

## **Indice**

<b>1. Introduzione</b> .....	1
1.1. Obiettivi.....	3
<b>2. Materiali e metodi</b> .....	5
2.1. Metodologia .....	5
2.2. Criteri di selezione degli studi.....	5
<b>3. Revisione narrativa della letteratura</b> .....	7
3.1. Pragmatica della comunicazione.....	7
3.2. Conseguenze della cattiva comunicazione.....	8
3.3. Competenze comunicative e relazionali in oncologia .....	9
3.4. Ruolo dell'infermiere nella relazione d'aiuto.....	15
3.5. Effetti della relazione d'aiuto.....	19
<b>4. Risultati</b> .....	20
<b>5. Discussione</b> .....	24
<b>6. Conclusioni</b> .....	26
<b>Bibliografia e sitografia</b> .....	28
<b>Ringraziamenti</b> .....	31

## **1. Introduzione**

Il termine relazione indica l'instaurarsi tra due o più persone di un ponte comunicativo che permette loro di scambiare idee, emozioni, affetti, sentimenti e intimità.

Il termine aiuto deriva dalla parola latina "adiuvare", che nel suo significato originale indica portare giovamento a qualcuno. La situazione implicita di recare giovamento è l'esistenza di una condizione di bisogno e/o malessere vissuta da una persona.

Entrambi gli elementi consentono di giungere alla definizione della relazione d'aiuto.

Per relazione d'aiuto si intende l'incontro tra due persone di cui una sia in condizione di sofferenza rispetto ad una situazione che si trova a dover gestire e l'altra che, invece, è un individuo capace ed intenzionato a recare a lui giovamento e non si trova nella medesima situazione. La relazione d'aiuto è perciò una forma di comunicazione che si realizza ogni volta creando una sorta di ponte tra sé e l'altro che porta a provare sensazione di solidarietà affettiva.

Nell'ambito oncologico il più delle volte la buona comunicazione è un elemento fondamentale per costruire una relazione d'aiuto.

La comunicazione è un processo tramite il quale vengono trasmesse informazioni da un individuo a un altro. Essa è costituita da sei elementi fondamentali: emittente, messaggio destinatario, canale, codice e contesto. Il mittente è chi manda il messaggio. Il messaggio è il contenuto della comunicazione. Il destinatario o ricevente è la figura che riceve il messaggio. Il canale è un mezzo attraverso cui passa la comunicazione e può essere orale, scritto, gestuale o sonoro. Il codice è il linguaggio utilizzato per comunicare e consiste in un sistema di segni e regole di utilizzo dei segni usato nel processo comunicativo. Il contesto è la situazione in cui avviene la comunicazione. Naturalmente il processo di comunicazione comporta che il ricevente rimandi un feedback al mittente con cui informa se il messaggio è stato meno ricevuto e compreso.

Gli elementi fondamentali della comunicazione sono accompagnati da altri aspetti come la ridondanza, il contesto e i rumori. Il primo è un insieme di elementi che portano verso lo stesso significato, il secondo è comprende la situazione generale e le peculiari

circostanze in cui avviene ogni elemento comunicativo, mentre per rumori si intendono le componenti che disturbano e rendono impossibile la comprensione.

La comunicazione non è fatta di sole parole, ma anche di voce, espressioni, movimenti, gesti, sguardi e pause che rendono completa quest'ultima, vengono quindi distinti in comunicazione verbale, para-verbale e non verbale. Quella verbale avviene attraverso l'uso del linguaggio scritto e orale, il linguaggio para-verbale viene definito come sistema non-verbale o paralinguistico ed è caratterizzato dal tono di voce, dal suo timbro, dal volume, dal ritmo e dal silenzio, mentre linguaggio non verbale è definito dall'atteggiamento del corpo come il contatto oculare, la mimica facciale, la gestualità, artefatti ed abbigliamento, prossemica e aptica. "Per un operatore sanitario la comunicazione non verbale rappresenta un imprescindibile fonte di informazioni sullo stato d'animo o sul modo di essere del paziente, che possono svelare o stato emotivo della persona, lo stile di vita, il contesto socio-culturale e quindi completare ciò che viene detto verbalmente" (Bassi, 2017, p.131).

La psicologa Lina Robertiello sostiene che "le relazioni interpersonali sono tutte forme di comunicazione tra gli esseri umani attraverso parole e comportamenti" (Robertiello L., 2016).

È importante sottolineare che mentre da una parte si assiste all'evoluzione della scienza medico-infermieristica nel campo diagnostico-terapeutico, dall'altra si tende spesso a trascurare il lato relazione di un percorso terapeutico in ambito oncologico. Quando in realtà sia l'aspetto tecnico che quello relazionale ed interpersonale si rivelano essere una componente fondamentale della disciplina medico infermieristica stessa.

Il codice deontologico dell'infermiere afferma che "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura" (articolo 4). Unitamente a ciò "L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività" (articolo7), inoltre "L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente

nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.)" (articolo 8), in aggiunta "L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina." (articolo 10).

