scelta può essere visto come forma animalistica di deumanizzazione, come teorizzato da *Gray et al. (2007)*.

Inoltre, l'ambito psichiatrico è un ambiente a rischio aumentato per l'ammissione all'uso di misure coercitive (TSO) che sottraggono al paziente il controllo sulle proprie scelte. Questo, secondo una revisione sistematica delle esperienze soggettive di coercizione, ha appunto messo in luce come tra i temi ricorrenti ci sia proprio quello di sentirsi deumanizzati (*Newton-Howes e Mullen 2011*).

3. **Dissimilarità**: intesa come distanza percepita tra curante e curato, per status, competenze o provenienza, che accresce la distanza psicologica senza comportare alcun reale vantaggio assistenziale. In primo luogo, la dissimilarità risiede nella natura stessa della malattia: i pazienti, per la loro intrinseca natura di malati, risultano meno simili al concetto prototipico di essere umano. In secondo luogo, il processo avverrebbe poiché il paziente viene etichettato come una malattia, anziché come una persona affetta da una specifica patologia, ad esempio etichettare una persona come "schizofrenica" anziché come "una persona con schizofrenia", aumenta la deumanizzazione perché tale etichettatura implica che la persona sia diventata la malattia (*Sass 2007*). In terzo luogo, vi sono le

asimmetrie di potere comuni nel rapporto medico-paziente. Il rapporto medico-paziente è tipicamente un rapporto tra superiore e subordinato. Il controllo e il potere conferiti ai medici in questo rapporto costituiscono un fattore determinante nella disumanizzazione, ossia il senso di dominio può facilitare la disumanizzazione dei pazienti (Lammers e Stapel 2011). Bisogna però notare in questo senso un lento cambiamento nel rapporto tra curante e curato che sta avvenendo negli ultimi anni, con un passaggio da modello paternalistico a un modello di decisione clinica condivisa ed emancipazione del paziente.

CAUSE FUNZIONALI

4. **Meccanizzazione:** concepire il paziente come un sistema di organi e apparati da analizzare e riparare è in parte imposto dalla natura stessa del lavoro clinico, che richiede di scomporre la persona e i suoi sintomi in sottosistemi fisiologici per potervi intervenire. Questa meccanizzazione conduce a una sottocategoria della deumanizzazione del malato, chiamata “**oggettificazione**”. Ovviamente la meccanizzazione è evidente in qualsiasi contesto chirurgico o interventistico: operare sul corpo richiede una riduzione mirata e transitoria di una persona alle sue parti anatomiche. Allo stesso tempo questa tendenza alla meccanizzazione si è intensificata anche nella salute mentale contemporanea. La psichiatria computazionale, per esempio, mira a tradurre sintomi ed esperienze soggettive in modelli matematici di circuiti neurali e processi di apprendimento, così da ancorare diagnosi e terapie ai meccanismi biologici sottostanti (Huys et al. 2016); parallelamente, la rapida diffusione di strumenti digitali e basati sull'intelligenza artificiale converte il vissuto del paziente in dati e algoritmi, spingendo la riduzione dell'esperienza personale a parametri impersonali ben oltre quanto fosse immaginabile in passato (Koutsouleris et al. 2022).
5. **Riduzione dell'empatia:** attenuare le proprie reazioni emotive di fronte al dolore del paziente libera le risorse cognitive necessarie al compito, secondo gli autori; ciò spiegherebbe sia perché la deumanizzazione tenda a comparire spontaneamente negli ambienti clinici ad alta intensità, sia perché l'empatia degli studenti di medicina si riduca nel passaggio dalla formazione teorica a quella

clinica (*Hojat et al. 2009*). Questo concetto verrà ripreso ed approfondito in seguito.

6. **Disimpegno morale:** una sospensione temporanea del coinvolgimento morale consente di infliggere un dolore necessario (prelievo, esame invasivo, intervento) minimizzando il disagio e il senso di colpa, così da concentrarsi sull'obiettivo terapeutico.

Tra le cause funzionali, la riduzione dell'empatia è al tempo stesso la più discussa e la più controversa.

Innanzitutto, è importante dare una definizione di empatia in quanto, nonostante la sua centralità nel dibattito sulle professioni d'aiuto, essa rimane un concetto notoriamente ambiguo e privo di una definizione unanimemente condivisa nella letteratura (*Hojat 2007*). Tre grandi posizioni si confrontano: c'è chi la descrive come un attributo prevalentemente **cognitivo** (capacità di comprendere le prospettive, le preoccupazioni e le esperienze dell'altro), chi la intende come una caratteristica **affettiva ed emotiva** (capacità di sentire il dolore del paziente come proprio), chi la concettualizza come una dimensione insieme **cognitiva e affettiva** insieme (*Hojat et al. 2002*).

In ambito di educazione medica e cura del paziente, *Hojat et al. (2002)* propongono una definizione prevalentemente **cognitiva**: l'empatia consiste nella comprensione delle esperienze, delle preoccupazioni e della prospettiva del paziente, abbinata alla capacità di comunicare tale comprensione ed è sostenuta dall'intenzione di prevenire e alleviare la sofferenza. Tale definizione presuppone un'importante separazione rispetto alla “**simpatia**” che implica il *sentire* il dolore altrui come proprio ed è di natura essenzialmente affettiva: se in eccesso, la simpatia può compromettere la neutralità necessaria alle decisioni cliniche e condurre a esaurimento emotivo e fatica da compassione. L'empatia cognitiva, al contrario, mostra una relazione tendenzialmente lineare con gli esiti positivi della cura, è potenziabile attraverso la formazione e non diviene mai clinicamente controproducente (*Hojat 2007*). In *Tabella 2* sono descritte le differenze tra le due.

Decety e Jackson (2004) hanno proposto un modello multidimensionale in cui l'empatia matura nasce dall'integrazione tra una risonanza affettiva di tipo *bottom-up* e processi cognitivi *top-down* di assunzione di prospettiva e di regolazione emotiva, che consentono

di distinguere il proprio vissuto da quello altrui. Coerentemente, Shamay-Tsoory (2011) ha mostrato che empatia affettiva ed empatia cognitiva costituiscono sistemi parzialmente distinti, sostenuti da reti neurali separate e pertanto suscettibili di essere compromessi o preservati in modo indipendente. Quella che Hojat designa come "simpatia" corrisponde in larga misura alla componente affettiva dell'empatia descritta da questi modelli ma ciò che la differenzia e la rende clinicamente problematica non è la risonanza emotiva in sé, ma la sua mancata integrazione con i processi cognitivi e regolatori che preservano la distinzione tra il proprio vissuto e quello del paziente.

Collegando questi concetti alla tesi di *Haque e Waytz*, una “riduzione dell'empatia” funzionale potrebbe essere intesa come una diminuzione della componente *simpatica* dell'empatia affettiva e non un calo della componente cognitiva dell'empatia, la cui tutela rimane invece un obiettivo irrinunciabile della cura umanizzante. Va tuttavia specificato che secondo *Shamay-Tsoory (2011)* sarebbe la componente cognitiva quella sottoposta a maggior usura con il passare del tempo in particolare in contesti lavorativi caratterizzati da elevati carichi e da pressione temporale, dove lo spazio per la rielaborazione cognitiva delle interazioni si riduce progressivamente.

Ad ogni modo, secondo questi studi l'*emphaty reduction* non andrebbe interpretata come un deficit relazionale o un fallimento morale del professionista, bensì come una risposta adattiva e spontanea allo stress e alla saturazione delle risorse interne, capace di liberare le energie cognitive necessarie al compito clinico (*Haque e Waytz 2012; Wilkinson et al. 2017*). Infatti, la prossimità continuativa e l'iper-esposizione affettiva tipiche della cura generano un elevato carico emotivo che, se non mediato, si associa a un progressivo esaurimento psicofisico e a una contrazione dell'*engagement*⁵ lavorativo (*Cameron et al. 2016*).

Questa lettura trova riscontro empirico nel costrutto di “**deumanizzazione difensiva**”: uno studio su operatori sanitari italiani ha mostrato che attribuire al sofferente le emozioni esclusivamente umane (UH), ossia umanizzarne pienamente la sofferenza, si associava a maggiori livelli di *burnout*, tanto più marcati quanto più frequente era il contatto diretto con i pazienti, mentre una rappresentazione più sobria del suo vissuto non comportava lo

⁵ L'*engagement* lavorativo è uno stato mentale positivo, soddisfacente e legato al lavoro, caratterizzato da tre dimensioni: vigore, dedizione e assorbimento.

stesso costo (Vaes e Muratore 2013). Pur restando l'umanizzazione l'obiettivo da perseguire, una certa quota di distanziamento potrebbe dunque svolgere, per il professionista esposto in modo ricorrente alla sofferenza, una funzione protettiva.

L'ambito psichiatrico sarebbe poi particolarmente esposto a tali riduzioni, anche per la tipologia di pazienti trattati. L'interazione con soggetti stigmatizzati attiva, infatti, nell'operatore l'aspettativa di un costo affettivo e di un drenaggio emotivo eccezionalmente elevati (Cameron et al. 2016). Di conseguenza, nei servizi che accolgono quotidianamente un'utenza gravata da un pesante stigma sociale e clinico, come pazienti affetti da psicosi gravi, disturbi di personalità complessi, dipendenze patologiche, i professionisti risulterebbero ancora più a rischio di esaurimento.

A ciò va aggiunto che l'empatia stessa è vissuta come un processo cognitivamente faticoso (*effortful*) e avversivo, che si tende attivamente a evitare quando il carico psicologico diviene eccessivo, come dimostrato attraverso il paradigma dell'*Empathy Selection Task* (Cameron et al. 2019).

Queste affermazioni ritroverebbero anche riscontro neurofisiologico: i circuiti deputati alla cognizione sociale e all'empatia affettiva, come l'insula anteriore e la corteccia cingolata anteriore, mostrano pattern di attivazione tendenzialmente anticorrelati rispetto a quelli dedicati al *problem solving* analitico (Fox et al. 2005). Inoltre, poiché la ripetuta esposizione alla sofferenza acuta altrui attiva nell'operatore le medesime reti neurali dello stress vissuto in prima persona, una *down-regulation* della risposta empatica si configurerebbe come una strategia adattiva per evitare che il *distress* personale inondi il campo cognitivo, compromettendo la lucidità clinica necessaria alla gestione del caso (Cheng et al. 2007; Decety 2020).

L'interpretazione della riduzione empatica come meccanismo di protezione è stata però sottoposta a una **critica serrata** da Christoff (2014). Sul piano neuroscientifico, l'ipotesi di un'incompatibilità tra empatia e ragionamento varrebbe soltanto nel dominio fisico, quello del ragionamento meccanicistico sugli oggetti inanimati; nel dominio sociale, ossia quando si ragiona sugli stati mentali altrui (*mentalizing*), l'empatia non solo è compatibile con il *problem solving*, ma ne costituisce una componente essenziale (Harris e Fiske 2006; Jack et al. 2013). Per di più, la ridotta attivazione della rete "sociale" non comporta

automaticamente un incremento di quella orientata al compito: sopprimere l'empatia, dunque, non migliora di per sé il ragionamento meccanicistico (*Jack et al. 2013*).

Alla critica empirica *Christoff (2014)* affianca un'obiezione **concettuale** ed **etica**. L'idea che ridurre il paziente ai suoi sintomi e ai suoi apparati sia necessaria al *problem solving* clinico poggerebbe su un modello biomedico ormai superato: entro il più ampio modello biopsicosociale, la deumanizzazione finirebbe anzi per ostacolare la cura, trascurando i fattori psicologici e sociali della malattia (*Engel 1977; Benedetti 2010*).

Anche i presunti benefici come fronteggiare il dolore inflitto, prevenire il *burnout* sarebbero raggiungibili tramite strategie migliori e meno costose: concentrarsi sul miglioramento complessivo del paziente, ridurre i carichi di lavoro, potenziare il supporto agli operatori o ricorrere a forme alternative di regolazione emotiva, anziché alla deumanizzazione. Ciò che appare "funzionale" entro una cornice ristretta e meccanicistica, conclude l'autrice, si rivela disfunzionale da una prospettiva più ampia e umanizzante.

Un'ulteriore voce del dibattito si spinge oltre la posizione di Christoff, sostenendo che deumanizzare il paziente non sia soltanto poco vantaggioso, ma costituisca un **rischio** per lo stesso professionista. Il punto di partenza è la definizione classica del *burnout*, articolato in tre dimensioni — esaurimento emotivo, ridotta realizzazione professionale e depersonalizzazione — dove quest'ultima indica l'adozione di un atteggiamento distaccato, che tratta i pazienti in modo impersonale, come se fossero oggetti (*Maslach e Leiter 2016*). La letteratura considera abitualmente la depersonalizzazione un sintomo, ossia una conseguenza del *burnout*. *Messinger e Das (2023)* ne ribaltano la prospettiva, ipotizzando che essa possa esserne piuttosto una **causa** profonda: la struttura "totalizzante" della medicina contemporanea, orientata alla malattia più che alla persona, predisporrebbe strutturalmente alla depersonalizzazione del paziente e tale processo non lascerebbe indenne il curante. Il nucleo dell'argomento, derivante dal pensiero di Levinas, è che l'umanità del professionista dipende dall'incontro con l'umanità del paziente: quando quest'ultimo viene ridotto a "caso" anziché riconosciuto come persona singolare, il curante rischia di "anestetizzarsi", di non essere più toccato dall'incontro, svuotando il proprio lavoro di senso. In questa lettura, deumanizzare l'altro produce una simultanea

deumanizzazione di sé, generando il terreno fertile su cui attecchisce il *burnout* (Messinger e Das 2023).

Lungi dal proteggere l'operatore, dunque, il **distanziamento eccessivo** lo erode dall'interno e la via per preservarne il benessere coinciderebbe, paradossalmente, con il recupero della relazione intersoggettiva e dialogica con il paziente, la stessa che la cura umanizzante mira a custodire. Ne emerge un quadro in cui l'umanizzazione della cura non è semplicemente "il bene" contrapposto a "un male", ma il polo positivo di un equilibrio delicato, le cui implicazioni riguardano tanto il paziente quanto il benessere dell'operatore.

Il dibattito ha una ricaduta diretta sul presente lavoro: esso sposta la domanda dal *quanto* distanziamento sia inevitabile o funzionale, al *se e come* l'umanizzazione possa essere preservata senza compromettere l'efficacia clinica, proprio l'equilibrio che questo studio si propone di indagare nei professionisti della salute mentale. Per studiare tale equilibrio nei professionisti della salute mentale occorre tuttavia poterlo misurare: alla descrizione del modello e dello strumento adottati a questo scopo è dedicata la sezione successiva.

1.3 Modello HUMAS

Il passaggio dalla teorizzazione dell'umanizzazione alla sua **misurazione empirica** richiede che un costrutto multidimensionale come quello finora descritto venga tradotto in dimensioni operative, rilevabili e confrontabili.

L'umanizzazione non è soltanto un orientamento valoriale: è una competenza professionale che può essere valutata, sviluppata e monitorata nel tempo. A partire da questa premessa, un gruppo multidisciplinare di ricercatori spagnoli ha proposto nel 2019 la **Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS)**, il primo strumento psicometrico specificamente progettato per misurare il livello di umanizzazione della cura nei professionisti sanitari (Pérez-Fuentes et al. 2019; Tabella 3).

Il modello teorico su cui si fonda la HUMAS concepisce l'umanizzazione come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza fisica, mentale ed emotiva, a beneficio tanto dei pazienti quanto degli stessi operatori sanitari. Radicato nei

principi dell'intersoggettività e della reciprocità, il modello supera la visione unidirezionale della cura, per affermare che l'umanizzazione si costruisce nell'incontro e che le competenze personali del professionista ne costituiscono la condizione necessaria. In questa prospettiva, umanizzare la cura significa riconoscere e preservare la dignità dell'essere umano attraverso un insieme di risorse interne che l'operatore porta nella relazione clinica (*Angelone et al. 2025*). Le caratteristiche della scala saranno approfondite nella sezione Materiali e Metodi.

Il fondamento teorico del modello si iscrive nella *Watson's Theory of Human Caring* (*Watson 2018*), elaborata a partire dagli anni Ottanta come risposta critica alla deriva tecnicistica della medicina moderna. Watson propone una visione dell'assistenza sanitaria centrata sull'incontro autentico tra due soggetti, il professionista e la persona assistita, in cui il *caring* non è un insieme di procedure, ma un processo relazionale che riconosce e rispetta le dimensioni emotive, psicologiche e spirituali dell'essere umano. Il modello è strutturato attorno a dieci principi creativi — i *caritas processes* — che guidano il professionista verso pratiche umanizzanti: tra questi figurano la coltivazione della fiducia e della speranza (*faith-hope*), la sensibilità verso se stessi e verso l'altro (*sensitivity to self and others*), lo sviluppo di una relazione di aiuto autentica e fiduciosa, e l'attenzione ai bisogni esistenziali del paziente (*Watson 2018*).

Proprio questi principi trovano riscontro nelle dimensioni della HUMAS: il *faith-hope* converge con la sottoscala di ottimismo disposizionale; la *sensitivity to self and others* si riflette nell'affettività positiva e nella comprensione emotiva (*Angelone et al. 2025*). La coerenza tra il modello teorico e la struttura dello strumento rafforza la validità di costruito della scala.

La rilevanza clinica del costruito misurato dalla HUMAS va oltre la sola dimensione individuale del professionista. Diversi studi documentano che livelli più elevati di umanizzazione della cura si associano a una migliore qualità dell'assistenza percepita dal paziente e a una maggiore soddisfazione rispetto alla relazione terapeutica e a esiti clinici più favorevoli (*Busch et al. 2019*). Il legame è **bidirezionale**: il benessere del professionista condiziona la sua capacità di erogare cura umanizzata e la qualità della relazione con il paziente retroagisce sul senso di significato e sulla soddisfazione lavorativa dell'operatore (*Molero Jurado et al. 2021*). In questa prospettiva,

umanizzazione e benessere professionale non sono obiettivi in tensione tra loro, ma dimensioni reciprocamente sostenenti: investire nella prima costituisce anche una strategia di tutela della seconda. Tale circolarità è particolarmente rilevante nei contesti di salute mentale, dove l'intensità emotiva del lavoro clinico espone i professionisti a un rischio elevato di esaurimento e *distress* (Cecere et al. 2023).

Per il presente studio la HUMAS-I è stata selezionata come strumento di misura principale per ragioni convergenti. Sul piano psicometrico, è l'unico strumento validato in italiano specificamente concepito per misurare l'umanizzazione della cura come competenza professionale multidimensionale. Sul piano concettuale, le cinque dimensioni del modello — affettività, empatia, competenze relazionali, autoefficacia e carico emotivo — corrispondono precisamente alle aree che la letteratura sui professionisti della salute mentale identifica come più rilevanti e più vulnerabili. Va tuttavia precisato che la validazione originale (Pérez-Fuentes et al. 2019) e quella italiana (Angelone et al. 2025) sono state condotte esclusivamente su campioni infermieristici.

La decisione di estendere l'applicazione della HUMAS-I a un campione misto comprendente sia infermieri sia psichiatri dei servizi di salute mentale è motivata dall'assenza di strumenti alternativi validati in italiano, dall'elevata coerenza del costrutto con le specificità della psichiatria di comunità e dalla necessità di disporre di un unico strumento comparabile tra le due figure professionali. Tale estensione costituisce uno degli elementi di originalità del presente studio e implica che i risultati relativi alla componente psichiatrica siano interpretati con la cautela appropriata.

1.4 Fattori correlati all'umanizzazione: età, esperienza professionale e differenze tra professionisti

L'umanizzazione della cura non è una disposizione fissa e uniforme tra i professionisti sanitari, infatti la letteratura documenta in modo convergente che essa varia in funzione di caratteristiche individuali, professionali e organizzative. Tra queste, il ruolo dell'età e dell'anzianità di servizio è quello che ha ricevuto maggiore attenzione e quello che ha prodotto i risultati più controintuitivi.

1.4.1 Età, esperienza e competenze relazionali

L'ipotesi intuitiva e a lungo dominante nella cultura formativa sanitaria è che l'esperienza professionale si accumuli in senso positivo: più anni di lavoro clinico significherebbero maggiore competenza, migliore gestione delle situazioni complesse e una più raffinata qualità della relazione con il paziente. Una visione della professione come percorso di progressiva maturazione, in cui il tempo trascorso al letto del paziente traduce la conoscenza teorica in sapere incarnato (*Benner e Benner 1984*).

Una revisione sistematica fondamentale pubblicata sugli *Annals of Internal Medicine* ha tuttavia messo radicalmente in discussione questa assunzione (*Choudhry et al. 2005*). Analizzando 62 studi che esaminavano la relazione tra anni di pratica e qualità delle cure erogate, gli autori hanno documentato una relazione *inversa* tra esperienza e performance clinica: nella maggioranza degli studi, i medici con più anni di pratica mostravano una minore aderenza agli standard di cura, una conoscenza meno aggiornata e, nei pochi studi che hanno esaminato direttamente gli esiti clinici, risultati peggiori in termini di mortalità e qualità delle cure. Il messaggio della revisione è netto: l'esperienza, di per sé, non garantisce la qualità della cura; in assenza di un aggiornamento continuo e di un contesto formativo strutturato, l'accumulo di anni di servizio può paradossalmente associarsi a un deterioramento delle performance professionali.

Questo risultato, sebbene riferito principalmente a indicatori clinico-tecnici, ha implicazioni dirette per il tema dell'umanizzazione. Se persino la dimensione tecnica della pratica, ossia quella che più ci si aspetterebbe di vedere migliorare con l'esperienza, tende ad erodersi nel tempo, è ragionevole attendersi che la **dimensione relazionale**, ancora più esposta al logoramento emotivo e ai meccanismi di difesa psicologica discussi nelle sezioni precedenti, segua una traiettoria almeno altrettanto vulnerabile. La letteratura sulla cura umanizzata in ambito infermieristico ha confermato questa lettura: il quadro che emerge non è quello di una progressione lineare positiva, ma di una traiettoria modulata da fattori contestuali e formativi che possono spingerla in direzioni opposte (*Busch et al. 2019*).

Alcuni dati empirici offrono qualche supporto al versante positivo: *Williams e Stickley (2010)*, in una revisione della letteratura infermieristica, hanno identificato l'esperienza come fattore di rafforzamento delle abilità relazionali nei professionisti che avevano

accesso regolare a spazi di supervisione clinica e a pratiche di riflessione strutturata sul proprio agire professionale, condizioni che favoriscono la trasformazione dell'esposizione alla sofferenza in apprendimento relazionale, anziché in esaurimento. Nella stessa direzione, uno studio condotto su infermieri di salute mentale in Corea del Sud ha rilevato che l'età costituiva un predittore significativo della cura centrata sulla persona, suggerendo che l'accumulo di esperienza clinica possa affinare la capacità di adattare la propria risposta ai bisogni individuali del paziente (*Lee et al. 2024*).

Questi dati, tuttavia, riguardano contesti in cui l'esperienza è accompagnata da strutture formative e supervisione continua. Quando tali condizioni vengono meno, la traiettoria si inverte e il canale attraverso cui l'inversione si manifesta con maggiore evidenza è proprio l'**empatia**, la componente dell'umanizzazione più direttamente esposta al logoramento emotivo. L'erosione dell'empatia nel corso della formazione medica, documentata longitudinalmente da *Hojat et al. (2009)*, mostra come già nel passaggio dalla fase teorica a quella clinica si osservi una contrazione misurabile della risposta empatica degli studenti, attribuibile all'esposizione al modello biomedico e alle pressioni del contesto ospedaliero.

Il processo non si arresterebbe con la laurea: una revisione sistematica di *Wilkinson et al. (2017)* ha confermato una relazione inversa tra anni di servizio e livelli di empatia in diverse categorie di professionisti sanitari, con effetti particolarmente marcati nei contesti ad alta intensità emotiva. In aggiunta, uno studio specificamente condotto su studenti infermieristici con la HUMAS ha documentato una riduzione delle competenze empatiche e umanizzanti al crescere dell'esperienza clinica accumulata, indicando che tale traiettoria si avvia già nelle fasi iniziali della specializzazione professionale (*Román-Sánchez et al. 2025*).

Vale la pena soffermarsi su quale componente dell'empatia risulti più vulnerabile a questa traiettoria discendente. Come discusso nella sezione 1.2.5, l'empatia clinica si articola in una dimensione cognitiva e in una dimensione affettiva (*Hojat et al. 2002*). La letteratura suggerisce che le due componenti abbiano destini diversi nel corso della carriera: la risposta affettiva di base tende a mantenersi più stabile nel tempo, mentre la componente cognitiva, che richiede un investimento attivo di attenzione, analisi e rielaborazione, risulta più esposta all'erosione, in particolare in contesti caratterizzati da elevati carichi di

lavoro e pressione temporale (*Gleichgerrcht e Decety 2013*). In questa prospettiva, ciò che si perde con gli anni non è necessariamente la capacità di sentire il paziente, ma quella di tradurre tale sintonia in una comprensione strutturata e individualizzata della sua esperienza, ossia proprio la dimensione che la letteratura identifica come più determinante per la qualità della cura.

A complicare ulteriormente il quadro si aggiunge la questione del *burnout*. Nei servizi di salute mentale, la meta-analisi di *López-López et al. (2019)* ha documentato come l'anzianità di servizio costituisca un fattore di rischio specifico per la depersonalizzazione, la dimensione del *burnout* che si manifesta nell'adozione di un atteggiamento distaccato e impersonale verso i pazienti (vedi sez. 1.2), oltre che con la riduzione della realizzazione professionale. Il meccanismo sottostante è probabilmente quello della *deumanizzazione difensiva* (*Vaes e Muratore 2013*): con il trascorrere degli anni, alcuni professionisti sviluppano strategie implicite di distanziamento emotivo che, pur svolgendo una funzione protettiva a breve termine, finiscono per impoverire la qualità della relazione terapeutica e, paradossalmente, per alimentare il processo di esaurimento che intendevano arginare (*Messinger e Das 2023*). L'età, dunque, correlerebbe con un radicamento più profondo di strategie di coping controproducenti.

È importante sottolineare che questa traiettoria non è inevitabile né universale, e che il tipo di formazione ricevuta gioca un ruolo moderatore determinante: *Gleichgerrcht e Decety (2013)* hanno mostrato che i professionisti che sviluppano strategie di regolazione emotiva basate sulla **rivalutazione cognitiva**, ossia rielaborare il significato dell'esperienza piuttosto che sopprimerla, mantengono livelli di empatia più elevati nel tempo e mostrano minore rischio di *burnout*. L'esperienza, in altri termini, può amplificare tanto le risorse relazionali quanto le vulnerabilità: il fattore discriminante non è la quantità di anni trascorsi in servizio, ma la qualità degli strumenti riflessivi e formativi a disposizione del professionista nel corso di quel percorso.

Se il legame tra età ed empatia è quello più studiato, le altre dimensioni dell'umanizzazione sono state indagate con minore sistematicità e la letteratura disponibile offre indicazioni più frammentarie.

Innanzitutto, per quanto riguarda l'**autoefficacia e la regolazione emotiva**, ci si potrebbe attendere una traiettoria positiva con l'esperienza: la ripetuta esposizione a situazioni

cliniche complesse dovrebbe, in linea di principio, consolidare la fiducia nelle proprie competenze e affinare le strategie di gestione dello stress. Alcuni dati supportano questa ipotesi, ad esempio il senso di efficacia professionale tende a crescere con l'anzianità in assenza di *burnout* conclamato (Maslach e Leiter 2016), ma la relazione è moderata dal contesto organizzativo: in ambienti ad elevato carico e scarso supporto, l'autoefficacia può paradossalmente erodersi con gli anni, man mano che il professionista percepisce un crescente divario tra le proprie risorse e le richieste del ruolo (Caesens e Stinglhamber 2019).

L'**affettività positiva e l'ottimismo** sono state indagate all'interno degli studi di letteratura sul *burnout* che documentano come la perdita del senso di significato nel lavoro, la cosiddetta **disillusione professionale**, sia un fenomeno tipicamente cumulativo, che si manifesta con maggiore frequenza nei professionisti con più anni di servizio, specialmente in contesti psichiatrici dove la cronicità della patologia e la lentezza dei progressi clinici possono alimentare un progressivo senso di impotenza (López-López et al. 2019). La disposizione ottimistica verso il futuro, che nella HUMAS-I costituisce una risorsa motivazionale centrale, risulta pertanto vulnerabile all'accumulo di esperienze frustranti non elaborate.

Le **competenze relazionali** seguono una traiettoria analoga a quella dell'empatia cognitiva: richiedono un investimento attivo e riflessivo che tende a ridursi nei professionisti più anziani esposti a carichi elevati, dove la pressione temporale e la routinizzazione delle interazioni lasciano poco spazio alla personalizzazione della relazione.

Il **carico emotivo negativo**, infine, tende a crescere con l'anzianità nei contesti ad alto rischio di *burnout*, configurandosi come l'esito cumulativo di tutti i processi descritti: l'erosione dell'empatia, il declino dell'ottimismo e la riduzione delle competenze relazionali convergono nell'aumento del *distress* emotivo percepito (Vaes e Muratore 2013; Wilkinson et al. 2017).

Nel complesso, dunque, la letteratura suggerisce che l'effetto dell'età sulle dimensioni dell'umanizzazione intese della scala HUMAS non sia uniforme tra le sue dimensioni e sarà interessante valutarne l'andamento nel campione analizzato nel seguente studio.

1.4.2 Differenze tra infermieri e psichiatri

Accanto all'età, la variabile professionale rappresenta un secondo asse di differenziazione rilevante. Infermieri e psichiatri condividono il medesimo contesto istituzionale e la medesima utenza, ma si collocano in posizioni strutturalmente diverse all'interno del sistema di cura e questa differenza ha implicazioni dirette sul profilo di umanizzazione atteso.

Il **ruolo infermieristico** nei servizi di salute mentale è caratterizzato da un contatto diretto, prolungato e quotidiano con i pazienti: l'infermiere è presente nelle attività di vita ordinaria, gestisce le crisi acute, eroga i trattamenti farmacologici e presidia la continuità della presa in carico. Questa prossimità costituisce al contempo la risorsa e il rischio maggiore del ruolo: la relazione è il principale strumento di lavoro, ma è anche la principale fonte di carico emotivo.

Studi condotti specificamente su infermieri di salute mentale documentano livelli elevati di *distress* emotivo, *burnout* e fatica da compassione, con tassi di esaurimento superiori a quelli rilevati in altri contesti clinici (Hanrahan et al. 2010; López-López et al. 2019). Edward et al. (2017), in una revisione sistematica sul *labour* emotivo in psichiatria, hanno mostrato come il lavoro di regolazione emotiva richiesto agli infermieri (sopprimere le proprie reazioni, mantenere un tono professionale, gestire i comportamenti aggressivi) comporti un costo psicologico specifico e sistematico.

La posizione dello **psichiatra** è strutturalmente differente. Il medico psichiatra interviene soprattutto nei momenti decisionali quali la diagnosi, la prescrizione farmacologica, la gestione delle situazioni di crisi, la pianificazione terapeutica, con un contatto più episodico e mediato dalla funzione tecnico-valutativa. Soprattutto in passato la formazione psichiatrica privilegiava un registro cognitivo e analitico, orientato alla classificazione diagnostica e alla gestione del rischio, con spazi più limitati per la dimensione relazionale ed emozionale rispetto a quanto avviene, ad esempio, nella formazione infermieristica orientata al *caring* (Hojat 2007). Questo non significa che gli psichiatri siano meno empatici: piuttosto, la loro empatia si esprime prevalentemente attraverso la componente cognitiva mentre la componente affettiva tende a essere più regolata e contenuta (Gleichgerricht e Decety 2013). Alcuni autori descrivono questa

differenza in termini di “economie emotive” diverse: l'infermiere gestisce un carico affettivo distribuito nel tempo e nella quotidianità; lo psichiatra gestisce picchi di intensità emotiva circoscritti, alternati a fasi di valutazione più distaccata.

Le due figure condividono tuttavia un rischio comune: quello che la dimensione tecnica e procedurale prenda il sopravvento su quella relazionale, producendo forme di distanziamento che, come discusso nelle sezioni precedenti, possono sfociare in dinamiche di deumanizzazione meccanicistica (*Haslam 2006; Haque e Waytz 2012*).

1.4.3 Il contesto organizzativo e la deumanizzazione organizzativa

I fattori individuali non agiscono in isolamento: il contesto organizzativo in cui i professionisti operano esercita un'influenza autonoma e spesso determinante sui livelli di umanizzazione della cura. La ricerca ha progressivamente riconosciuto l'esistenza di una forma specifica di deumanizzazione che non origina dalla relazione diadica tra operatore e paziente, ma dalle strutture e dai processi dell'organizzazione stessa: la **deumanizzazione organizzativa** (*organisational dehumanization*), definita come la percezione, da parte dei lavoratori e dunque da parte del personale sanitario, di essere trattati dall'organizzazione come strumenti o risorse intercambiabili, privi di unicità e di valore intrinseco (*Caesens e Stinglhamber 2019*).

Il meccanismo è diretto ed empiricamente documentato: quando i professionisti sperimentano di essere oggettificati dalla propria organizzazione, attraverso carichi eccessivi, assenza di riconoscimento, riduzione della loro autonomia a procedure standardizzate, la loro capacità di erogare cura umanizzata si riduce. *Caesens e Stinglhamber (2019)* hanno mostrato che la deumanizzazione organizzativa predice l'esaurimento emotivo dei lavoratori, che a sua volta media il deterioramento della qualità relazionale con i destinatari della cura. In altri termini, il professionista che si sente trattato come una risorsa da impiegare fatica a trattare il paziente come una persona da incontrare.

Nei servizi di salute mentale italiani le condizioni organizzative, come carenza di personale, pressione sui tempi, elevata complessità clinica e carico burocratico, rendono questo rischio particolarmente concreto (*Galeazzi et al. 2004*). Il contesto istituzionale

non è, dunque, uno sfondo neutro rispetto ai livelli di umanizzazione dei professionisti: ne è uno dei determinanti strutturali, tanto quanto le caratteristiche individuali degli operatori.

1.5 Ruolo di formazione, comunicazione empatica e gestione delle emozioni

Finora abbiamo visto le cause che tendono ad abbassare l'umanizzazione, i fattori di rischio per lo sviluppo della deumanizzazione e le conseguenze associate. Resta da capire quali sono quelle condizioni favorevoli, in grado di aumentare e mantenere l'umanizzazione delle cure su standard elevati. La risposta che la letteratura offre con maggiore frequenza è che la soluzione potrebbe risiedere nella **formazione**, non intesa come aggiornamento tecnico-procedurale, ma come intervento strutturato sulle competenze relazionali, comunicative ed emotive del professionista. Questa sezione esamina le evidenze sull'efficacia della formazione alla comunicazione empatica e alla gestione delle emozioni, il panorama italiano e regionale in cui tale formazione si inserisce, e il legame tra questi interventi e i livelli di umanizzazione della cura.

1.5.1 La formazione come antidoto all'erosione empatica

L'idea che l'empatia possa essere insegnata, e non sia semplicemente un tratto caratteriale stabile, ha acquisito negli ultimi decenni un solido supporto empirico. Una revisione sistematica condotta da *Bas-Sarmiento et al. (2020)* su 23 studi ha documentato l'efficacia degli interventi formativi sull'empatia in professionisti sanitari, con evidenza superiore per le strategie esperienziali rispetto a quelle puramente didattiche. *Kelm et al. (2014)*, in una revisione sistematica su 64 studi condotti su studenti di medicina, specializzandi e medici, hanno identificato le metodologie che producono i miglioramenti più significativi e duraturi:

- **Gioco di ruolo**, in cui il professionista simula la prospettiva del paziente in scenari clinici strutturati, favorisce la comprensione cognitiva del vissuto altrui;
- **Simulazione con pazienti standardizzati**, quali attori o manichini ad alta fedeltà, che consente di esercitare le abilità comunicative in un contesto protetto e con *feedback* immediato;

- **Medicina narrativa**, basata sulla lettura, scrittura e discussione di testi letterari o diari di malattia, sviluppa la capacità di riconoscere e articolare l'esperienza soggettiva del paziente;
- **Perspective-taking**, ovvero l'esercizio esplicito di assumere il punto di vista dell'altro in situazioni cliniche complesse, agisce direttamente sulla componente cognitiva dell'empatia;
- **Mindfulness**⁶, attraverso pratiche di consapevolezza e presenza attenta, riduce la reattività emotiva automatica e aumenta la disponibilità del professionista all'incontro con l'altro.

I programmi **longitudinali e multimodali** che combinano più di queste metodologie mostrano risultati più duraturi rispetto agli interventi *one-shot* (Kelm et al. 2014). Inoltre, una revisione specificatamente dedicata ai professionisti della salute mentale ha confermato che l'empatia può essere efficacemente insegnata a psichiatri, psicologi e infermieri psichiatrici attraverso questi stessi approcci diversificati, con *effect size* che variano da piccoli a grandi a seconda della metodologia e della misura utilizzata (Benster et al. 2020).

Un dato particolarmente rilevante per il presente studio riguarda la specificità della formazione rispetto alla popolazione trattata. Cameron et al. (2016) hanno mostrato che l'interazione con **pazienti stigmatizzati**, tipica dei servizi di salute mentale, attiva nell'operatore un'aspettativa di costo affettivo eccezionalmente elevato, che può diventare essa stessa una barriera all'empatia (vedi sez. 1.2). Román-Sánchez et al. (2025) hanno visto che la formazione che affronta esplicitamente questo meccanismo, lavorando sulla consapevolezza dello stigma implicito e sulle strategie di regolazione emotiva, si è dimostrata più efficace nel contesto psichiatrico rispetto a interventi generici sulla comunicazione.

1.5.2 Regolazione emotiva e umanizzazione

La formazione alla gestione delle emozioni merita un discorso separato, in quanto incide su una dimensione trasversale a tutte le sottoscale della HUMAS-I. Come discusso

⁶ La **mindfulness** (tradotta spesso in italiano come consapevolezza o presenza mentale) è un'attitudine psicologica e una pratica meditativa che consiste nel prestare attenzione intenzionalmente al momento presente, in modo aperto, curioso e, soprattutto, non giudicante.

nella sezione 1.2, la riduzione dell'empatia in risposta al carico emotivo non è un processo irrimediabile: *Gross (1998)* ha identificato strategie di regolazione emotiva con effetti opposti sul benessere e sulla qualità della relazione: la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva.

La **rivalutazione cognitiva** (*cognitive reappraisal*), ossia rielaborare il significato dell'esperienza emotiva piuttosto che sopprimerne l'espressione, si associa a una migliore regolazione dello *stress*, a livelli più elevati di empatia mantenuta nel tempo e a minore rischio di *burnout* (*Gleichgerrcht e Decety 2013*). Si tratta ad esempio di reinterpretare la sofferenza del paziente come un'opportunità di intervento piuttosto che come una minaccia alle proprie risorse.

La **soppressione espressiva**, al contrario, consiste nel trattenere o mascherare la risposta emotiva senza rielaborarne il contenuto: produce a breve termine un apparente distanziamento funzionale, ma a lungo termine alimenta l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione, poiché il carico affettivo non elaborato continua ad accumularsi (*Gross 1998; Maslach e Leiter 2016*).

Tra le tecniche formative orientate alla regolazione emotiva, la **mindfulness** occupa un posto di rilievo crescente nella letteratura. Nel dettaglio essa rappresenta un esercizio che attraverso pratiche di consapevolezza intenzionale del momento presente (meditazione, *body scan*, esercizi di respirazione) agisce sulla reattività automatica agli stimoli stressanti, aumentando la capacità del professionista di osservare le proprie risposte emotive senza esserne sopraffatto. Le revisioni sistematiche più recenti sulla *mindfulness* in ambito sanitario hanno documentato effetti positivi non solo sul benessere del professionista, ma anche sulle sue competenze comunicative e sulla qualità della relazione con il paziente, suggerendo un effetto a cascata che passa attraverso la riduzione del *distress* e il miglioramento della presenza attenta nell'interazione clinica (*Wilkinson et al. 2017*).

Un secondo esercizio efficace è rappresentato dal **debriefing strutturato**. Si tratta di sessioni di discussione guidata dopo interazioni cliniche emotivamente intense che offrono uno spazio protetto in cui il professionista può elaborare le proprie reazioni, confrontarsi con i colleghi e sviluppare letture alternative degli eventi, trasformando

l'esposizione alla sofferenza in apprendimento riflessivo anziché in accumulo silenzioso di *distress*.

Infine, si è dimostrata utile la **supervisione clinica**, costituita da un incontro periodico e strutturato tra professionista e un supervisore esperto, o tra pari, in cui si analizzano casi clinici, dinamiche relazionali e reazioni emotive suscitate dal lavoro, con l'obiettivo di sostenere lo sviluppo professionale e prevenire il logoramento emotivo. In particolare, è efficace quando orientata non solo alla gestione del caso ma anche alla dimensione relazionale ed emotiva del lavoro: è il dispositivo che, secondo *Williams e Stickley (2010)*, discrimina i professionisti che con gli anni migliorano le proprie competenze relazionali da quelli che le vedono erodere.

Questi interventi agiscono in modo specifico sulla sottoscala di autoefficacia e regolazione emotiva della HUMAS-I, ma produrrebbero effetti secondari sull'affettività positiva e sul carico emotivo negativo. La formazione alla regolazione emotiva non è dunque un accessorio opzionale della professionalità sanitaria: è una condizione strutturale per la sostenibilità della cura umanizzata nel tempo.

1.5.3 Il panorama italiano: un sistema in transizione

In Italia, la formazione continua dei professionisti sanitari è regolata dal sistema dell'Educazione Continua in Medicina (**ECM**), obbligatorio per tutte le figure del Servizio Sanitario Nazionale. Lo stesso impianto dell'ECM riconosce, accanto al *sapere* (le conoscenze teoriche) e al *fare* (le abilità tecniche), anche l'*essere*, ossia il possesso di capacità comunicative e relazionali, individuate come una delle tre componenti fondamentali della professionalità sanitaria. Nella pratica, tuttavia, l'offerta formativa è rimasta storicamente orientata in prevalenza verso le competenze tecnico-cliniche, mentre lo sviluppo strutturato delle competenze relazionali e comunicative ha trovato uno spazio più limitato e meno sistematizzato, affidato spesso a iniziative episodiche più che a percorsi continuativi.

Sul piano nazionale, alcuni segnali di cambiamento sono tuttavia visibili. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha incluso tra le sue priorità il rafforzamento delle competenze non tecniche (*soft skills*) degli operatori sanitari, riconoscendo esplicitamente la comunicazione empatica e la gestione dello *stress* come aree di investimento strategico per la qualità del sistema. L'Emilia-Romagna rappresenta uno dei contesti regionali più

avanzati sul piano della programmazione in salute mentale a livello nazionale. Il Piano attuativo Salute mentale 2024 individua come filo conduttore degli interventi l'approccio terapeutico personalizzato fondato sul *Budget di Salute*. Si tratta di un modello organizzativo che pone esplicitamente la persona al centro del percorso di cura, con l'obiettivo di limitare i ricoveri attraverso il potenziamento degli interventi territoriali e domiciliari (*Regione Emilia-Romagna 2024*). Tale impostazione presuppone professionisti con elevate competenze relazionali e una cultura della cura centrata sull'incontro, non sulla gestione del sintomo.

Nel catalogo regionale di formazione in salute mentale figurano corsi dedicati al benessere psicologico degli operatori, alla gestione delle situazioni complesse e alla comunicazione nei servizi, segnale di una sensibilità istituzionale crescente verso la dimensione relazionale del lavoro clinico, sebbene l'offerta rimanga frammentaria e non ancora sistematizzata in un percorso strutturato di sviluppo delle competenze umanizzanti.

1.6 Razionale, obiettivi e ipotesi dello studio

1.6.1 Razionale

Le sezioni precedenti hanno restituito un quadro articolato. Si è visto che l'umanizzazione della cura è un costrutto multidimensionale, radicato nei principi della relazione terapeutica e operazionalizzabile attraverso strumenti psicometrici dedicati come la HUMAS (sez. 1.3). I servizi di salute mentale costituiscono uno degli ambiti clinici in cui la posta in gioco dell'umanizzazione è più alta: i pazienti psichiatrici sono tra i bersagli privilegiati delle dinamiche di deumanizzazione (sez. 1.2.4) e i professionisti che li assistono sono esposti a un carico emotivo specifico che li rende particolarmente vulnerabili a fenomeni di erosione empatica, *burnout* e depersonalizzazione (sez. 1.2.5; 1.4). Su questo sfondo, la letteratura indica una serie di fattori individuali, professionali, formativi e organizzativi che possono modulare i livelli di umanizzazione: l'età e l'esperienza, il ruolo professionale, il carico di *distress* emotivo, la formazione alla comunicazione empatica e alla regolazione emotiva (sez. 1.4 e 1.5).

Nonostante la rilevanza clinica e organizzativa del tema, la ricerca empirica sull'umanizzazione della cura nei professionisti della salute mentale presenta alcune

lacune significative. In primo luogo, la maggior parte degli studi che hanno utilizzato la HUMAS è stata condotta su campioni infermieristici, prevalentemente in contesti clinici generali o critici (*Todres et al. 2009; Pérez-Fuentes et al. 2019; Angelone et al. 2025*); pochissimi studi hanno esteso la rilevazione a campioni misti comprendenti medici psichiatri.

In secondo luogo, la letteratura italiana sull'argomento è particolarmente scarsa: la validazione italiana della HUMAS-I (*Angelone et al. 2025*) ha reso disponibile uno strumento culturalmente appropriato solo molto recentemente, e i dati sui professionisti della salute mentale italiani restano oggi sostanzialmente assenti.

In terzo luogo, il rapporto tra umanizzazione della cura e variabili individuali, formative e lavorative non è stato ancora indagato in modo sistematico nei servizi di salute mentale: in particolare, l'effetto dell'età sull'umanizzazione, l'eventuale differenza tra figure professionali, il ruolo del *distress* emotivo e l'efficacia della formazione alla comunicazione empatica richiedono evidenze empiriche specifiche prima di poter informare scelte cliniche e formative.

Il presente studio nasce per contribuire a colmare queste lacune, indagando i livelli di umanizzazione della cura e i fattori a essi associati in un campione di psichiatri e infermieri operanti nei servizi di salute mentale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia.

1.6.2 Obiettivi

L'**obiettivo primario** dello studio è descrivere il profilo di umanizzazione della cura, misurato attraverso le cinque dimensioni della HUMAS-I, in un campione di professionisti della salute mentale italiani, identificando le caratteristiche individuali, formative e lavorative associate a livelli più elevati o più bassi di umanizzazione.

Gli **obiettivi secondari** dello studio sono:

- valutare la relazione tra età e livelli di umanizzazione complessiva e nelle singole dimensioni della HUMAS-I;
- confrontare i profili di umanizzazione tra medici psichiatri e infermieri;

- esaminare la relazione tra carico emotivo negativo (*distress*) e le altre dimensioni dell'umanizzazione della cura;
- valutare l'aggiornamento formativo dei professionisti e verificare se l'aver partecipato a percorsi formativi specifici sulla comunicazione empatica si associi a livelli più elevati di umanizzazione complessiva.

Sulla base della letteratura discussa nelle sezioni precedenti, si formulano le seguenti ipotesi:

1.6.3 Ipotesi 1 — Età e umanizzazione.

Si ipotizza che l'età dei professionisti sia associata ai livelli di umanizzazione della cura misurati con la HUMAS-I. In coerenza con la letteratura sull'erosione dell'empatia clinica, sul rischio di depersonalizzazione nei contesti assistenziali e sui meccanismi di deumanizzazione difensiva come possibile strategia di coping, ci si attende che i professionisti più anziani possano mostrare punteggi più bassi in alcune dimensioni dell'HUMAS-I, in particolare in quelle maggiormente sensibili al logoramento emotivo e alla distanza relazionale. Tale associazione, tuttavia, non è da considerarsi scontata e richiede una verifica empirica, poiché l'età può anche riflettere una maggiore esperienza professionale e competenza relazionale.

1.6.4 Ipotesi 2 — Differenze tra professioni.

Si ipotizza che la professione possa influenzare i livelli di umanizzazione della cura, determinando differenze nei punteggi HUMAS-I tra medici psichiatri e infermieri. La diversa configurazione del ruolo (più continuativa e prossimale per gli infermieri, più episodica e tecnicamente orientata per gli psichiatri) e le rispettive culture formative (vedi sez. 1.4) lasciano attendere profili differenziati di umanizzazione, con possibili divergenze nelle singole dimensioni (carico emotivo, autoefficacia, competenze relazionali) anche in assenza di differenze nel punteggio globale.

1.6.5 Ipotesi 3 — Distress e umanizzazione.

Si ipotizza che il carico emotivo negativo (*distress*) sia negativamente correlato con le altre dimensioni dell'umanizzazione della cura nei professionisti della salute mentale. Coerentemente con la concettualizzazione del costrutto HUMAS, in cui il carico emotivo negativo costituisce la dimensione inversa, indicativa di esaurimento affettivo (vedi sez. 1.3), e con la letteratura sul rapporto tra *burnout*, *distress* e qualità della relazione terapeutica, si attende che livelli più elevati di *distress* siano associati a punteggi più bassi nelle dimensioni positive dell'umanizzazione.

1.6.6 Ipotesi 4 — Formazione e umanizzazione.

Si ipotizza che aver partecipato a percorsi formativi specifici sulla comunicazione empatica negli ultimi tre anni sia associato a livelli più elevati di umanizzazione complessiva della cura nei professionisti della salute mentale. L'ipotesi si fonda sulle evidenze convergenti dell'efficacia della formazione alla comunicazione empatica e alla regolazione emotiva nel contrastare l'erosione delle competenze relazionali (vedi sez. 1.5).

La verifica di queste ipotesi potrà offrire indicazioni utili tanto per la riflessione clinica sulla qualità della relazione terapeutica quanto per la progettazione di interventi formativi e organizzativi orientati a sostenere la cura umanizzata nei servizi di salute mentale del territorio.

2. METODI

2.1 Disegno della ricerca

Nel presente studio è stato adottato un disegno trasversale e osservazionale, finalizzato a esaminare i livelli di umanizzazione della cura e la loro associazione con le caratteristiche individuali, professionali e formative dei professionisti della salute mentale. La raccolta dati è stata eseguita in un singolo momento, mediante la compilazione anonima di un questionario *self-report*, così da fornire un'istantanea delle dinamiche presenti all'interno di questa popolazione professionale.

2.2 Partecipanti

2.2.1 Dimensione del campione e setting

Lo studio è stato condotto nei centri comunitari di salute mentale (CSM) e nelle unità psichiatriche di ricovero (SPDC) dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM-DP) dell'azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia, dell'Azienda USL di Modena e dell'Azienda USL di Parma.

Ai fini della seguente tesi sono stati analizzati esclusivamente i dati del sottocampione di Reggio Emilia. La popolazione di riferimento per questa sede era composta da 86 infermieri e 56 medici psichiatri, per un totale di 142 professionisti idonei operanti nei CSM e negli SPDC del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia.

Assumendo una distribuzione binomiale sotto la condizione più conservativa ($p = 0,5$), un livello di confidenza del 95% ($Z = 1,96$) e un margine di errore massimo di ± 5 punti percentuali, la dimensione teorica del campione per una popolazione infinita sarebbe $n_0 = 384$. Applicando la correzione finita della popolazione (FPC) per ogni gruppo professionale si ottengono le seguenti stime:

- Infermieri ($N = 86$): $n = (N \times n_0) / (N + n_0 - 1) = 71$
- Psichiatri ($N = 56$): $n = (N \times n_0) / (N + n_0 - 1) = 51$

Di conseguenza, il campione totale target è di 122 partecipanti (71 infermieri e 51 psichiatri).

Con questi numeri, lo studio avrebbe avuto sufficiente potenza statistica ($\geq 0,80$) per rilevare differenze tra gruppi di almeno una magnitudo moderata (d di Cohen $\approx 0,35$) a un livello di significatività di 0,05 (a due code).

2.2.2 Criteri di inclusione ed esclusione

I partecipanti hanno dovuto soddisfare tutte le seguenti condizioni:

- Ricoprire uno dei seguenti ruoli professionali: infermiere o psichiatra.
- Essere attualmente impiegato in un Centro di Salute Mentale Comunitaria (CSM) o in un'Unità Psichiatrica di Ricovero (SPDC) all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM-DP) dell'Azienda USL - IRCCS di Reggio Emilia, dell'Azienda USL di Modena o dell'Azienda USL di Parma.
- Fornire il consenso informato.

Sono stati esclusi come partecipanti studenti, stagisti o collaboratori senza un contratto di lavoro formale.

2.3 Strumenti di Misura

2.3.1 Scheda sociodemografica

Sono state raccolte informazioni relative a: età, genere, livello di istruzione, ruolo professionale e dipartimento di appartenenza, tipo di contratto, anzianità di servizio nella salute mentale, orario di lavoro settimanale, partecipazione ad eventi di formazione circa relazione terapeutica, gestione delle emozioni, comunicazione empatica e salute mentale dei professionisti sanitari.

In particolare, la variabile età – raccolta in classi ordinali – è stata utilizzata per la verifica dell'ipotesi H1, che esamina l'associazione tra età e livelli di umanizzazione della cura misurati dall'HUMAS-I.

La variabile professione (dicotomica: Psichiatra/infermiere) è stata impiegata per la verifica dell'ipotesi H2, che indaga se esistano differenze nei livelli di umanizzazione della cura in funzione del ruolo.

La variabile relativa alla partecipazione a percorsi formativi sulla comunicazione empatica è stata utilizzata per la verifica dell'ipotesi H4, che esamina se tale formazione sia associata a livelli più elevati di umanizzazione complessiva della cura.

2.3.2 Healthcare Professional Humanization Scale for Nursing (HUMAS-I)

Per la valutazione degli atteggiamenti umanizzanti e deumanizzanti tra i professionisti sanitari si è scelto di utilizzare la scala HUMAS-I. Questa scala è stata originariamente sviluppata per il personale infermieristico (*Pérez-Fuentes et al. 2019*) ma può essere applicata anche ad altri professionisti della salute mentale. La versione italiana recentemente convalidata (*Angelone et al. 2025*) ne ha permesso l'applicazione nel nostro studio.

La scala HUMAS è composta da 19 item con formato di risposta Likert, articolati in cinque sottoscale corrispondenti alle dimensioni del costrutto; i cinque item finali sono formulati in senso inverso, poiché rilevano la presenza di *distress* emotivo piuttosto che di competenze umanizzanti (*Tabella 3*). Il costrutto risultante è multidimensionale e coerente: le cinque sottoscale non misurano fenomeni indipendenti, bensì dimensioni complementari di una medesima disposizione professionale verso l'altro.

I cinque fattori del modello HUMAS, denominati nel presente studio con i termini adottati nella validazione italiana, sono i seguenti:

1. **Affettività positiva e ottimismo** (*affection*), riguarda la capacità di elaborare in modo adeguato le emozioni proprie e altrui, di immedesimarsi nello stato affettivo del paziente e di mantenere una disposizione positiva e fiduciosa nei confronti del futuro e del contesto di cura. Riflette la componente motivazionale e affettiva dell'umanizzazione.
2. **Empatia e orientamento al paziente** (*emotional understanding*), indica la capacità di identificare e interpretare razionalmente le emozioni e i sentimenti altrui, di comprendere il vissuto del paziente nella sua specificità e di riconoscerne la prospettiva soggettiva. Questa dimensione corrisponde al nucleo cognitivo

dell'empatia clinica, distinto, come illustrato nella sezione precedente, dalla sua componente affettiva.

3. **Competenze relazionali e comprensione degli altri** (*sociability*), descrive la propensione a ricercare la relazione con l'altro, a comunicare con assertività ed empatia e a gestire con flessibilità le dinamiche interpersonali nel contesto professionale. Comprende abilità comunicative che si esprimono non soltanto nella diade operatore-paziente, ma anche nelle relazioni d'équipe.
4. **Autoefficacia e regolazione emotiva** (*self-efficacy*), misura la fiducia del professionista nella propria capacità di gestire con successo situazioni complesse e stressanti, inclusa la capacità di regolare le proprie risposte emotive di fronte alle richieste del contesto clinico. Rappresenta una risorsa protettiva che sostiene la qualità della relazione terapeutica anche in condizioni di elevata pressione lavorativa.
5. **Carico emotivo negativo** (item *reverse* 15–19), differisce strutturalmente dai precedenti: punteggi più alti non indicano maggiore umanizzazione, bensì maggiore *distress* emotivo professionale. Questa dimensione inversa cattura la misura in cui il contesto lavorativo genera esaurimento affettivo, interferendo con la capacità del professionista di mantenersi presente e disponibile nella relazione di cura. La sua inclusione nel modello riconosce esplicitamente che l'umanizzazione non è uno stato stabile e indipendente dal benessere dell'operatore, ma si colloca in un continuum influenzato dalle condizioni emotive e organizzative del lavoro.
6. **HUMAS totale** che è indice della umanizzazione nel suo complesso.

2.3.3 La validazione italiana

La necessità di disporre di uno strumento psicometricamente solido e culturalmente appropriato per il contesto italiano ha condotto *Angelone et al. (2025)* alla traduzione e validazione della HUMAS-I (*Healthcare Professional Humanization Scale* — versione italiana).

Lo studio, condotto su un campione di 300 infermieri clinici italiani reclutati tra giugno e luglio 2022 presso un ospedale universitario affiliato all'Istituto Nazionale di Sanità, ha seguito due fasi: la costruzione della versione italiana mediante procedura di traduzione

e *back-translation*, e la valutazione delle proprietà psicometriche. Le proprietà psicometriche della HUMAS-I sono risultate soddisfacenti, con buona validità di costrutto, consistenza interna adeguata a ciascuna sottoscala e elevata stabilità temporale.

La scala HUMAS-I è lo strumento principale per la verifica delle ipotesi H1, H2, H3 e H4 del presente studio.

2.3.4 Altro

Nell'ambito del protocollo di ricerca più ampio sono stati inoltre somministrati i seguenti strumenti: la Scala di Disagio Psicologico di Kessler (**K10+**), per la valutazione del distress psicologico generale; la Utrecht Work Engagement Scale (**UWES-9**), per la misurazione del coinvolgimento lavorativo; il Mental Health Knowledge Schedule (**MAKS-I**), per la valutazione dell'alfabetizzazione in salute mentale; e la Reported and Intended Behaviour Scale (**RIBS-I**), per la misurazione dei comportamenti stigmatizzanti. Tali strumenti, pur non direttamente coinvolti nelle ipotesi oggetto della presente tesi, contribuiscono agli obiettivi del progetto di ricerca complessivo.

2.4 Procedura di somministrazione

Il sondaggio è stato gestito online utilizzando la piattaforma **REDCap** (Research Electronic Data Capture), un'applicazione web sicura specificamente progettata per supportare la raccolta dati per studi di ricerca.

Il link del sondaggio è stato diffuso tramite le mailing list ufficiali dei servizi di salute mentale partecipanti, con il supporto e il coordinamento del Dipartimento di Governo Clinico (Direzione Assistenziale) dell'Autorità Sanitaria Locale competente (Azienda USL di Reggio Emilia).

Dopo aver visualizzato la pagina introduttiva e il consenso informato, i partecipanti hanno potuto accedere al questionario. La compilazione era anonima e richiedeva in media 15-20 minuti.

Il questionario era articolato in diverse sezioni:

1. Consenso informato
2. Scheda sociodemografica
3. Strumenti standardizzati

Per garantire omogeneità del campione, sono stati considerati validi unicamente i record contrassegnati come “complete” in tutte le sezioni obbligatorie. I dati raccolti sono stati archiviati in forma anonima e trattati in conformità con le normative etiche vigenti. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell’Università di Modena e Reggio Emilia.

2.5 Analisi statistica

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il software JASP.

Sono state eseguite analisi descrittive per le variabili sociodemografiche e per i punteggi ottenuti alla scala HUMAS-I, riportando medie, deviazioni standard, valori minimi e massimi per le variabili continue, e frequenze assolute e percentuali per le variabili categoriche e ordinali.

La normalità della distribuzione delle variabili continue è stata verificata mediante il test di Shapiro-Wilk. I risultati hanno mostrato che la maggior parte dei punteggi HUMAS-I non segue una distribuzione normale ($p < .05$), giustificando l'impiego di test non parametrici per tutte le analisi inferenziali.

Per la verifica delle ipotesi sono stati utilizzati:

- il **coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman** (ρ) per valutare l'associazione tra l'età dei professionisti e i punteggi delle sottoscale HUMAS-I (Ipotesi 1), e la relazione tra il carico emotivo negativo e le altre dimensioni dell'umanizzazione della cura (Ipotesi 3);
- il **test U di Mann-Whitney** per confrontare i livelli di umanizzazione della cura tra infermieri e medici psichiatri (Ipotesi 2), e tra i professionisti che avevano partecipato a percorsi formativi sulla comunicazione empatica e quelli che non vi avevano preso parte (Ipotesi 4). Per i confronti effettuati con il test U di Mann-Whitney, la dimensione dell'effetto è stata stimata mediante la **rank-biserial correlation** (r), con valori convenzionali di riferimento pari a $r = 0,10$ (effetto piccolo), $r = 0,30$ (effetto medio) e $r = 0,50$ (effetto grande).

Il livello di significatività statistica è stato fissato a $p < .05$.

2.6 Considerazioni Etiche

Questo studio è stato condotto in piena conformità con i principi della Dichiarazione di Helsinki e con tutte le normative etiche nazionali e locali applicabili. L'approvazione etica è stata richiesta al Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN). L'anonimato dei partecipanti è stato rigorosamente preservato: non sono state raccolte informazioni identificative e tutti i dati vengono gestiti e conservati in modo sicuro in conformità con il Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei Dati (GDPR). La piattaforma online REDCap è stata utilizzata per la raccolta dati, garantendo la crittografia dei dati, il controllo degli accessi basato sul ruolo e le tracce di audit. Prima di accedere al questionario, i partecipanti hanno letto il foglio informativo e fornito il consenso informato elettronico all'interno di REDCap. Data la sensibilità degli argomenti dello studio (come il disagio psicologico) è stata dedicata particolare attenzione alla tutela del benessere dei partecipanti. Tutti i partecipanti sono stati informati sulla natura volontaria della loro partecipazione, la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento senza conseguenze e la disponibilità di risorse di supporto psicologico qualora provino disagio durante o dopo il sondaggio.

3. RISULTATI

Nel presente capitolo verranno riportati i risultati delle analisi condotte sul campione di professionisti della salute mentale operanti presso il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia. La presentazione sarà costituita da una prima sezione dedicata alla descrizione del campione, con le caratteristiche sociodemografiche e i punteggi ottenuti dagli strumenti utilizzati e da una seconda sezione dedicata ai dati relativi alle quattro ipotesi di ricerca.

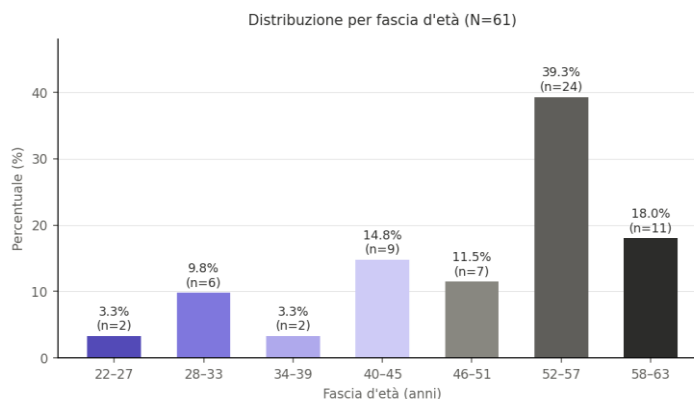
3.1 Caratteristiche del campione e statistiche descrittive

Il campione è composto da 61 professionisti della salute mentale operanti presso il DSM-DP dell'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia.

3.1.1 Caratteristiche sociodemografiche e personali

Dal punto di vista anagrafico, il campione è caratterizzato da una netta prevalenza di fasce d'età mature: la classe più rappresentata è quella compresa tra i **52-57 anni (39,3%)**, seguita dalla fascia **58-63 anni (18,0%)**. Le fasce più giovani risultano invece scarsamente rappresentate, con solo il **3,3%** dei partecipanti nelle classi **22-27 anni** e **34-39 anni**. Si tratta quindi di un campione composto prevalentemente da professionisti con lunga esperienza alle spalle. (*Figura 2; Tabella 4*).

Figura 2. Distribuzione per fascia d'età



Il campione è composto prevalentemente da professionisti maturi: il 39,3% rientra nella fascia 52-57 anni.

Rispetto al sesso alla nascita, il **72,1%** dei partecipanti è di **sexso femminile** e il **27,9% maschile**, una distribuzione coerente con la composizione tipica del personale nei servizi di salute mentale. (*Tabella 5*)

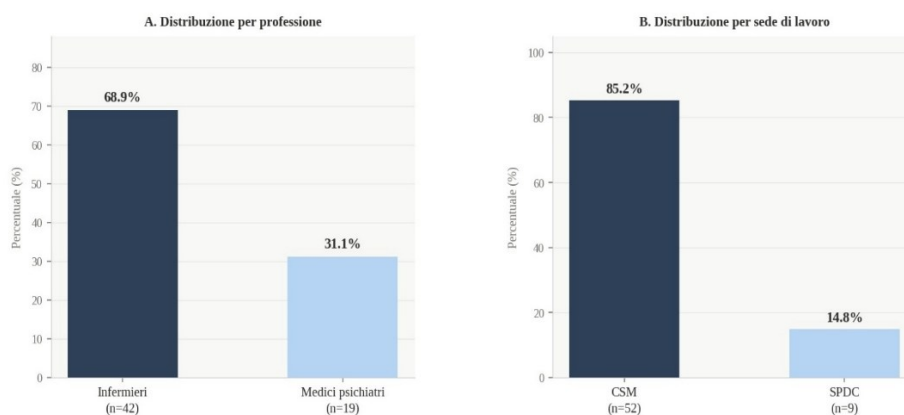
Sul piano del titolo di studio, emerge un quadro eterogeneo: il **31,1%** possiede una **laurea magistrale**, il **29,5%** una **laurea triennale**, il **19,7%** una **specializzazione medica** e il **14,8%** uno o più **master universitari**. La quota rimanente (4,9%) rientra in altre categorie.

3.1.2 Caratteristiche lavorative e professionali

Per quanto concerne le caratteristiche lavorative la media dei mesi di lavoro in salute mentale è di **197,6 mesi** (DS = 120,1; range 12–379), pari a circa sedici anni e mezzo, mentre l'anzianità nella sede attuale è in media di **126,5 mesi** (DS = 98,35; range 12–340), ovvero oltre dieci anni. Le ore lavorative settimanali sono in media **35,30** (DS = 7,54; range 18–48). (*Tabella 6*).

Dal punto di vista professionale, il campione è composto da **42 infermieri (68,9%)** e **19 medici psichiatri (31,1%)**. Rispetto alla popolazione di riferimento (composta da 86 infermieri e 56 medici) si osserva una lieve sovrarappresentazione degli infermieri e una sottorappresentazione dei medici psichiatri, aspetto da tenere in considerazione nell'interpretazione dei risultati. Per quanto riguarda la sede di lavoro, la maggioranza degli operatori lavora nei Centri di Salute Mentale (**85.2%**), mentre una quota più limitata (**14.8%**) opera in SPDC. Questo indica una forte prevalenza del contesto territoriale rispetto a quello ospedaliero. (*Figura 3*).

Figura 3. Distribuzione del campione per professione (A) e sede di lavoro (B)



Nota. N = 61. CSM = Centro di Salute Mentale; SPDC = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

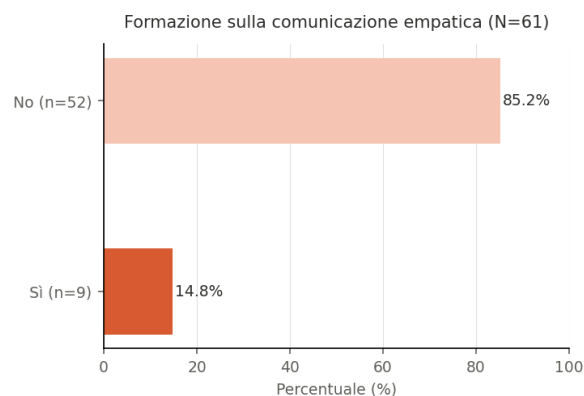
In merito alla **formazione** ricevuta negli ultimi tre anni: il **32,8%** dei partecipanti ha effettuato una formazione sulla relazione terapeutica, il **37,7%** sulla gestione delle emozioni e il **14,8%** sulla comunicazione empatica.

La formazione sulla salute mentale dei professionisti risulta la meno diffusa, con il **9,8%** del campione che vi ha avuto accesso.

Complessivamente, il **44,3%** dei partecipanti dichiara di non aver svolto alcuna formazione nell'ultimo triennio, mentre il **55,7%** ha partecipato ad almeno un'attività formativa.

La supervisione clinica risulta invece più diffusa, con il **65,6%** dei partecipanti dichiara di partecipare a supervisioni individuali o di equipe. (Tabella 7; Figura 4).

Figura 4. Formazione sulla comunicazione empatica



Solo il 14,8% dei partecipanti (n=9) ha effettuato formazione sulla comunicazione empatica negli ultimi tre anni.

3.2 Analisi delle ipotesi di ricerca

3.2.1 Ipotesi 1

Per verificare come l'età dei professionisti fosse associata ai livelli di umanizzazione della cura, è stata condotta un'analisi di correlazione di Spearman tra l'età, trattata come variabile ordinale, e i punteggi delle sottoscale e del totale HUMAS-I. (Tabella 8; Figura 5-6).

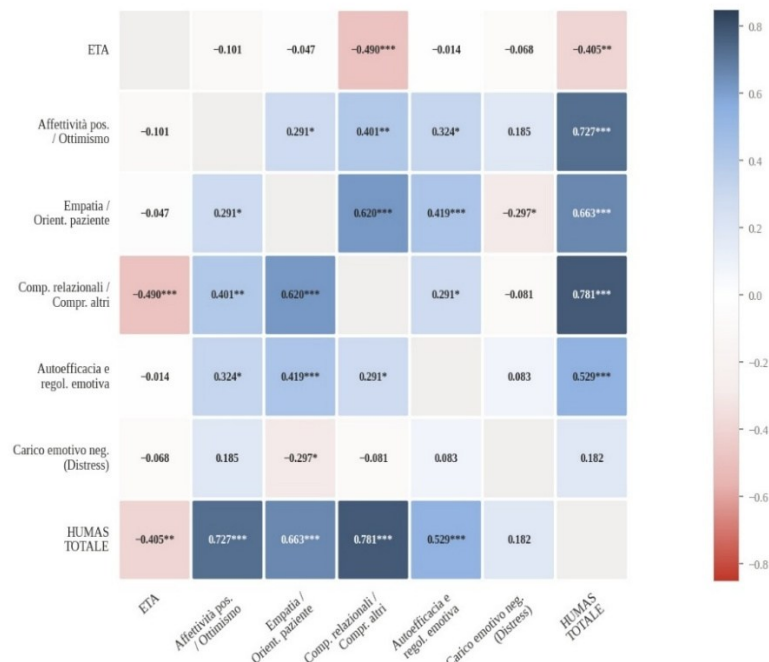
I risultati mostrano un quadro disomogeneo. Per la maggior parte delle dimensioni non emerge alcuna associazione significativa: è il caso dell'**affettività positiva/ottimismo** ($\rho = -0,101$; $p = ,438$), dell'**empatia/orientamento al paziente** ($\rho = -0,047$; $p = ,722$), dell'**autoefficacia e regolazione emotiva** ($\rho = -0,014$; $p = ,914$) e del **carico emotivo negativo/distress** ($\rho = -0,068$; $p = ,600$).

Fanno eccezione due dimensioni, per le quali si osservano correlazioni negative statisticamente significative: le **competenze relazionali/comprendimento degli altri** ($\rho = -0,490$; $p < ,001$) e il **punteggio totale HUMAS-I** ($\rho = -0,405$; $p = ,001$). In entrambi i casi, all'aumentare dell'età i punteggi tendono a diminuire.

Nel complesso, l'Ipotesi 1 risulta parzialmente supportata dai dati. I risultati indicano che una maggiore età non si associa a livelli più elevati di umanizzazione; al contrario, per le competenze relazionali e per il punteggio complessivo emerge una tendenza opposta. Possibili spiegazioni saranno approfondite nel capitolo di discussione.

Figura 5. Matrice di correlazione di Spearman — ETA e sottoscale HUMAS

Nota. I colori indicano la direzione e l'intensità della correlazione (rosso = negativa, blu = positiva).
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. $N = 61$.



Nota. I colori indicano la direzione e l'intensità della correlazione (rosso = negativa, blu = positiva). * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. $N = 61$.

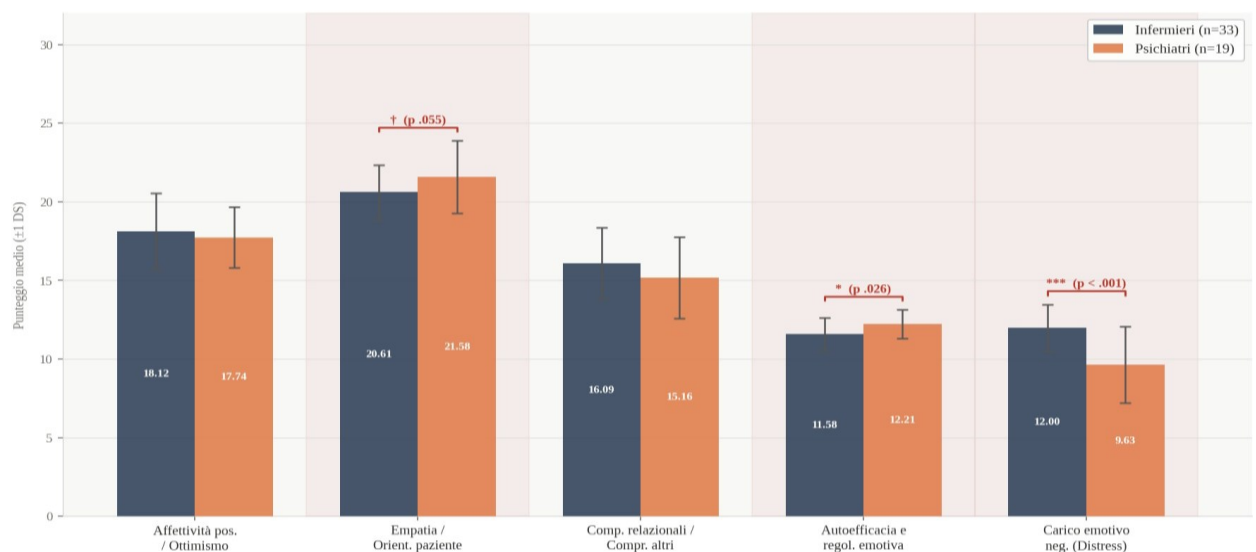
3.2.2 Ipotesi 2

Per verificare se la professione fosse associata a differenze nei livelli di umanizzazione della cura, i punteggi delle sottoscale e del totale HUMAS-I sono stati confrontati tra infermieri e medici psichiatri mediante il test U di Mann-Whitney.

I risultati restituiscono un quadro articolato. Per la maggior parte delle dimensioni non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi: **affettività positiva/ottimismo** ($U = 355,0$; $p = ,425$), **competenze relazionali/comprendimento degli altri** ($U = 356,5$; $p = ,406$) e **punteggio totale HUMAS-I** ($U = 386,5$; $p = ,166$). Anche per l'**empatia/orientamento** al paziente la differenza non raggiunge la soglia di significatività, pur risultando prossima ad essa ($U = 213,0$; $p = ,055$).

Emergono tuttavia differenze significative in due dimensioni specifiche. I medici psichiatri riportano livelli più elevati di **autoefficacia e regolazione emotiva** rispetto agli infermieri ($U = 201,0$; $p = ,026$; $r = 0,359$), con punteggi medi rispettivamente di 12,21 (DS = 0,92) e 11,58 (DS = 1,03). Gli infermieri, al contrario, presentano livelli significativamente più elevati di **carico emotivo negativo/distress** ($U = 511,0$; $p < ,001$; $r = -0,630$), con una media di 12,00 (DS = 1,48) contro 9,63 (DS = 2,43) dei medici. (Tabella 9,10; Figura 7)

Figura 7. Confronto tra Infermieri e Psichiatri sulle sottoscale HUMAS-I (Test U di Mann-Whitney)



Nota. Le barre di errore rappresentano ± 1 DS. † $p = .055$ (tendenza); * $p < .05$; *** $p < .001$. Le colonne evidenziate in rosso indicano differenze statisticamente significative tra i gruppi.

Nel complesso, l'Ipotesi 2 risulta parzialmente supportata. Le due figure professionali non si differenziano in termini di umanizzazione globale, ma mostrano profili emotivi distinti: gli infermieri sperimentano un maggiore carico emotivo negativo, mentre i medici psichiatri riportano una maggiore percezione di autoefficacia e controllo emotivo.

3.2.3 Ipotesi 3

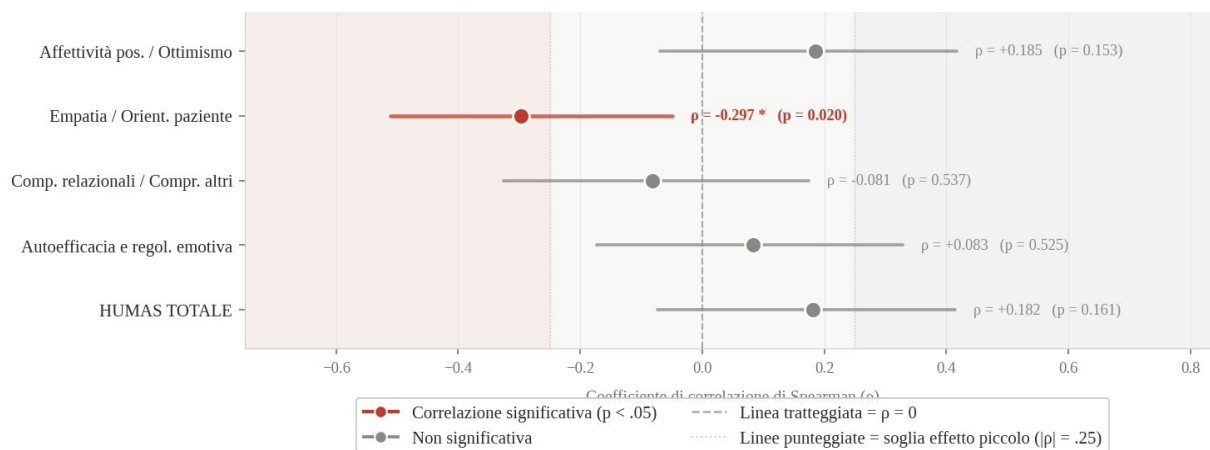
Per verificare se il **carico emotivo negativo** fosse negativamente correlato con le altre dimensioni dell'umanizzazione della cura, sono state condotte analisi di correlazione di Spearman (ρ) tra il punteggio della sottoscala *distress* e i punteggi delle restanti quattro sottoscale dell'HUMAS-I, nonché con il punteggio totale della scala.

I risultati mostrano un quadro eterogeneo, solo parzialmente coerente con l'ipotesi iniziale (*Tabella 8; Figura 8*). Tra le correlazioni esaminate, l'unica associazione negativa e statisticamente significativa emerge tra il distress e l'**empatia/orientamento al paziente** ($\rho = -0,297$; $p = ,020$): al crescere del carico emotivo negativo, i livelli di empatia verso il paziente tendono a ridursi. L'entità della correlazione è di grado moderato-basso, indicando una relazione presente ma non dominante.

Per le restanti dimensioni positive dell'HUMAS-I, non emergono associazioni statisticamente significative. In particolare, la correlazione tra distress e **affettività positiva/ottimismo** risulta di segno positivo e non significativa ($\rho = 0,185$; $p = ,153$), così come quella con l'**autoefficacia e regolazione emotiva** ($\rho = 0,083$; $p = ,525$). Analogamente, la correlazione con le **competenze relazionali/comprendimento degli altri** è negativa ma di entità trascurabile e non significativa ($\rho = -0,081$; $p = ,537$). Anche la correlazione tra distress e **punteggio totale HUMAS-I** non raggiunge la soglia di significatività ($\rho = 0,182$; $p = ,161$), suggerendo che il carico emotivo negativo non si associa in modo lineare all'umanizzazione complessiva della cura nel campione esaminato.

Vale la pena osservare che alcune correlazioni tra *distress* e dimensioni positive presentano segni inattesi, in particolare quella positiva con affettività e autoefficacia, sebbene non significative. Questo pattern potrebbe indicare una certa indipendenza tra la dimensione del *distress* e le componenti più cognitive e motivazionali dell'umanizzazione, un aspetto che merita attenzione nella discussione.

Figura 8. H3 – Correlazioni di Spearman tra Carico Emotivo Negativo (Distress) e le altre sottoscale HUMAS-I



Nota. IC 95% approssimato via trasformazione di Fisher. * $p < .05$. $N = 61$.

Nel complesso, l'Ipotesi 3 risulta solo parzialmente supportata dai dati: il *distress* non si associa sistematicamente a tutte le dimensioni positive dell'umanizzazione della cura, ma mostra una relazione specifica e significativa con la componente empatica. Le possibili spiegazioni di questo pattern selettivo saranno approfondite nel capitolo di discussione.

3.2.4 Ipotesi 4

Per quanto concerne la formazione in generale, le caratteristiche del campione sono riassunte nella *Figura 9*. Complessivamente, poco più della metà dei professionisti aveva preso parte ad almeno un'attività formativa nei tre anni precedenti la rilevazione (55,7%; $n = 34/61$), mentre la maggioranza aveva avuto accesso a forme di supervisione clinica, individuale o di équipe (65,6%; $n = 40/61$). La partecipazione alle singole aree formative risultò tuttavia disomogenea: gli ambiti più rappresentati furono la gestione delle emozioni (37,7%; $n = 23$) e la relazione terapeutica (32,8%; $n = 20$), seguiti a distanza dalla comunicazione empatica (14,8%; $n = 9$) e dalla salute mentale dei professionisti, che costituì l'area meno presidiata (9,8%; $n = 6$).

Per verificare se la partecipazione a percorsi formativi sulla comunicazione empatica fosse associata a livelli più elevati di umanizzazione complessiva della cura, il punteggio

totale dell'HUMAS-I è stato confrontato tra i professionisti che avevano effettuato tale formazione ($n = 9$) e quelli che non vi avevano preso parte ($n = 52$), mediante il test U di Mann-Whitney.

I risultati mostrano una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($U = 123,5$; $p = ,025$). I professionisti che avevano partecipato a percorsi formativi sulla comunicazione empatica riportano un punteggio medio HUMAS-I totale di 76,89 ($DS = 4,57$), sensibilmente superiore rispetto a quello dei professionisti privi di tale formazione ($M = 71,69$; $DS = 6,64$). La differenza tra i ranghi medi dei due gruppi risulta anch'essa marcata: il gruppo con formazione presenta un rango medio di 43,28, contro 28,88 del gruppo senza formazione.

La dimensione dell'effetto, misurata mediante la rank-biserial correlation, è pari a 0,472, valore che si colloca nella **fascia medio-alta** secondo le soglie convenzionali, indicando che la differenza osservata non è solo statisticamente significativa ma possiede anche una rilevanza pratica non trascurabile. (*Figura 10; Tabella 11,12*).

Nel complesso, l'Ipotesi 4 risulta supportata dai dati: la partecipazione a percorsi formativi sulla comunicazione empatica si associa a livelli significativamente più elevati di umanizzazione complessiva della cura, con una dimensione dell'effetto di entità moderata. È opportuno, tuttavia, considerare che il gruppo con formazione è composto da soli 9 partecipanti, il che impone cautela nell'interpretazione e nella generalizzazione dei risultati.

4. DISCUSSIONE

4.1 Ipotesi 1

L'analisi del rapporto tra età e umanizzazione della cura ha restituito un quadro solo parzialmente coerente con le previsioni dello studio. Per la maggior parte delle dimensioni non emergono associazioni significative tra età ed **affettività** ($\rho = -0,101$; $p = ,438$), **empatia** ($\rho = -0,047$; $p = ,722$), **autoefficacia** ($\rho = -0,014$; $p = ,914$) e **distress** ($\rho = -0,068$; $p = ,600$), mentre si osservano correlazioni negative significative tra età e **competenze relazionali** ($\rho = -0,490$; $p < ,001$) e tra età e **punteggio totale dell'HUMAS-I** ($\rho = -0,405$; $p = ,001$). All'aumentare dell'età, dunque, le competenze relazionali e l'umanizzazione complessiva tendono a diminuire.

Tale risultato appare coerente, nella sua direzione, con l'ipotesi formulata in fase di disegno dello studio, che prevedeva nei professionisti più anziani punteggi più bassi nelle dimensioni più sensibili al logoramento emotivo e alla distanza relazionale. La conferma riguarda però in modo specifico il **versante relazionale**: a ridursi con l'età sono le competenze relazionali e, di riflesso, il punteggio totale, mentre l'empatia, la dimensione che la letteratura sull'erosione empatica nel corso della carriera avrebbe portato ad attendersi in calo, si mantiene stabile. Il risultato si colloca quindi in continuità con il filone che documenta un progressivo logoramento delle competenze umanizzanti con l'esperienza, ma si discosta dalla previsione di una contrazione propriamente *empatica*, oltre che dalle evidenze che descrivono l'esperienza come fattore di rafforzamento delle abilità relazionali (Hojat et al. 2009; Williams e Stickley 2010; Wilkinson et al. 2017). Questa divergenza, lungi dall'indebolire l'ipotesi, ne precisa la portata e costituisce il punto di partenza per l'interpretazione che segue.

I dati emersi potrebbero supportare il concetto di **deumanizzazione difensiva** proposto da Vaes e Muratore (2013): nel campione considerato, la riduzione delle competenze relazionali con l'età potrebbe riflettere l'adozione progressiva, da parte dei professionisti, di strategie di distanziamento emotivo finalizzate alla gestione del sovraccarico relazionale tipico della salute mentale. Ciò sarebbe coerente anche con il modello del burnout di Maslach e Leiter (2016) secondo cui l'esposizione prolungata alla sofferenza psichica e alle condizioni di lavoro tipiche dei servizi psichiatrici potrebbe

progressivamente erodere le risorse relazionali, inducendo nei professionisti più anziani modalità di interazione più routinizzate e meno adattative. Maslach definisce questa dimensione come **depersonalizzazione** con il paziente trattato come "un caso" piuttosto che come una persona unica, riducendo il dispendio cognitivo richiesto dall'analisi di ogni situazione clinica. La dimensione delle **competenze relazionali** dell'HUMAS-I valuta proprio questo meccanismo, in quanto misura la capacità di analizzare il comportamento del paziente, di comprenderne le motivazioni anche nelle situazioni di contrasto e di adattare di conseguenza la propria risposta professionale. Dunque, il dato emerso potrebbe essere una conseguenza di esaurimento emotivo e burnout nel personale.

Tuttavia, alcuni elementi complicano una lettura che veda come causa esclusiva il burnout. Infatti, se l'effetto fosse interamente riconducibile a tale meccanismo, ci si aspetterebbe di osservare anche una riduzione dell'empatia e un aumento del distress con l'età, dato che entrambe le dimensioni sono classicamente coinvolte nei processi di esaurimento professionale. Invece, la **selettività dell'effetto**, circoscritto alle competenze relazionali e al punteggio totale, suggerisce piuttosto che il fenomeno sia più specifico di quanto un modello di burnout generalizzato lascerebbe prevedere. Tra le dimensioni dell'umanizzazione, le competenze relazionali sono infatti quelle che più dipendono da un impegno attivo e continuamente rinnovato a ogni interazione: analizzare il comportamento del paziente, coglierne le motivazioni anche nelle situazioni di contrasto e adattarvi la propria risposta. Emergerebbe quindi dai risultati che è questa la componente più onerosa sul piano delle risorse e, non a caso, la più vicina al bersaglio della depersonalizzazione da burnout; le altre disposizioni, inclusa l'empatia/orientamento al paziente, si mantengono invece stabili attraverso le fasce d'età.

Questa dissociazione tra una componente che si erode e una componente che si conserva richiama la distinzione, tra empatia affettiva ed empatia cognitiva (*Decety e Jackson 2004; Shamay-Tsoory 2011*), secondo cui le disposizioni più automatiche e radicate sarebbero meno vulnerabili al passare del tempo, in quanto meno onerose sul piano delle risorse, mentre le componenti che richiedono un investimento attivo di attenzione, analisi e riflessione risulterebbero più esposte all'erosione, soprattutto in contesti ad elevato carico e pressione temporale, dove lo spazio per la rielaborazione delle interazioni si restringe progressivamente. Dai dati del presente studio emerge che la componente affettiva e cognitiva dell'empatia sono conservate, ciò che diminuisce è invece la messa

in azione della comprensione empatica attraverso le competenze relazionali. In altre parole, ciò che si riduce con l'età, non è la capacità di sintonizzarsi con il paziente, bensì quella di tradurre tale sintonia in una risposta relazionale adattata fatta di ascolto attivo e comunicazione efficace.

Una spiegazione di natura diversa, meritevole di considerazione, è quella dell'**effetto di coorte**. I professionisti più giovani del campione sono stati formati in un periodo in cui i corsi universitari italiani hanno progressivamente integrato contenuti orientati alla persona e alla relazione terapeutica (*Bas-Sarmiento et al. 2017*). In questa prospettiva, ciò che nei dati appare come un deterioramento legato all'età potrebbe riflettere una differenza generazionale nella formazione iniziale, con gli operatori più giovani che accedono alla pratica clinica dotati di strumenti relazionali più strutturati. A ciò si aggiunga che la distanza temporale dalla formazione accademica potrebbe rendere i professionisti senior meno allineati alle più recenti metodologie comunicative, qualora queste non siano state oggetto di un costante aggiornamento professionale.

Infine, un ulteriore elemento di riflessione riguarda la natura relativa, e non assoluta, della riduzione osservata, in termini di umanizzazione totale. Infatti, anche i professionisti delle fasce d'età più elevate raggiungono un punteggio totale all'HUMAS-I pari a **72,46** (DS = 6,61; range 57–84). Tale risultato si colloca al di sopra dei valori medi osservati da *Angelone et al. (2025)* su un campione di infermieri di area medica e chirurgica, in cui il punteggio totale medio risultava pari a circa **68**. Inoltre, va sottolineato che la distribuzione del punteggio totale (**range 57–84**) non evidenzia profili marcatamente deficitari sul piano dell'umanizzazione: anche il valore minimo osservato si colloca al di sopra della mediana teorica della scala. Questo dato mette in luce la natura peculiare dei professionisti in ambito psichiatrico. Essi rappresentano una risorsa **altamente specializzata** e d'**eccellenza** nell'ambito delle abilità umane e relazionali.

Da ciò si potrebbe avanzare considerazioni di portata più ampia. Se in un campione caratterizzato da livelli di umanizzazione di partenza elevati l'avanzare dell'età si associa comunque a una riduzione significativa delle competenze relazionali e del punteggio complessivo, è lecito ipotizzare che in contesti sanitari con profili umanizzanti di base più contenuti il declino possa manifestarsi con maggiore rapidità e intensità. Tale ipotesi è coerente con le evidenze raccolte in setting ad elevata esposizione a stress occupazionale

e a minore continuità relazionale con il paziente, come i reparti di emergenza e di area critica, dove la letteratura ha documentato tassi più elevati di **burnout** e **compassion fatigue** (Hunsaker et al. 2015; López-López et al. 2019). In questa prospettiva, i dati del presente studio sembrano acquisire un valore che potrebbe trascendere il solo contesto psichiatrico, sebbene siano necessari ulteriori approfondimenti.

Nel complesso, i risultati indicano che l'avanzare dell'età non rappresenterebbe di per sé un fattore protettivo per ciascuna dimensione dell'umanizzazione della cura, neppure in un contesto caratterizzato da elevata umanizzazione di base come quello indagato. Al contempo nel campione analizzato si mantengono stabili dimensioni che ci si aspettava diminuissero. Studi futuri di tipo longitudinale, condotti su campioni eterogenei per tipologia di reparto, potranno chiarire se l'effetto osservato sia attribuibile a processi di erosione progressiva, a differenze di coorte formativa, o a una combinazione di entrambi, e se la sua entità vari sistematicamente in funzione delle caratteristiche del contesto lavorativo.

4.2 Ipotesi 2

L'analisi condotta per verificare l'ipotesi 2 ha restituito un quadro articolato e solo parzialmente coerente con quanto ipotizzato. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra medici psichiatri e infermieri nel **punteggio totale dell'HUMAS** né nella maggior parte delle sottoscale, comprese **l'affettività positiva/ottimismo**, **l'empatia/orientamento al paziente** e le **competenze relazionali/comprendimento degli altri**, sebbene quest'ultima dimensione si sia attestata in prossimità della soglia di significatività ($p = ,055$).

Sono invece emerse differenze significative e di entità non trascurabile in due dimensioni specifiche: i medici psichiatri hanno riportato livelli più elevati di **autoefficacia e regolazione emotiva**, mentre gli infermieri hanno mostrato un **carico emotivo negativo**, ossia distress, sostanzialmente superiore, con una *rank-biserial correlation* indicativa di un effetto di magnitudo elevata.

L'ipotesi 2 risulta dunque parzialmente supportata: la professione non si associa a un'umanizzazione complessiva differente, ma incide in modo selettivo sul modo in cui i due gruppi vivono e regolano l'impatto emotivo della pratica clinica.

L'assenza di differenze nel punteggio **HUMAS totale** appare in linea con la concezione multidimensionale dell'umanizzazione descritta dagli autori della scala, secondo cui il costrutto è sostenuto da un insieme di competenze personali e relazionali che possono essere condivise da figure professionali diverse, purché operanti in contesti di cura orientati alla centralità della persona (*Pérez-Fuentes et al. 2019; Angelone et al. 2025b*). Nei Dipartimenti di Salute Mentale italiani, eredi della riforma del 1978, sia i medici psichiatri sia gli infermieri condividono un riferimento culturale a modelli *recovery-oriented* e a paradigmi assistenziali integrati, fondati sulla centralità della relazione terapeutica e sul lavoro di équipe multidisciplinare (*Fiorillo e Ventriglio 2018; Sampogna et al. 2021*). In questa cornice, una cultura della cura condivisa tra medici e infermieri potrebbe spiegare la riduzione dello scarto tradizionalmente atteso tra ruolo medico e ruolo infermieristico (*Meneses-La-Riva et al. 2021*).

Il dato più rilevante e coerente con la letteratura riguarda il maggior carico emotivo negativo osservato negli infermieri che confermerebbe come il personale infermieristico sia esposto a un rischio elevato di *distress* psicologico, *burnout* e *compassion fatigue* (*Delgado et al. 2021*). Tale vulnerabilità trova radici plausibili nelle caratteristiche strutturali del lavoro infermieristico: la continuità della presenza al letto del paziente, la maggiore frequenza degli scambi quotidiani e la prossimità fisica espongono gli infermieri a un volume di sollecitazioni emotive superiore a quello dei medici (*Edward et al. 2017; Hammarström et al. 2019*). Nell'ambito psichiatrico vi si aggiungono fattori specifici, quali l'esposizione ad agitazione, comportamenti aggressivi, *acting-out*⁷ e situazioni di rischio suicidario, ampiamente riconosciuti come predittori di esaurimento emotivo e *moral distress*⁸ (*Hanrahan et al. 2010*). I dati di Reggio Emilia confermano gli

⁷ L'*acting out* (o passaggio all'atto) è un meccanismo di difesa psicologico e automatico attraverso il quale un individuo esprime impulsi, desideri o conflitti inconsci direttamente attraverso azioni concrete, anziché elaborarli tramite la riflessione, la parola o la consapevolezza emotiva.

⁸ *Moral distress* (o *sofferenza morale*) è un fenomeno psicologico che si verifica quando un professionista riconosce l'azione moralmente corretta da compiere, ma è impedito a metterla in pratica a causa di vincoli istituzionali, gerarchici, legali o per mancanza di risorse.

studi precedenti: la maggiore fragilità emotiva degli infermieri non è un caso isolato, ma è una caratteristica legata proprio al tipo di lavoro che svolgono.

Diversamente, i medici psichiatri hanno mostrato livelli più elevati di autoefficacia e regolazione emotiva, una differenza coerente con il profilo di ruolo che caratterizza la professione medica. La posizione decisionale del medico, l'orientamento prevalentemente diagnostico-terapeutico, il maggiore distacco temporale dalle situazioni di acuzie e la formazione specialistica più estesa possono favorire una percezione di controllo e una capacità di *emotion regulation* più strutturata (Hojat et al. 2003; Gleichgerricht e Decety 2013). In questa direzione, il ruolo decisionale e l'autorevolezza riconosciuta nel team rappresentano le esperienze di padronanza che, secondo la teoria sociocognitiva, alimentano l'autoefficacia percepita (Bandura 1997).

Un confronto merita attenzione: i risultati divergono in parte da quanto riportato da Galeazzi et al. (2004) in uno studio condotto in provincia di Modena. In quel lavoro, basato sull'impiego del *Maslach Burnout Inventory*, erano gli psichiatri a manifestare livelli di esaurimento emotivo e depersonalizzazione significativamente superiori rispetto alla componente infermieristica. Questa discordanza suggerisce una possibile evoluzione nel tempo delle dinamiche di logorio professionale o, in alternativa, riflette la diversa sensibilità degli strumenti utilizzati (HUMAS-I vs MBI) nel rilevare le sfumature della vulnerabilità all'erosione empatica tra le diverse figure professionali.

Infine, si segnala, solo in termini descrittivi, che i medici psichiatri hanno riportato un punteggio empatico lievemente superiore rispetto agli infermieri, con un valore prossimo ma non inferiore alla soglia convenzionale di significatività ($U = 213,0$; $p = ,055$). Tale dato non consente conclusioni inferenziali, ma può essere considerato un elemento esplorativo da approfondire in studi futuri.

Riguardo all'efficacia nella relazione medico-paziente, è opportuno precisare che un profilo caratterizzato da basso distress ed elevata autoefficacia non coincide necessariamente con una piena funzionalità relazionale. In contesti ad alta intensità emotiva, infatti, una regolazione emotiva molto efficiente può talvolta accompagnarsi a forme sottili di distanziamento protettivo dal paziente. Come suggerito dalla letteratura sulla deumanizzazione difensiva, tale processo può rappresentare una strategia adattiva nei professionisti esposti in modo continuativo alla sofferenza, ma deve essere distinto da

un'autentica qualità relazionale. Nel presente campione non emergono deficit manifesti di umanizzazione nei medici; tuttavia, questi dati invitano a interpretare con cautela i bassi livelli di distress e l'elevata autoefficacia, evitando di considerarli automaticamente come indicatori assoluti di funzionalità relazionale.

Il quadro complessivo è quello di due figure professionali che, pur raggiungendo livelli equivalenti di empatia, di competenze relazionali e di umanizzazione complessiva, sostengono tale equivalenza attraverso *economie emotive* profondamente differenti. Gli infermieri, esposti per la natura del loro ruolo a un volume più elevato di sollecitazioni relazionali, pagano questa prossimità con un carico di *distress* significativamente maggiore. I medici psichiatri, al contrario, accompagnano un analogo livello di umanizzazione con un'autoefficacia più consolidata e una regolazione emotiva più strutturata, che consente loro di contenere il costo affettivo della relazione. Più che due traiettorie diverse *verso* l'umanizzazione, dunque, i dati delineano due diversi modi di sostenerne il peso: la qualità relazionale dichiarata è sovrapponibile, ma l'economia emotiva che la rende possibile è distinta: più onerosa e vulnerabile nel personale infermieristico, più protetta ma non per questo esente da rischi in quello medico.

Sul piano clinico-organizzativo i risultati suggeriscono la necessità di **percorsi di supporto differenziati** per le due figure professionali. Per il personale infermieristico, l'obiettivo prioritario è la riduzione del *distress* e il rafforzamento delle strategie di *coping*, attraverso supervisione clinica, spazi strutturati di rielaborazione del vissuto emotivo e misure organizzative sui fattori di sovraccarico (continuità dell'esposizione, carichi assistenziali). Per i medici psichiatri, l'attenzione non va rivolta a un presunto deficit relazionale, che i dati non evidenziano, bensì al mantenimento della qualità della relazione nel tempo, evitando il possibile slittamento di una regolazione emotiva molto efficiente verso forme sottili di distanziamento difensivo. Questo può essere raggiunto attraverso una consapevolezza riflessiva sul proprio stile di coinvolgimento con il paziente.

4.3 Ipotesi 3

Per quanto riguarda l'ipotesi 3 il risultato è peculiare. Mentre l'ipotesi iniziale attendeva una correlazione negativa fra il **carico emotivo negativo** (distress) e tutte le

dimensioni positive dell'umanizzazione della cura, i dati hanno evidenziato un'associazione significativa unicamente con **l'empatia/orientamento al paziente** ($\rho = -0,297$; $p = ,020$), di entità piccola-moderata secondo le convenzioni di Cohen.

Non sono emerse correlazioni significative tra distress e **competenze relazionali/comprendimento degli altri** ($\rho = -0,081$; $p = ,537$), tra distress e **autoefficacia/regolazione emotiva** ($\rho = 0,083$; $p = ,525$), tra distress e **affettività positiva/ottimismo** ($\rho = 0,185$; $p = ,153$), né con il **punteggio totale** dell'HUMAS ($\rho = 0,182$; $p = ,161$). L'ipotesi 3 risulta dunque supportata solo parzialmente: il carico emotivo non costituisce un correlato globale dell'umanizzazione, ma si associa in modo specifico e selettivo alla componente empatico-relazionale, lasciando inalterate le dimensioni più cognitive e operative del costrutto.

Questa selettività assume particolare interesse se confrontata con quanto osservato a proposito dell'età (Ipotesi 1), con cui instaura un rapporto solo in apparenza paradossale. Là erano le competenze relazionali a erodersi, lasciando stabile l'empatia; qui, al contrario, è l'empatia a contrarsi, mentre le competenze relazionali restano insensibili al carico emotivo. Lungi dal contraddirsi, i due risultati indicano che dimensioni diverse dell'umanizzazione sono vulnerabili a sollecitazioni di natura differente. Il distress rilevato dall'HUMAS-I è uno stato emotivo attuale e, come tale, incide sulla dimensione in presa diretta con la sofferenza del paziente, ossia l'empatia; l'erosione delle competenze relazionali legata all'età rifletterebbe invece un processo cumulativo e sedimentato nel tempo, la depersonalizzazione da *burnout* discussa nell'Ipotesi 1, il cui esito tende a stabilizzarsi proprio quando il distress acuto è ormai rientrato.

Circa i risultati valutati di questa ipotesi, una prima spiegazione può rimandare ai meccanismi regolatori intrinseci alle professioni d'aiuto, già richiamati in introduzione (sez. 1.2.5): di fronte alla saturazione delle risorse interne, la riduzione dell'empatia (*empathy reduction*) si configura non come un deficit relazionale, ma come una risposta adattiva al carico emotivo (*Haque e Waytz 2012; Wilkinson et al. 2017*). L'ambito psichiatrico vi è particolarmente esposto, poiché l'interazione con un'utenza fortemente stigmatizzata accresce il costo affettivo atteso e induce a evitare attivamente l'investimento empatico quando il carico diviene eccessivo, anche secondo una logica di

economia cognitiva e biologica neuroscientificamente documentata (*Cheng et al. 2007; Cameron et al. 2016; Cameron et al. 2019; Decety 2020*).

L'aspetto teoricamente più interessante del pattern osservato non è la correlazione significativa con l'empatia, che era attesa, ma la **stabilità simultanea** delle altre dimensioni dell'HUMAS in presenza di livelli elevati di distress. L'assenza di un'associazione significativa fra carico emotivo da un lato e competenze relazionali, autoefficacia/regolazione emotiva, affettività positiva/ottimismo e punteggio totale dell'HUMAS dall'altro configura uno scenario in cui la sola componente empatica assorbe l'impatto del carico emotivo, mentre l'umanizzazione complessiva della cura resta sostanzialmente preservata. Questo potrebbe supportare il filone teorico che vede l'*empathy reduction* come meccanismo di coping funzionale: sacrificando selettivamente la dimensione affettiva più costosa, si manterrebbero stabili tutte le altre componenti dell'umanizzazione e di proteggere il funzionamento globale del professionista anche in condizioni di sovraccarico.

Occorre tuttavia cautela nell'accettare l'empatia come meccanismo di coping efficace o automatico della psiche, come già visto nell'introduzione. Va ricordato che la riduzione empatica si annovera tra le cause funzionali di deumanizzazione (*Haque e Waytz 2012*). In aggiunta, soprattutto nel contesto della salute mentale. A differenza di altre branche della medicina, nelle quali l'empatia svolge una funzione importante ma accessoria rispetto agli strumenti diagnostici oggettivabili (imaging, biochimica, valutazioni strumentali), in psichiatria la capacità empatica costituisce il principale strumento clinico, sia in fase diagnostica sia in fase terapeutica. Tale impostazione attraversa l'intera storia della clinica psichiatrica fino alle elaborazioni contemporanee della *clinical empathy* come strumento di ragionamento clinico (*Halpern 2003*). In questo senso, l'empatia non rappresenta soltanto un veicolo della relazione di cura, ma il “**bisturi**” stesso della pratica psichiatrica: lo strumento attraverso cui si discrimina la tristezza dalla melanconia, l'angoscia dalla paura, l'esperienza autentica dalla simulazione, e attraverso cui si costruisce quell'alleanza terapeutica da cui dipendono compliance ed efficacia del trattamento.

Ne consegue che il meccanismo di coping descritto in precedenza, se può apparire parzialmente funzionale nei contesti medici generali, si presenta più ambivalente nel

setting psichiatrico: la contrazione empatica, pur preservando l'umanizzazione complessiva e il funzionamento globale del professionista, rischia di compromettere proprio la capacità di lettura del vissuto del paziente da cui dipendono l'accuratezza diagnostica e l'efficacia dell'intervento. In psichiatria, la protezione delle risorse personali non può dunque avvenire al prezzo dell'erosione dello strumento che definisce l'identità stessa dell'esercizio professionale.

Proprio per evitare che questa difesa si irrigidisca in forme di deumanizzazione cronica, *Haque e Waytz (2012)* introducono il concetto di **empathic balance** (equilibrio empatico) come soluzione (*fix*). Con empathic balance si intende un equilibrio efficace tra l'empatia e la risoluzione cognitiva dei problemi con l'obiettivo finale che diventa lo sviluppo di un'**intelligenza pratica** che faccia acquisire ai professionisti sanitari la capacità di oscillare e calibrare intenzionalmente i due registri in base alle specifiche esigenze del contesto. Questo approccio consiste nel riorientare la formazione medica e infermieristica lontano da prescrizioni assolute a favore o contro l'empatia o la fredda oggettività cognitiva, poiché entrambe le modalità sono importanti in certi contesti ma ugualmente dannose in altri. Ad esempio, nell'ambito della salute mentale, tale bilanciamento si traduce nell'abilità di potenziare l'alleanza empatica e l'ascolto nei contesti terapeutici o nei colloqui a lungo termine, e di saper invece ridurre la reattività emotiva durante le crisi acute o le procedure d'emergenza. Questa modulazione dinamica scherma la funzionalità della cura e protegge l'integrità psichica dell'operatore, attivandosi come un vero e proprio regolatore prima che il costo dell'investimento affettivo superi la soglia di tollerabilità individuale e sfoci nel *burnout*.

La stabilità delle restanti dimensioni dell'HUMAS-I si presta anche a **letture alternative**. Non è detto che sia la riduzione della componente empatica a preservare le altre componenti della scala HUMAS. Potrebbero entrare in gioco altri fattori protettivi, ad esempio come visto nell'ipotesi due l'autoefficacia e regolazione emotiva. Questa dimensione potrebbe fungere da fattore protettivo delle altre componenti dell'HUMAS, assumendo un ruolo di risorsa personale capace di operare da cuscinetto emotivo (*buffer*) nei confronti delle domande emotive del lavoro sanitario (*Bandura 2004; Bakker e Demerouti 2017*).

Complessivamente il pattern che emerge dai risultati delle nostre analisi è quello di un'**umanizzazione resiliente**: il distress erode effettivamente la dimensione più direttamente esposta della relazione, l'empatia, ma incontra una struttura di risorse cognitive e operative sufficientemente solida da contenere la propagazione del costo emotivo verso le altre componenti del costrutto. La sfida formativa e organizzativa che comunque ne discende è quella di sostenere, nei professionisti della salute mentale, la competenza empatica quale presupposto irrinunciabile sia della qualità della cura sia della sostenibilità della pratica professionale, trovando soluzioni alternative volte sia alla gestione dello stress sia all'evitare l'erosione empatica.

4.4 Ipotesi 4

Prima di interpretare tale risultato, è utile inquadrarlo nel quadro complessivo della formazione ricevuta dal campione (*Tabella 7; Figura 9*). Nei tre anni precedenti la rilevazione, poco più della metà dei professionisti (55,7%; $n = 34/61$) aveva preso parte ad almeno un'attività formativa, mentre la maggioranza (65,6%; $n = 40/61$) aveva avuto accesso a forme di supervisione clinica. La distribuzione tra le diverse aree formative risulta tuttavia disomogenea: gli ambiti più presidiati sono la gestione delle emozioni (37,7%; $n = 23$) e la relazione terapeutica (32,8%; $n = 20$), mentre la formazione specificamente dedicata alla comunicazione empatica riguarda una quota nettamente minore di professionisti (14,8%; $n = 9$) e quella sulla salute mentale degli operatori risulta la meno diffusa in assoluto (9,8%; $n = 6$).

Proprio la formazione alla comunicazione empatica costituisce la variabile esaminata dall'ipotesi 4. L'analisi condotta per verificare l'ipotesi 4 ha restituito un risultato statisticamente significativo. I professionisti che avevano partecipato a percorsi formativi sulla comunicazione empatica negli ultimi tre anni riportavano un **punteggio HUMAS-I totale** medio sensibilmente più elevato rispetto ai colleghi non formati ($M = 76,89 \pm 4,57$ vs $M = 71,69 \pm 6,64$; $U = 123,5$; $p = ,025$), con un effect size moderato (rank-biserial correlation = 0,472). L'ipotesi trova quindi pieno supporto empirico, qualificando la formazione specifica come una variabile significativamente associata a più alti livelli di umanizzazione complessiva.

L'associazione tra formazione nella comunicazione empatica e punteggio HUMAS totale appare in continuità concettuale con i risultati delle precedenti ipotesi, rispetto ai quali rappresenta il naturale complemento operativo. Le prime tre ipotesi hanno infatti evidenziato una ricorrente vulnerabilità delle competenze umanizzanti; l'ipotesi 4 offre, per la prima volta, un'indicazione concreta sulla modificabilità di tali dinamiche.

In primo luogo, questo risultato permette di reinterpretare in chiave costruttiva il declino delle competenze relazionali associato all'avanzare dell'età (H1). L'erosione osservata nei professionisti senior non si configurerebbe come un processo ineluttabile legato all'invecchiamento, ma come un fenomeno legato alla distanza temporale dalla formazione di base. L'aggiornamento costante lungo la carriera può quindi costituire un argine concreto a tale flessione, colmando il divario formativo rispetto ai colleghi più giovani.

In secondo luogo, la formazione interviene efficacemente sul dualismo emerso tra i profili professionali (H2). Come documentato anche nel programma italiano PERCS-Italy (*Borghi et al. 2021*), gli interventi sulla comunicazione relazionale rispondono simultaneamente a due bisogni distinti: forniscono al personale infermieristico gli strumenti strutturati per rendere l'investimento empatico spontaneo più sostenibile e meno incline al burnout, e offrono ai medici psichiatri un correttivo contro il rischio di una regolazione emotiva iper-efficiente che possa sfociare in deumanizzazione difensiva.

Il legame teorico più profondo si stabilisce tuttavia con l'azione del distress intra-soggettivo (H3). Se il carico emotivo tende a erodere selettivamente la componente empatica della relazione, la formazione si inserisce come la principale leva modulabile per proteggere e ricostituire tale risorsa. I risultati del presente studio convergono con un solido filone di letteratura internazionale: lo studio randomizzato di *Riess et al. (2012)* ha dimostrato l'efficacia di protocolli brevi su base neuroscientifica nel migliorare l'empatia clinica, mentre successive revisioni e meta-analisi hanno confermato la replicabilità di tali incrementi quando i percorsi integrano metodologie esperienziali, role-play e simulazioni (*Kelm et al. 2014; Paulus e Meinken 2022*).

Sotto il profilo teorico, l'efficacia di questi interventi risiede nella capacità di tradurre l'orientamento interiore in comportamenti clinici osservabili, come l'ascolto attivo e la validazione delle emozioni. Tuttavia, storicamente la formazione del personale sanitario

si è eccessivamente focalizzata sulle sole tecniche comportamentali di ascolto (ossia *micro-skills*), le quali rischiano di tradursi in risposte artificiali che non catturano la dimensione genuinamente relazionale della cura. Come argomentato da *Williams e Stickley (2010)*, i percorsi più efficaci sono quelli che concepiscono l'empatia non come un'abilità da eseguire ma come un modo di essere da coltivare. Il loro modello pedagogico privilegia metodologie centrate sulla persona del curante: riflessione critica sulle proprie esperienze di vita, scrittura riflessiva, confronto narrativo all'interno di piccoli gruppi e ricorso a materiali tratti dalla letteratura e dalle arti, intesi come stimoli capaci di attivare il vissuto personale e generare una comprensione autentica dell'esperienza del paziente. È questo lavoro sulla persona del professionista, non solo sulle sue tecniche di interazione, a consentire l'emergere di una capacità empatica genuina. In questo modo, l'addestramento non si limita a insegnare una competenza tecnica, ma allena la qualità della presenza dell'operatore nel momento clinico, strutturando quella resilienza empatica necessaria per tollerare il distress senza ricorrere al distanziamento difensivo.

In quest'ottica, l'obiettivo ultimo della formazione non è incrementare l'empatia in senso assoluto, bensì renderla **governabile**: insegnare al professionista a riconoscere quando intensificare l'investimento relazionale e quando contenerlo. È, in termini formativi, l'*empathic balance* discusso a proposito dell'Ipotesi 3 (Haque e Waytz 2012): ciò che nella prospettiva teorica è un equilibrio da raggiungere, sul piano pedagogico diventa una competenza da allenare. Un percorso così concepito non si limita a contrastare l'erosione empatica, ma fornisce lo strumento per modulare consapevolmente la distanza relazionale, prevenendo tanto l'esaurimento da iper-coinvolgimento quanto il distanziamento difensivo — i due poli di rischio emersi, rispettivamente, nel profilo infermieristico e in quello medico (H2).

Due ulteriori considerazioni meritano di essere richiamate, perché contribuiscono a precisare il significato del dato osservato. La prima riguarda la **sostenibilità temporale** dell'effetto formativo: la letteratura sull' *empathy training* indica che gli incrementi di competenza ottenuti al termine degli interventi tendono a decadere progressivamente se non vengono sostenuti da sessioni di richiamo o da una pratica clinica strutturata in coerenza con i contenuti appresi.

Tale considerazione è rilevante per il presente studio, in cui la variabile esplicativa copre un arco di tre anni entro cui possono collocarsi sia esposizioni recenti sia attività più datate; il risultato osservato è dunque compatibile con un effetto cumulativo dell'investimento formativo, ma al tempo stesso suggerisce che la formazione sulla comunicazione empatica produca un impatto maggiore quando è concepita come processo continuativo e non come evento isolato. La seconda considerazione concerne la **dimensione collettiva** di tali percorsi: la partecipazione condivisa a momenti formativi favorisce, all'interno dell'équipe, lo sviluppo di un linguaggio relazionale comune e di pratiche di confronto sui casi difficili, contribuendo alla costruzione di una cultura della cura che trascende il singolo professionista e si traduce in modalità organizzative orientate alla centralità della persona. Il punteggio HUMAS-I, pur essendo somministrato a livello individuale, intercetta plausibilmente anche questa componente sistemica, e ciò può contribuire a spiegare la magnitudo dell'effetto osservato.

Infine, i dati di partecipazione descritti nella *Tabella 7* invitano a una riflessione di ordine pratico. Nei tre anni precedenti la rilevazione meno della metà del campione non aveva preso parte ad alcuna attività formativa, e le aree direttamente attinenti alla dimensione relazionale risultavano nettamente sottorappresentate: la formazione alla comunicazione empatica aveva coinvolto meno di un professionista su sette, e quella sulla salute mentale degli operatori meno di uno su dieci. Considerato che proprio la formazione alla comunicazione empatica si associa, nel presente campione, a livelli più elevati di umanizzazione, la sua scarsa diffusione segnala un margine di intervento ampio e in gran parte inutilizzato. Per i Dipartimenti di Salute Mentale ciò suggerisce l'opportunità di sostenere percorsi formativi più sistematici e continuativi in quest'area, anziché affidati a iniziative episodiche.

4.5 Limiti

I risultati del presente studio vanno interpretati alla luce di alcuni limiti che ne circoscrivono la portata.

Il primo e più rilevante è di natura metodologica e attiene al disegno trasversale. La rilevazione simultanea di tutte le variabili impedisce di stabilire relazioni di tipo causale e consente di documentare associazioni, non direzioni di influenza. Come già osservato a proposito dell'effetto dell'età (Ipotesi 1), tale disegno non permette ad esempio di distinguere tra l'effetto dell'età anagrafica, quello dell'anzianità di servizio e quello di coorte generazionale, fenomeni che risultano necessariamente confusi e che solo un disegno longitudinale potrebbe disgiungere.

Un secondo limite riguarda la numerosità campionaria. Il campione complessivo ($N = 61$) e, in particolare, i sottocampioni impiegati in alcune analisi, i 52 professionisti con dati HUMAS-I completi nel confronto tra figure professionali e, soprattutto, i soli 9 partecipanti con formazione specifica alla comunicazione empatica (Ipotesi 4), riducono la potenza statistica e la stabilità delle stime, rendendo le associazioni osservate più vulnerabili all'influenza di singoli casi. Tale limite impone particolare cautela nella generalizzazione del dato relativo alla formazione, che pur mostrando un effect size non trascurabile poggia su un gruppo di dimensioni esigue.

Un terzo limite concerne la rappresentatività del campione. Lo studio ha natura monocentrica, essendo stato condotto presso un unico Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, quello dell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia. I professionisti reclutati presentano inoltre livelli di umanizzazione complessivamente elevati, superiori a quelli riportati in campioni di riferimento, configurando un gruppo verosimilmente selezionato e non necessariamente rappresentativo della più ampia popolazione dei professionisti italiani della salute mentale. A ciò si aggiunge che lo strumento principale, la HUMAS-I, è stato validato esclusivamente su campioni infermieristici: la sua estensione alla componente psichiatrica, pur motivata dall'assenza di alternative validate in italiano, richiede che i risultati relativi ai medici siano letti con la dovuta prudenza.

Un ulteriore limite deriva dal ricorso a strumenti di autovalutazione (self-report). Le misure impiegate rilevano l'umanizzazione, il distress e le altre dimensioni così come

percepiti e dichiarati dal professionista, non attraverso l'osservazione diretta del comportamento clinico o la valutazione del paziente. Tali strumenti sono pertanto esposti al rischio di desiderabilità sociale e di varianza condivisa da metodo comune e il punteggio HUMAS-I riflette una competenza umanizzante autopercepita, che non necessariamente coincide con la qualità relazionale effettivamente esperita da chi riceve la cura.

Da questi elementi discende un'ultima, generale necessità di prudenza interpretativa. Le associazioni documentate sono di natura correlazionale e, in diversi casi, di entità modesta; vanno pertanto intese come indicazioni esplorative, utili a generare ipotesi e a orientare ricerche successive, più che come evidenze conclusive sui determinanti dell'umanizzazione della cura.

4.6 Prospettive future

I limiti delineati indicano al tempo stesso le direzioni più promettenti per la ricerca futura. La prima e più necessaria è l'adozione di disegni longitudinali. Seguire gli stessi professionisti nel tempo consentirebbe di distinguere ciò che il presente studio non può separare come l'effetto dell'età, quello dell'anzianità e quello di coorte, riprendendo l'esempio di prima, o di stabilire se la riduzione delle competenze relazionali e la sensibilità dell'empatia al distress rappresentino traiettorie evolutive reali piuttosto che differenze tra generazioni. Un disegno prospettico permetterebbe inoltre di verificare la direzione delle associazioni osservate, oggi solo ipotizzabile.

In secondo luogo, appare auspicabile l'estensione a campioni multicentrici e più ampi, che coinvolgano una pluralità di Dipartimenti di Salute Mentale e una distribuzione più equilibrata tra figure professionali. Un campione di questo tipo accrescerebbe la potenza statistica e la generalizzabilità dei risultati, e consentirebbe di verificare se il profilo di umanizzazione qui descritto si confermi anche in contesti con caratteristiche organizzative e livelli di base differenti inclusi, come ipotizzato nella discussione dell'Ipotesi 1, i setting a più elevata intensità emotiva e minore continuità relazionale.

Una terza direzione riguarda l'arricchimento metodologico della rilevazione. Poiché lo strumento impiegato coglie l'umanizzazione così come autopercepita dal professionista, studi futuri potrebbero affiancare alla misura *self-report* approcci di natura diversa, capaci

di restituire una rappresentazione più completa del fenomeno. Da un lato, l'integrazione di metodi qualitativi, quali interviste in profondità, *focus group* o analisi narrativa del vissuto professionale, consentirebbe di esplorare i significati e i meccanismi sottostanti alle associazioni qui documentate, che il dato quantitativo può solo segnalare. Dall'altro, l'inclusione di valutazioni provenienti dai destinatari della cura, attraverso misure di qualità della relazione terapeutica e di umanizzazione percepita dal paziente, permetterebbe di verificare in quale misura la competenza umanizzante dichiarata dal professionista corrisponda all'esperienza effettivamente vissuta da chi la riceve. La convergenza tra prospettiva dell'operatore, sguardo del paziente e osservazione del comportamento clinico costituirebbe il presupposto per una comprensione realmente multidimensionale dell'umanizzazione della cura.

Infine, i dati relativi alla formazione aprono la strada a studi specificamente orientati alla verifica di interventi formativi e organizzativi. Disegni controllati di tipo pre-post, idealmente randomizzati, potrebbero accertare l'effettiva efficacia dei percorsi di formazione alla comunicazione empatica e all'*empathic balance* nel sostenere l'umanizzazione della cura, distinguendone l'impatto a breve e a lungo termine. Parallelamente, l'introduzione e la valutazione di misure organizzative mirate, quali supervisione clinica strutturata, spazi di rielaborazione del vissuto emotivo, interventi sui fattori di sovraccarico, permetterebbe di chiarire in quale misura l'umanizzazione della cura possa essere attivamente promossa e tutelata, anziché semplicemente osservata.

5. CONCLUSIONI

Il presente studio si proponeva di descrivere il profilo di umanizzazione della cura in un campione di professionisti italiani della salute mentale e di identificare le caratteristiche individuali, professionali e formative a esso associate. I risultati restituiscono l'immagine di un campione caratterizzato da livelli di umanizzazione complessivamente elevati, all'interno del quale i fattori indagati incidono tuttavia in modo selettivo e non uniforme sulle diverse dimensioni del costrutto.

Il primo messaggio che emerge riguarda l'età: l'avanzare degli anni non rappresenta di per sé un fattore protettivo, ma si associa a una riduzione delle competenze relazionali e del punteggio complessivo di umanizzazione, mentre la capacità di sintonizzarsi con il vissuto del paziente si mantiene stabile. Il secondo riguarda le due figure professionali, che raggiungono livelli equivalenti di umanizzazione sostenendoli però attraverso economie emotive distinte: più onerosa e gravata da un carico emotivo maggiore nel personale infermieristico, più protetta da una regolazione emotiva strutturata in quello medico. Il terzo riguarda il rapporto tra carico emotivo e umanizzazione: il distress non erode il costrutto nel suo insieme, ma incide in modo specifico sulla sola componente empatica, lasciando intatte le dimensioni più cognitive e operative e delineando un profilo di umanizzazione resiliente. Il quarto e clinicamente più rilevante, riguarda la formazione alla comunicazione empatica, che si associa a livelli più elevati di umanizzazione complessiva e indica una via concreta e modificabile per sostenerla.

Considerati congiuntamente, questi risultati offrono un primo contributo empirico alla conoscenza dell'umanizzazione della cura nei professionisti italiani della salute mentale, popolazione finora sostanzialmente assente dalla letteratura, ed estendono per la prima volta l'impiego della HUMAS-I a un campione misto comprendente infermieri e medici psichiatri. Pur trattandosi di associazioni di natura correlazionale, fondate su un disegno trasversale e su una numerosità limitata, essi suggeriscono che l'umanizzazione non sia una disposizione stabile acquisita con l'esperienza, bensì una competenza vulnerabile al logoramento ma al tempo stesso sostenibile e coltivabile attraverso interventi formativi mirati.

La principale indicazione che ne discende, da confermare in studi longitudinali e multicentrici, è dunque l'opportunità di investire ed incrementare percorsi formativi strutturati e continuativi sulla comunicazione empatica e sulla regolazione emotiva, quali strumenti per preservare nel tempo la qualità della relazione terapeutica e, con essa, la sostenibilità stessa della pratica professionale nei servizi di salute mentale.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Angelone, Arianna, Roberto Latina, Giuliano Anastasi, et al. 2025. «The Italian Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale for Nursing». *Journal of Holistic Nursing* 43 (2): 121–33. <https://doi.org/10.1177/08980101241230289>.
2. Anthony, William A. 1993. «Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s.» *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4): 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
3. Bakker, Arnold B., e Evangelia Demerouti. 2017. «Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. » *Journal of Occupational Health Psychology* 22 (3): 273–85. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>.
4. Bandura, Albert. 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company. New York, NY.
5. Bandura, Albert. 2004. «Health Promotion by Social Cognitive Means». *Health Education & Behavior* 31 (2): 143–64. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>.
6. Bas-Sarmiento, Pilar, Martina Fernández-Gutiérrez, María Baena-Baños, Alba Correro-Bermejo, Pablo Sergio Soler-Martins, e Sonia De La Torre-Moyano. 2020. «Empathy Training in Health Sciences: A Systematic Review». *Nurse Education in Practice* 44 (marzo): 102739. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739>.
7. Bas-Sarmiento, Pilar, Martina Fernández-Gutiérrez, María Baena-Baños, e Jose Manuel Romero-Sánchez. 2017. «Efficacy of Empathy Training in Nursing Students: A Quasi-Experimental Study». *Nurse Education Today* 59 (dicembre): 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.012>.
8. Benedetti, Fabrizio. 2010. *The Patient's Brain: The neuroscience behind the doctor-patient relationship*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199579518.001.0001>.
9. Benner, Patricia E., e Patricia E. Benner. 1984. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley.

10. Benster, Lindsay L., Neal R. Swerdlow, e Department of Psychiatry, UCSD School of Medicine, 9500 Gilman Drive, La Jolla, CA 92093-0804, USA. 2020. «Pathways to empathy in mental health care providers». Tradotto da Department of Psychiatry USA UCSD School of Medicine, 9500 Gilman Drive, La Jolla, CA 92093-0804,. *Advances in Health and Behavior* 3 (1): 125–35. <https://doi.org/10.25082/AHB.2020.01.004>.
11. Borghi, Lidia, Elaine C. Meyer, Elena Vegni, Roberta Oteri, Paolo Almagioni, e Giulia Lamiani. 2021. «Twelve Years of the Italian Program to Enhance Relational and Communication Skills (PERCS)». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (2): 439. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020439>.
12. Boysen, Guy A., Raina A. Isaacs, Lori Tretter, e Sydnie Markowski. 2020. «Evidence for Blatant Dehumanization of Mental Illness and Its Relation to Stigma». *The Journal of Social Psychology* 160 (3): 346–56. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1671301>.
13. Busch, Isolde M., Francesca Moretti, Giulia Travaini, Albert W. Wu, e Michela Rimondini. 2019. «Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review». *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research* 12 (5): 461–74. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>.
14. Caesens, Gaëtane, e Florence Stinglhamber. 2019. «The Relationship Between Organizational Dehumanization and Outcomes: The Mediating Role of Emotional Exhaustion». *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 61 (9): 699. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001638>.
15. Cameron, C. Daryl, Lasana T. Harris, e B. Keith Payne. 2016. «The Emotional Cost of Humanity: Anticipated Exhaustion Motivates Dehumanization of Stigmatized Targets». *Social Psychological and Personality Science* 7 (2): 105–12. <https://doi.org/10.1177/1948550615604453>.
16. Cameron, C. Daryl, Cendri A. Hutcherson, Amanda M. Ferguson, Julian A. Scheffer, Eliana Hadjiandreou, e Michael Inzlicht. 2019. «Empathy Is Hard Work: People

- Choose to Avoid Empathy Because of Its Cognitive Costs.» *Journal of Experimental Psychology: General* 148 (6): 962–76. <https://doi.org/10.1037/xge0000595>.
17. Cecere, Luciano, Salvatore De Novellis, Agostino Gravante, et al. 2023. «Quality of Life of Critical Care Nurses and Impact on Anxiety, Depression, Stress, Burnout and Sleep Quality: A Cross-Sectional Study». *Intensive and Critical Care Nursing* 79 (dicembre): 103494. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103494>.
 18. Cheng, Yawei, Ching-Po Lin, Ho-Ling Liu, et al. 2007. «Expertise Modulates the Perception of Pain in Others». *Current Biology* 17 (19): 1708–13. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.09.020>.
 19. Choudhry, Niteesh K., Robert H. Fletcher, e Stephen B. Soumerai. 2005. «Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care». *Annals of Internal Medicine* 142 (4): 260–73. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-4-200502150-00008>.
 20. Christoff, Kalina. 2014. «Dehumanization in Organizational Settings: Some Scientific and Ethical Considerations». *Frontiers in Human Neuroscience* 8 (settembre). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00748>.
 21. Decety, Jean. 2020. «Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It». *The American Journal of Medicine* 133 (5): 561–66. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>.
 22. Decety, Jean, e Philip L. Jackson. 2004. «The Functional Architecture of Human Empathy». *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews* 3 (2): 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>.
 23. Delgado, Cynthia, Michael Roche, Judith Fethney, e Kim Foster. 2021. «Mental Health Nurses' Psychological Well-being, Mental Distress, and Workplace Resilience: A Cross-sectional Survey». *International Journal of Mental Health Nursing* 30 (5): 1234–47. <https://doi.org/10.1111/inm.12874>.
 24. Edward, Karen-leigh, Gylo Hercelinskyj, e Jo-Ann Giandinoto. 2017. «Emotional Labour in Mental Health Nursing: An Integrative Systematic Review». *International*

- Journal of Mental Health Nursing* 26 (3): 215–25.
<https://doi.org/10.1111/inm.12330>.
25. Engel, George L. 1977. «The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine». *Science* 196 (4286): 129–36.
<https://doi.org/10.1126/science.847460>.
26. Fiorillo, Andrea, e Antonio Ventriglio. 2018. «The legacy of Italian psychiatry». *International Review of Psychiatry* 30 (2): 118–19.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1435771>.
27. Fiske, Susan T., Amy J. C. Cuddy, Peter Glick, e Jun Xu. 2002. «A Model of (Often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow from Perceived Status and Competition.» *Journal of Personality and Social Psychology* 82 (6): 878–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>.
28. Flückiger, Christoph, A. C. Del Re, Bruce E. Wampold, e Adam O. Horvath. 2018. «The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis.» *Psychotherapy* 55 (4): 316–40. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>.
29. Fontesse, Sullivan, Ximena Rimez, e Pierre Maurage. 2021. «Stigmatization and Dehumanization Perceptions towards Psychiatric Patients among Nurses: A Path-Analysis Approach». *Archives of Psychiatric Nursing* 35 (2): 153–61.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.005>.
30. Foot, John. 2014. «Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78». *Critical and Radical Social Work* 2 (2): 235–49.
<https://doi.org/10.1332/204986014X14002292074708>.
31. Fox, Michael D., Abraham Z. Snyder, Justin L. Vincent, Maurizio Corbetta, David C. Van Essen, e Marcus E. Raichle. 2005. «The Human Brain Is Intrinsically Organized into Dynamic, Anticorrelated Functional Networks». *Proceedings of the National Academy of Sciences* 102 (27): 9673–78.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0504136102>.
32. Galeazzi, Gian Maria, Sara Delmonte, Walid Fakhoury, e Stefan Priebe. 2004. «Morale of Mental Health Professionals in Community Mental Health Services of a

- Northern Italian Province». *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 13 (3): 191–97.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00003456>.
33. Gleichgerrcht, Ezequiel, e Jean Decety. 2013. «Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians». *PLoS ONE* 8 (4): e61526.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>.
 34. «Global, Regional, and National Burden of 12 Mental Disorders in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019». 2022. *The Lancet Psychiatry* 9 (2): 137–50.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3).
 35. Gray, Heather M., Kurt Gray, e Daniel M. Wegner. 2007. «Dimensions of Mind Perception». *Science* 315 (5812): 619–619.
<https://doi.org/10.1126/science.1134475>.
 36. Gross, James J. 1998. «The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review». *Review of General Psychology* 2 (3): 271–99.
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>.
 37. Halpern, Jodi. 2003. «What Is Clinical Empathy?» *Journal of General Internal Medicine* 18 (8): 670–74. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>.
 38. Hammarström, Lars, Marie Häggström, Siri Andreassen Devik, e Ove Hellzen. 2019. «Controlling Emotions—Nurses’ Lived Experiences Caring for Patients in Forensic Psychiatry». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 14 (1): 1682911. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1682911>.
 39. Hanrahan, Nancy P., Linda H. Aiken, Lakeetra McClaine, e Alexandra L. Hanlon. 2010. «Relationship between Psychiatric Nurse Work Environments and Nurse Burnout in Acute Care General Hospitals». *Issues in Mental Health Nursing* 31 (3): 198–207. <https://doi.org/10.3109/01612840903200068>.
 40. Haque, Omar Sultan, e Adam Waytz. 2012. «Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions». *Perspectives on Psychological Science* 7 (2): 176–86.
<https://doi.org/10.1177/1745691611429706>.

41. Harris, Lasana T., e Susan T. Fiske. 2006. «Dehumanizing the Lowest of the Low: Neuroimaging Responses to Extreme Out-Groups». *Psychological Science* 17 (10): 847–53.
42. Haslam, Nick. 2006. «Dehumanization: An Integrative Review». *Personality and Social Psychology Review* 10 (3): 252–64. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4.
43. Haslam, Nick. 2024. «Dehumanization and mental health». *World Psychiatry* 23 (2): 173–74. <https://doi.org/10.1002/wps.21186>.
44. Haslam, Nick, e Steve Loughnan. 2014. «Dehumanization and Infrahumanization». *Annual Review of Psychology* 65 (Volume 65, 2014): 399–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045>.
45. Hojat, Mohammadreza. 2007. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer Science & Business Media.
46. Hojat, Mohammadreza, Joseph S. Gonnella, Salvatore Mangione, Thomas J. Nasca, e Mike Magee. 2003. «Physician Empathy in Medical Education and Practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy». *Seminars in Integrative Medicine* 1 (1): 25–41. [https://doi.org/10.1016/S1543-1150\(03\)00002-4](https://doi.org/10.1016/S1543-1150(03)00002-4).
47. Hojat, Mohammadreza, Joseph S. Gonnella, Thomas J. Nasca, Salvatore Mangione, Michael Vergare, e Michael Magee. 2002. «Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty». *American Journal of Psychiatry* 159 (9): 1563–69. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>.
48. Hojat, Mohammadreza, Michael J. Vergare, Kaye Maxwell, et al. 2009. «The Devil Is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School»: *Academic Medicine* 84 (9): 1182–91. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>.
49. Hunsaker, Stacie, Hsiu-Chin Chen, Dale Maughan, e Sondra Heaston. 2015. «Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and

- Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses». *Journal of Nursing Scholarship* 47 (2): 186–94. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>.
50. Huys, Quentin J. M., Tiago V. Maia, e Michael J. Frank. 2016. «Computational Psychiatry as a Bridge from Neuroscience to Clinical Applications». *Nature Neuroscience* 19 (3): 404–13. <https://doi.org/10.1038/nn.4238>.
 51. Jack, Anthony I., Abigail J. Dawson, e Megan E. Norr. 2013. «Seeing Human: Distinct and Overlapping Neural Signatures Associated with Two Forms of Dehumanization». *NeuroImage* 79 (ottobre): 313–28. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.04.109>.
 52. Jenkins, Tom A., Morgan Robison, e Thomas E. Joiner. 2023. «Dehumanization and Mental Health: Clinical Implications and Future Directions». *Current Opinion in Behavioral Sciences* 50 (aprile): 101257. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101257>.
 53. Kelley, John M., Gordon Kraft-Todd, Lidia Schapira, Joe Kossowsky, e Helen Riess. 2014. «The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials». *PLoS ONE* 9 (4): e94207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>.
 54. Kelm, Zak, James Womer, Jennifer K. Walter, e Chris Feudtner. 2014. «Interventions to Cultivate Physician Empathy: A Systematic Review». *BMC Medical Education* 14 (1): 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>.
 55. Khatri, Utsha G., M. Kit Delgado, Eugenia South, e Ari Friedman. 2022. «Racial Disparities in the Management of Emergency Department Patients Presenting with Psychiatric Disorders». *Annals of Epidemiology* 69 (maggio): 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.02.003>.
 56. Koutsouleris, Nikolaos, Tobias U. Hauser, Vasilisa Skvortsova, e Munmun De Choudhury. 2022. «From Promise to Practice: Towards the Realisation of AI-Informed Mental Health Care». *The Lancet Digital Health* 4 (11): e829–40. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(22\)00153-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(22)00153-4).

57. Kozak, Megan N., Abigail A. Marsh, e Daniel M. Wegner. 2006. «What Do i Think You're Doing? Action Identification and Mind Attribution.» *Journal of Personality and Social Psychology* 90 (4): 543–55. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.4.543>.
58. Kteily, Nour, Gordon Hodson, e Emile Bruneau. 2016. «They See Us as Less than Human: Metadehumanization Predicts Intergroup Conflict via Reciprocal Dehumanization.» *Journal of Personality and Social Psychology* 110 (3): 343–70. <https://doi.org/10.1037/pspa0000044>.
59. Lammers, Joris, e Diederik A. Stapel. 2011. «Power Increases Dehumanization». *Group Processes & Intergroup Relations* 14 (1): 113–26. <https://doi.org/10.1177/1368430210370042>.
60. Leamy, Mary, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams, e Mike Slade. 2011. «Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis». *British Journal of Psychiatry* 199 (6): 445–52. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
61. Lee, Ji Su, Mi Heui Jang, e Min Jung Sun. 2024. «Factors Influencing Person-Centered Care Among Psychiatric Nurses in Hospitals». *Healthcare* 12 (22): 2269. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222269>.
62. Leyens, J. P., A. R. Perez, R. R. Torres, et al. 2001. *Psychological Essentialism and the Differential Attribution of Uniquely Human Emotions to Ingroups and Outgroups*. <https://doi.org/10.1002/ejsp.50>.
63. Leyens J., Ph, S. Demoulin, Jeroen Andre' Filip Vaes, R. Gaunt, e M. P. Paladino. 2007. *Infra-Humanization: The Wall of Group Differences*. <https://www.research.unipd.it/handle/11577/1777233>.
64. López-López, Isabel María, José Luis Gómez-Urquiza, Gustavo Raúl Cañadas, Emilia Inmaculada De la Fuente, Luis Albendín-García, e Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente. 2019. «Prevalence of Burnout in Mental Health Nurses and Related Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis». *International Journal of Mental Health Nursing* 28 (5): 1035–44. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>.

65. López-López, Isabel María, José Luis Gómez-Urquiza, Gustavo Raúl Cañadas, Emilia Inmaculada De La Fuente, Luis Albendín-García, e Guillermo Arturo Cañadas-De La Fuente. 2019. «Prevalence of Burnout in Mental Health Nurses and Related Factors: A Systematic Review and Meta-analysis». *International Journal of Mental Health Nursing* 28 (5): 1035–44. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>.
66. Martinez, Andres G., Paul K. Piff, Rodolfo Mendoza-Denton, e Stephen P. Hinshaw. 2011. «The Power of a Label: Mental Illness Diagnoses, Ascribed Humanity, and Social Rejection». *Journal of Social and Clinical Psychology* 30 (1): 1–23. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.1.1>.
67. Maslach, Christina, e Michael P. Leiter. 2016. «Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry». *World Psychiatry* 15 (2): 103–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>.
68. Meneses-La-Riva, Monica Elisa, Josefina Amanda Suño-Vega, e Víctor Hugo Fernández-Bedoya. 2021. «Humanized Care From the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles». *Frontiers in Public Health* 9 (dicembre): 737506. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>.
69. Messinger, Atara, e Sunit Das. 2023. «Erosion of the ‘Ethical’ Doctor-Patient Relationship and the Rise of Physician Burn-Out». Original Research. *Medical Humanities* 49 (3): 390–95. <https://doi.org/10.1136/medhum-2022-012506>.
70. Molero Jurado, María Del Mar, Iván Herrera-Peco, María Del Carmen Pérez-Fuentes, et al. 2021. «Communication and Humanization of Care: Effects over Burnout on Nurses». *PLOS ONE* 16 (6): e0251936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>.
71. Newton-Howes, Giles, e Richard Mullen. 2011. «Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes». *Psychiatric Services* 62 (5): 465–70. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0465.
72. Ostrom, Thomas M., e Constantine Sedikides. 1992. «Out-group homogeneity effects in natural and minimal groups». *Psychological Bulletin* (US) 112 (3): 536–52. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.3.536>.

73. Paulus, Christoph M., e Saskia Meinken. 2022. «The effectiveness of empathy training in health care: a meta-analysis of training content and methods». *International Journal of Medical Education* 13 (gennaio): 1–9. <https://doi.org/10.5116/ijme.61d4.4216>.
74. Pérez-Fuentes, María Del Carmen, Iván Herera-Peco, María Del Mar Molero Jurado, Nieves Fátima Oropesa Ruiz, Diego Ayuso-Murillo, e José Jesús Gázquez Linares. 2019. «The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (20): 3999. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203999>.
75. Priebe, Stefan, e Rosemarie McCabe. 2008. «Therapeutic Relationships in Psychiatry: The Basis of Therapy or Therapy in Itself?». *International Review of Psychiatry* 20 (6): 521–26. <https://doi.org/10.1080/09540260802565257>.
76. Riess, Helen, John M. Kelley, Robert W. Bailey, Emily J. Dunn, e Margot Phillips. 2012. «Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum». *Journal of General Internal Medicine* 27 (10): 1280–86. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2063-z>.
77. Román-Sánchez, Daniel, Anna Bocchino, José Luis Palazón-Fernández, et al. 2025. «Empathy, Burnout, and Attitudes Toward Patients with Mental Disorders Among Mental Health Nurse Residents in Spain: A Cross-Sectional Study». *Nursing Reports* 15 (11): 381. <https://doi.org/10.3390/nursrep15110381>.
78. Sampogna, Gaia, Valeria Del Vecchio, Corrado De Rosa, et al. 2021. «Community Mental Health Services in Italy». *Consortium Psychiatricum* 2 (2): 86–92. <https://doi.org/10.17816/CP76>.
79. Sass, Louis A. 2007. «'Schizophrenic Person' or 'Person with Schizophrenia'?»: An Essay on Illness and the Self». *Theory & Psychology* 17 (3): 395–420. <https://doi.org/10.1177/0959354307073152>.
80. Shamay-Tsoory, Simone G. 2011. «The Neural Bases for Empathy». *The Neuroscientist* 17 (1): 18–24. <https://doi.org/10.1177/1073858410379268>.

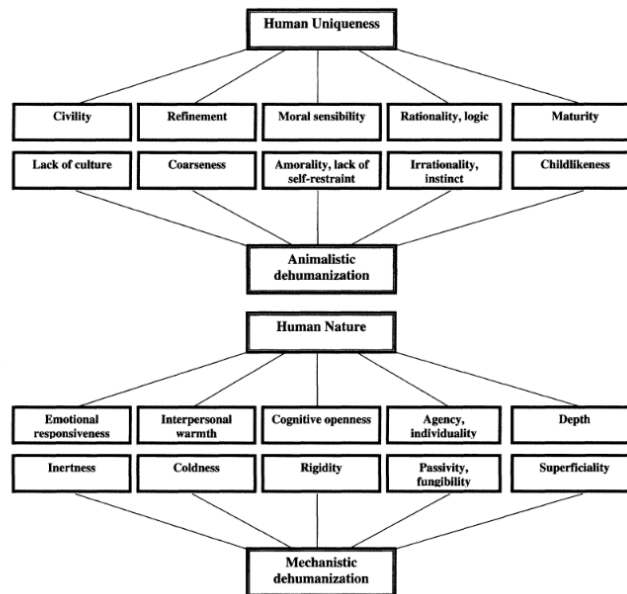
81. Slade, Mike. 2009. *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Values-Based Practice. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>.
82. Todres, Les, Kathleen T. Galvin, e Immy Holloway. 2009. «The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research». *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 4 (2): 68–77. <https://doi.org/10.1080/17482620802646204>.
83. Vaes, Jeroen, e Martina Muratore. 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): 180–90. <https://doi.org/10.1111/bjso.12008>.
84. Watson. 2018. *Jean Watson: Theory of Human Caring*. gennaio 5.
85. Waytz, Adam, Kurt Gray, Nicholas Epley, e Daniel M. Wegner. 2010. «Causes and Consequences of Mind Perception». *Trends in Cognitive Sciences* 14 (8): 383–88. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.05.006>.
86. Wilkinson, Helen, Richard Whittington, Lorraine Perry, e Catrin Eames. 2017. «Examining the Relationship between Burnout and Empathy in Healthcare Professionals: A Systematic Review». *Burnout Research* 6 (settembre): 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>.
87. Williams, Julia, e Theodore Stickley. 2010. «Empathy and nurse education». *Nurse Education Today* 30 (8): 752–55. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>.

7. APPENDICE

Tabella 1. Processi di recovery: frequenza di identificazione negli studi inclusi (N = 87 studi) — versione italiana

Processi di recovery	N (%) su 87 studi
<i>Nota. I dati si riferiscono al numero e alla percentuale di studi (su 87 totali) che identificano ciascun processo come rilevante per il recovery.</i>	
Categoria 1: Connessione (Connectedness)	75 (86%)
Supporto tra pari e gruppi di supporto (peer support and support groups)	39 (45%)
Relazioni interpersonali (relationships)	33 (38%)
Supporto da parte degli altri (support from others)	53 (61%)
Appartenenza alla comunità (being part of the community)	35 (40%)
Categoria 2: Speranza e ottimismo verso il futuro (Hope and optimism about the future)	69 (79%)
Credenza nella possibilità di guarigione (belief in possibility of recovery)	30 (34%)
Motivazione al cambiamento (motivation to change)	15 (17%)
Relazioni che ispirano speranza (hope-inspiring relationships)	12 (14%)
Pensiero positivo e valorizzazione dei successi (positive thinking and valuing success)	10 (11%)
Avere sogni e aspirazioni (having dreams and aspirations)	7 (8%)
Categoria 3: Identità (Identity)	65 (75%)
Dimensioni dell'identità (dimensions of identity)	8 (9%)
Ricostruzione/ridefinizione di un senso positivo di sé (rebuilding/redefining positive sense of identity)	57 (66%)
Superamento dello stigma (overcoming stigma)	40 (46%)
Categoria 4: Significato nella vita (Meaning in life)	59 (66%)
Significato attribuito all'esperienza di malattia mentale (meaning of mental illness experiences)	30 (34%)
Spiritualità (spirituality)	6 (41%)
Qualità della vita (quality of life)	57 (65%)
Vita significativa e ruoli sociali (meaningful life and social roles)	40 (46%)
Vita significativa e obiettivi sociali (meaningful life and social goals)	15 (17%)
Ricostruzione della vita (rebuilding life)	19 (22%)
Categoria 5: Empowerment	79 (91%)
Responsabilità personale (personal responsibility)	79 (91%)
Controllo sulla propria vita (control over life)	78 (90%)
Valorizzazione dei propri punti di forza (focusing upon strengths)	14 (16%)
<i>Nota. Fonte: Leamy et al. (2011). Le categorie rappresentano i cinque domini del modello CHIME del recovery orientato alla persona.</i>	

Figura 1. Legami proposti tra le concezioni della natura umana e le corrispondenti forme di deumanizzazione



Nota. Adattato da Haslam (2006). HU = Human Uniqueness; HN = Human Nature. Le qualità positive (in alto per ciascuna dimensione) rappresentano gli attributi la cui negazione dà origine alle rispettive forme di deumanizzazione.

Tabella 2. Caratteristiche specifiche dell'empatia e della simpatia

Feature	Empathy	Sympathy
<i>Nota. Adattato da Hojat (2007). * Fonte: Hojat M. Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York, NY: Springer; 2007. Riprodotto con permesso di Springer.</i>		
Contribution of learning	More significant	Less significant
Contribution of cognition	More significant	Less significant
Contribution of affects	Less significant	More significant
Contribution of innate or genetic factors	Less innate	More innate
Objectivity versus subjectivity	More objective	More subjective
Likelihood of accuracy	More accurate	Less accurate
Behavioral roots	Advanced	Primitive
Required efforts	More effortful	More effortless
Relation to clinician's performance	Linear	Inverted U shape
Reaction time	Nonspontaneous	Spontaneous
Patient's emotions	Appreciated without joining	Perceived by joining
Feeling felt	The kind and quality of the patient's feelings	The degree and quantity of the feelings
Brain processing area	Predominantly neocortex	Predominantly limbic system
Psychological regulatory process	Appraisal	Arousal

Feature	Empathy	Sympathy
Psychophysiological state	Energy conserving	Energy consuming
Behavioral motivation	Altruistic	Egoistic
State of mind	Intellectual	Emotional
Effect on caregiver	Personal growth, career satisfaction	Exhaustion, fatigue, burnout
Typical expression to patient	I understand your suffering	I feel your pain
Key mental processing mechanism	Cognitive/intellectual/understanding	Affective/emotional/feeling
Nota. Fonte: Hojat M. <i>Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes</i> . New York, NY: Springer; 2007. © 2007 Riprodotto con permesso di Springer.		

Tabella 3. Scala HUMAS-I – Items e formato di risposta

N.	Affermazione	1	2	3	4	5
Scala di risposta: 1 = Mai • 2 = Raramente • 3 = A volte • 4 = Spesso • 5 = Sempre						
1.	Confido nel futuro con entusiasmo	1	2	3	4	5
2.	In generale, sono soddisfatto di me stesso	1	2	3	4	5
3.	Dinnanzi alle difficoltà, confido nel fatto che alla fine tutto andrà bene	1	2	3	4	5
4.	Quando assisto i miei pazienti, cerco di mettermi nei loro panni	1	2	3	4	5
5.	Offro un trattamento vicino al paziente o ai suoi familiari, se lo necessitano	1	2	3	4	5
6.	Mi preoccupa di tranquillizzare i pazienti e i familiari, dato che considero ciò una parte importante del mio lavoro di assistenza	1	2	3	4	5
7.	Quando mi trattano male, provo a comprenderne i motivi e continuo ad avvicinarmi positivamente a questa persona	1	2	3	4	5
8.	Quando qualcuno non mi piace, mi sforzo di comprenderlo e di dargli un'opportunità per conoscerlo	1	2	3	4	5
9.	Quando qualcuno mi disobbedisce o contrasta, tendo ad analizzare la situazione per giustificare in maniera razionale la sua condotta	1	2	3	4	5
10.	Sono capace di discernere gli sbagli d'umore degli altri e comportarmi di conseguenza	1	2	3	4	5
11.	Sono soddisfatto di quello che faccio e di come lo faccio	1	2	3	4	5
12.	Sono capace di distinguere i miei stati d'animo e comportarmi di conseguenza	1	2	3	4	5
13.	Credo di essere preparato ad affrontare qualsiasi situazione lavorativa con un buon esito	1	2	3	4	5

N.	Affermazione	1	2	3	4	5
14.	Sento di avere una gran capacità di percepire quando un paziente non sta ricevendo le adeguate attenzioni	1	2	3	4	5
15.	Quando svolgo la mia professione di solito tendono a manifestarsi sentimenti di ansia/angoscia/stress	1	2	3	4	5
16.	Mi sento agitato quando assisto i miei pazienti	1	2	3	4	5
17.	Quando lavoro ci sono occasioni in cui mi sento spaventato	1	2	3	4	5
18.	Come professionista ci sono situazioni delle quali mi sento responsabile	1	2	3	4	5
19.	Mi sento coinvolto quando assisto i miei pazienti	1	2	3	4	5
Nota. HUMAS-I = Humanization-Dehumanization Scale for Healthcare Professionals. La scala misura atteggiamenti di umanizzazione o deumanizzazione nella pratica professionale.						

Tabella 4. Scheda socio-demografica – Struttura e opzioni di risposta

Domanda / Variabile	Opzioni di risposta
Nota. CSM = Centro di Salute Mentale; SPDC = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Le opzioni separate da “/” indicano risposta a scelta singola.	
Età	22–27 / 28–33 / 34–39 / 40–45 / 46–51 / 52–57 / 58–63 / > 63
Sesso alla nascita	M / F
Identità di genere	Maschile / Femminile / Non binario – altra identità di genere / Preferisco non rispondere
Livello di istruzione (titolo più elevato conseguito)	Laurea triennale / Laurea Magistrale / Laurea Magistrale a Ciclo Unico / Specializzazione Medica / Uno o più master / Dottorato di ricerca
Ruolo professionale	Medico psichiatra / Infermiere/a
Dove svolge attualmente la sua attività professionale?	CSM / SPDC
Dipartimento di Salute Mentale di appartenenza	Modena / Parma / Reggio Emilia
Tipo di contratto	Tempo indeterminato / Tempo determinato / Altro (specificare: _____)
Anzianità di servizio nella salute mentale (in anni e mesi)	_____
Anzianità presso la sede attuale (in anni e mesi)	_____
Orario di lavoro settimanale medio (in ore)	_____

Domanda / Variabile	Opzioni di risposta
Ha ricevuto negli ultimi 3 anni una formazione specifica su:	Relazione terapeutica / Gestione delle emozioni / Comunicazione empatica / Salute mentale dei professionisti sanitari / Nessuna delle precedenti
Sta partecipando a supervisioni individuali o di équipe?	Sì / No
Questa domanda ha il solo scopo di verificare che non stia rispondendo in modo automatico al questionario. Le chiediamo cortesemente di scegliere la risposta: “Raramente”	Mai / Raramente / Qualche volta / Spesso / Sempre
<i>Nota. L'ultima domanda è una domanda di controllo (attention check) inserita per verificare la qualità delle risposte al questionario.</i>	

Tabella 5. Caratteristiche sociodemografiche e professionali del campione (N = 61)

Variabile	Categoria	N	%
<i>Nota. N = numero di partecipanti; % = percentuale sul totale del campione (N = 61).</i>			
Sesso	Femminile	44	72,1
	Maschile	17	27,9
Fascia d'età (anni)	22–27	2	3,3
	28–33	3	4,9
	34–39	2	3,3
	40–45	5	8,2
	46–51	10	16,4
	52–57	24	39,3
	58–63	11	18,0
	≥ 64	4	6,6
Titolo di studio	Laurea triennale	18	29,5
	Laurea magistrale	19	31,1
	Specializzazione medica	12	19,7
	Master universitario	9	14,8
	Altro	3	4,9
Professione	Infermiere/a	42	68,9
	Medico psichiatra	19	31,1
Sede di lavoro	CSM	52	85,2

Variabile	Categoria	N	%
	SPDC	9	14,8

Nota. CSM = Centro di Salute Mentale; SPDC = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Tabella 6. Statistiche descrittive delle variabili lavorative continue (N = 61)

Variabile	Media (DS)	Range
<i>Nota. DS = deviazione standard. N = 61.</i>		
Mesi di lavoro in salute mentale	197,6 (120,1)	12–379
Mesi di anzianità nella sede attuale	126,5 (98,35)	12–340
Ore lavorative settimanali	35,30 (7,54)	18–48
<i>Nota. DS = deviazione standard.</i>		

Tabella 7. Partecipazione ad attività formative e supervisione negli ultimi tre anni (N = 61)

Tipo di formazione / supporto	Sì – N (%)	No – N (%)
<i>Nota. N = numero di partecipanti; % = percentuale sul totale del campione (N = 61). Le categorie di formazione non sono mutualmente esclusive.</i>		
Relazione terapeutica	20 (32,8%)	41 (67,2%)
Gestione delle emozioni	23 (37,7%)	38 (62,3%)
Comunicazione empatica	9 (14,8%)	52 (85,2%)
Salute mentale dei professionisti	6 (9,8%)	55 (90,2%)
Almeno una formazione (totale)	34 (55,7%)	27 (44,3%)
Supervisione clinica	40 (65,6%)	21 (34,4%)
<i>Nota. La voce “Almeno una formazione (totale)” indica i partecipanti che hanno svolto almeno una delle attività formative elencate. La supervisione clinica include sia la supervisione individuale sia quella di équipe.</i>		

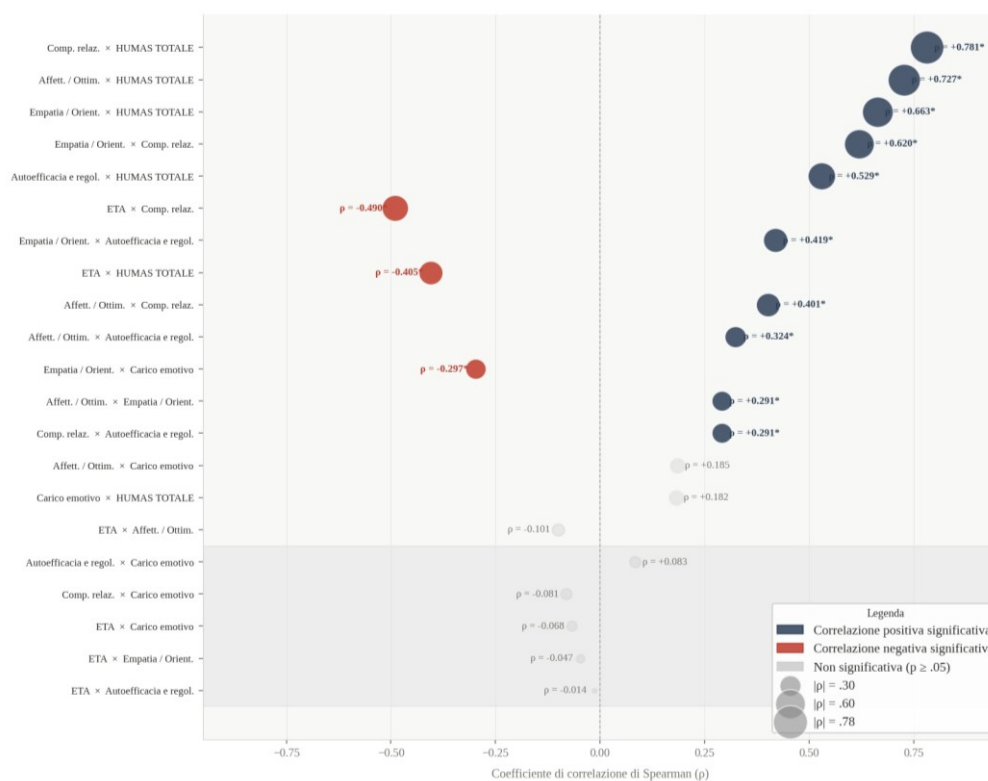
Tabella 8. Correlazioni di Spearman tra ETA e sottoscale/punteggio totale HUMAS

Variabile 1		Variabile 2	Spearman's rho	p	Lower 95% CI	Upper 95% CI
<i>Nota. I valori degli intervalli di confidenza non erano disponibili nell'output originale. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.</i>						
ETA	–	HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	–0.101	.438		
ETA	–	HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	–0.047	.722		

Variabile 1		Variabile 2	Spearman's rho	p	Lower 95% CI	Upper 95% CI
ETA	–	HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	–0.490***	< .001		
ETA	–	HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	–0.014	.914		
ETA	–	HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	–0.068	.600		
ETA	–	HUMAS TOTALE	–0.405**	.001		
HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	–	HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	0.291*	.023		
HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	–	HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	0.401**	.001		
HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	–	HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	0.324*	.011		
HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	–	HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	0.185	.153		
HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	–	HUMAS TOTALE	0.727***	< .001		
HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	–	HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	0.620***	< .001		
HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	–	HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	0.419***	< .001		
HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	–	HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	–0.297*	.020		
HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	–	HUMAS TOTALE	0.663***	< .001		
HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	–	HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	0.291*	.023		
HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	–	HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	–0.081	.537		
HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	–	HUMAS TOTALE	0.781***	< .001		
HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	–	HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	0.083	.525		
HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	–	HUMAS TOTALE	0.529***	< .001		
HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	–	HUMAS TOTALE	0.182	.161		
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$						

Nota. HUMAS = Humanization-Dehumanization Scale. Le correlazioni sono state calcolate mediante il coefficiente ρ di Spearman. $N = 61$

Figura 6. Bubble chart delle correlazioni di Spearman ordinate per intensità decrescente ($|\rho|$)



Nota. Le coppie sono ordinate dalla correlazione più intensa (in alto) a quella più debole (in basso). La dimensione di ciascuna bolla è proporzionale a $|\rho|$. Le coppie non significative ($p \geq .05$) sono rappresentate in grigio sbiadito. * $p < .05$. $N = 61$.

Tabella 9. Test di Mann-Whitney U – Confronto tra Infermieri e Psichiatri sulle sottoscale HUMAS

Sottoscala HUMAS	U	p	Rank-Biserial r	SE Rank-Biserial r
Nota. Test di Mann-Whitney U. L'effect size è espresso mediante la correlazione rank-biserial. Gruppo 1 = Infermieri ($n = 33$), Gruppo 2 = Psichiatri ($n = 19$).				
HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	355.0	.425	−0.132	0.166
HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	213.5	.055	0.319	0.166
HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	356.5	.406	−0.137	0.166
HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	201.0	.026	0.359	0.166
HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	511.0	<.001	−0.630	0.166
HUMAS TOTALE	386.5	.166	−0.233	0.166
* $p < .05$. Valori p significativi in grassetto. Test a due code.				

Tabella 10. Statistiche descrittive per gruppo (Infermieri vs. Psichiatri)

Sottoscala HUMAS	Gruppo	N	M	DS	SE	CV	Mean Rank	Sum Rank
<i>Nota. M = Media; DS = Deviazione Standard; SE = Errore Standard; CV = Coefficiente di Variazione. Gruppo 1 = Infermieri (n = 33); Gruppo 2 = Psichiatri (n = 19).</i>								
HUMAS Affettività positiva / Ottimismo	1	33	18.12	2.434	0.424	0.134	27.76	916.0
	2	19	17.74	1.939	0.445	0.109	24.32	462.0
HUMAS Empatia / Orientamento al paziente	1	33	20.61	1.749	0.304	0.085	23.47	774.5
	2	19	21.58	2.317	0.532	0.107	31.76	603.5
HUMAS Competenze relazionali / Comprensione degli altri	1	33	16.09	2.283	0.397	0.142	27.80	917.5
	2	19	15.16	2.588	0.594	0.171	24.24	460.5
HUMAS Autoefficacia e regolazione emotiva	1	33	11.58	1.032	0.180	0.089	23.09	762.0
	2	19	12.21	0.918	0.211	0.075	32.42	616.0
HUMAS Carico emotivo negativo (Distress)	1	33	12.00	1.479	0.257	0.123	32.48	1072.0
	2	19	9.632	2.432	0.558	0.252	16.11	306.0
HUMAS TOTALE	1	33	74.91	5.329	0.928	0.071	28.71	947.5
	2	19	72.74	5.425	1.245	0.075	22.66	430.5
<i>Nota. Gruppo 1 = Infermieri; Gruppo 2 = Medici Psichiatri.</i>								

Nota generale. HUMAS = Humanization-Dehumanization Scale. Il confronto è stato condotto mediante il test non parametrico di Mann-Whitney U, in quanto la maggior parte delle variabili non soddisfaceva il criterio di normalità (test di Shapiro-Wilk, $p < .05$).

Tabella 11. Test di Mann-Whitney U: Formazione sulla Comunicazione Empatica e HUMAS Totale

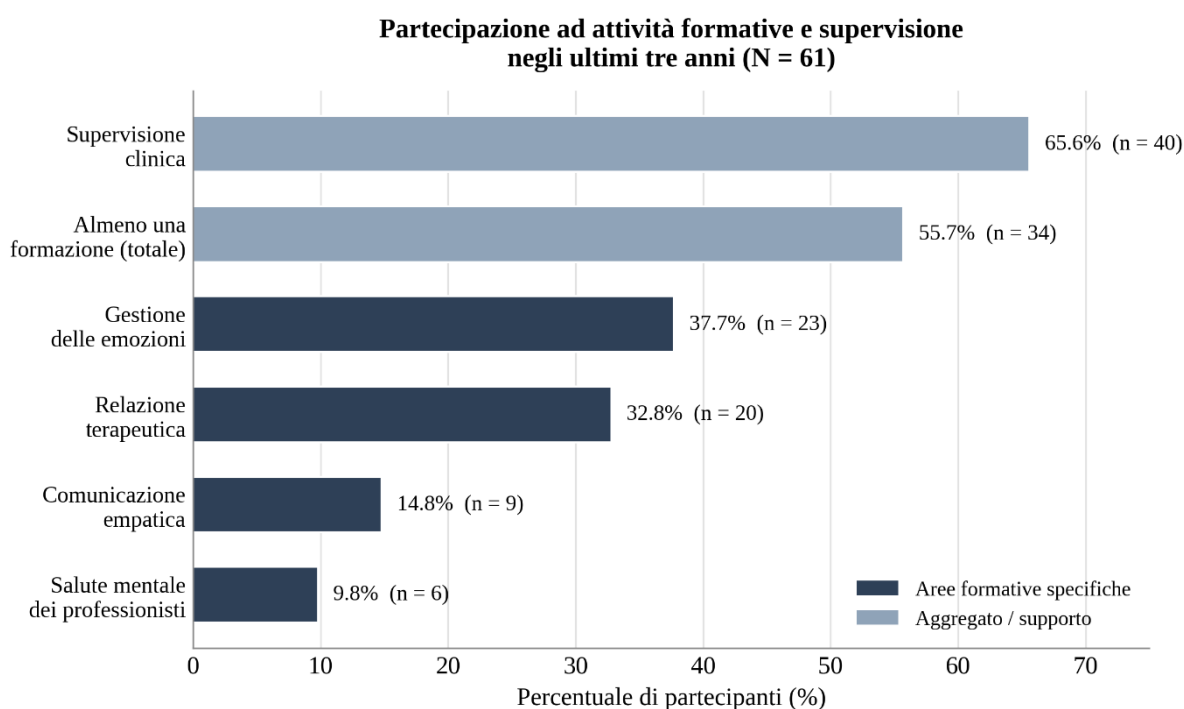
Sottoscala HUMAS	U	p	Rank-Biserial r	SE Rank-Biserial r
<i>Nota. Test di Mann-Whitney U. Gruppo 0 = assenza di formazione sulla comunicazione empatica (n = 52); Gruppo 1 = presenza (n = 9).</i>				
HUMAS TOTALE	123.5	.025	0.472	0.207
<i>* $p < .05$. L'effect size ($r = 0.472$) indica un effetto di intensità medio-grande.</i>				

Tabella 12. Statistiche descrittive per gruppo (Formazione sulla Comunicazione Empatica)

Sottoscala HUMAS	Gruppo	N	M	DS	SE	CV	Mean Rank	Sum Rank
<i>Nota. M = Media; DS = Deviazione Standard; SE = Errore Standard; CV = Coefficiente di Variazione. Gruppo 0 = no formazione comunicazione empatica; Gruppo 1 = sì formazione.</i>								
HUMAS TOTALE	0	52	71.69	6.638	0.920	0.093	28.88	1502.0
	1	9	76.89	4.567	1.522	0.059	43.28	389.5
<i>Nota. Gruppo 0 = assenza di formazione sulla comunicazione empatica; Gruppo 1 = presenza.</i>								

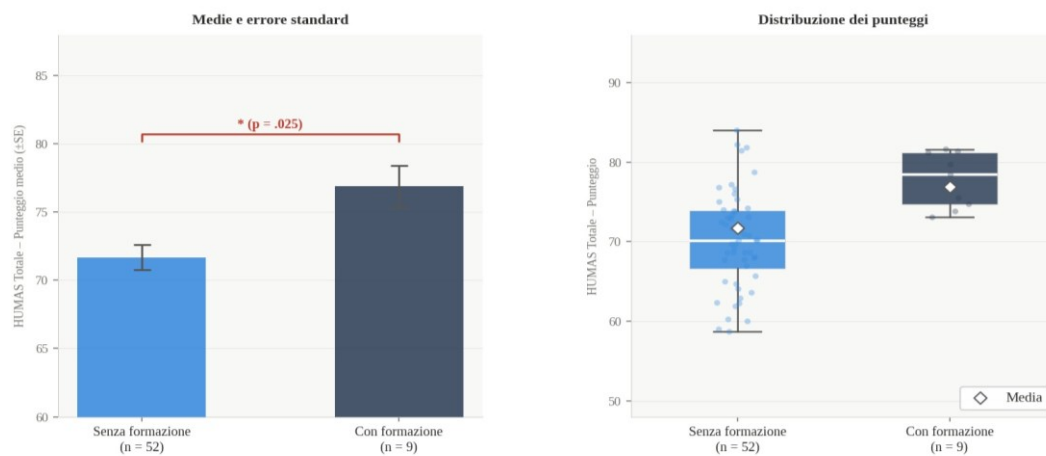
Nota generale. HUMAS = Humanization-Dehumanization Scale. Il confronto è stato condotto mediante il test non parametrico di Mann-Whitney U. L'effect size (rank-biserial $r = 0.472$) indica una differenza di intensità medio-grande a favore del gruppo con formazione sulla comunicazione empatica.

Figura 9. Percentuale di professionisti (N = 61) che hanno partecipato ad attività formative e di supervisione nei tre anni precedenti la rilevazione.



Nota. Le quattro aree formative specifiche sono rappresentate in blu scuro; gli indicatori aggregati ("almeno una formazione" e supervisione clinica) in azzurro. Le percentuali sono calcolate sul totale del campione (N = 61).

Figura 10. H4 – HUMAS Totale: formazione sulla comunicazione empatica (Test U di Mann-Whitney)



*Nota. Gruppo 0 = assenza di formazione (n = 52); Gruppo 1 = presenza (n = 9). $U = 123.5$; $p = .025$; $r = 0.472$ (effetto medio-grande). Il rombo indica la media. $*p < .05$.*