Infine, bisogna ricordarsi che comunicare implica disporre di risorse per sviluppare l'interazione, per cui il raggiungimento di una realtà condivisa tra infermiere e paziente è uno degli aspetti centrali: Vi deve essere pertanto un punto di incontro tra l'esperienza "soggettiva" di sofferenza del paziente e la visione scientifica "oggettiva" del medico e per arrivare a ciò è necessario fare una distinzione tra "illness" e "disease". Con il termine "illness" viene identificata infatti l'esperienza soggettiva dello star male vissuta dal malato sulla base delle sue percezioni culturalmente mediate, al contrario il termine "disease", invece, è utilizzato per descrivere la malattia in senso biomedico come una lesione organica o un evento comunque oggettivabile tramite dei parametri come la pressione sanguigna o i valori degli esami emato-chimici. L'insieme di questi due elementi può esprimere il concetto di malattia.

Comunicazione implica apprendere ed osservare la complessità delle interazioni terapeutiche e ad osservare. Il clinico, in quanto osservatore, non può sottrarsi al gioco ricorsivo di specchi che la sofferenza innesca.

### 1.1. Obiettivi

Lo scopo di questo lavoro consiste nell'approfondire gli elementi della relazione che si instaura tra infermiere e paziente affetto da una neoplasia, per evidenziare i punti di forza e le eventuali zone grigie che potranno dar luogo a nuovi studi scientifici per approfondire l'argomento al fine di migliorare l'assistenza sanitaria che si basa sull'approccio olistico.

Gli obiettivi che si vogliono ottenere da questa revisione sono:

- Individuare gli elementi essenziali della pragmatica della comunicazione.
- Descrivere gli effetti negativi dei modelli comunicativo-relazionali inadeguati.

- Illustrare le competenze comunicative e relazionali di un infermiere oncologico a confronto con un paziente tumorale ed evidenziare quali strategie possano essere adottate per poter incrementare queste competenze.
- Spiegare gli effetti della relazione d'aiuto sul paziente.

## 2. Materiali e metodi

### 2.1. Metodologia

Per descrivere il problema è stata utilizzata la metodologia PICOM:

P (patient/problem) → Pazienti adulti con patologia oncologica.

I (intervention) → Relazione efficace tra infermiere e paziente.

C (comparison) → Relazione non efficace tra infermiere e paziente.

O (outcome) → Qualità della cura.

M (method) → Revisione narrativa della letteratura.

Questo lavoro si basa su una revisione narrativa della letteratura, introdotta da un quadro teorico. La ragione che ha portato alla scelta di tale metodologia è che può dare un notevole contributo per la comprensione dei fenomeni già studiati in passato e permette di centrare il campo di ricerca su tematiche inerenti a questo preciso argomento. In questa tipologia di revisione “L'autore recupera e sintetizza informazioni su un determinato argomento, riassumendo i contenuti degli articoli ricercati.” (Green, Johnson & Adams, 2006).

Chiaramente per effettuare una ricerca scientifica, è importante che i dati e gli articoli selezionati abbiano una fonte attendibile e precisa oltre ad avere una valenza e riscontro scientifico. Per tale ragione sono stati consultati testi didattici di psicologia generale e banche dati accreditate come PubMed, ScienceDirect, CINHALL (EBSCO) e NCBI, su motore di ricerca Google Scholar.

Sono state utilizzate le seguenti parole chiavi: therapeutic, relationship, nursing, stress, oncology, nurse, role, tumor.

Nella stringa di ricerca sono stati usati i seguenti operatori booleani: AND e NOT

### 2.2. Criteri di selezione degli studi

Per rendere la ricerca degli articoli più pertinente possibile sono stati posti i seguenti criteri d'inclusione:

- Popolazione di pazienti oncologici adulti.

- Risultati dal 2000.
- Disponibilità di articoli full test completo e gratuito.
- Articoli in lingua italiana, inglese e spagnola.

Infine sono stati selezionati gli studi tramite la lettura critica dei titoli e degli abstracts valutandone la pertinenza con gli obiettivi posti all'inizio del lavoro di tesi.

### **3. Revisione narrativa della letteratura**

#### 3.1 Pragmatica della comunicazione

Il termine pragmatica deriva dal greco “pragma” che significa “atto”, “fatto”, “pratica”. È una disciplina della semiotica che studia gli effetti pratici della comunicazione sul comportamento delle persone.

Gli studiosi Watzlawick, Beavin e Jackson, hanno postulato l'esistenza di alcune proprietà essenziali della comunicazione umana, che hanno fondamentali implicazioni psicologiche interpersonali; Queste proprietà vengono chiamate dagli autori assiomi.

##### Primo assioma

“Non si può non comunicare”, perché qualsiasi comportamento (parole, silenzi e attività) rappresenta un messaggio e ha l'influenza sull'interlocutore che non può non rispondere alla comunicazione.

Le reazioni possibili sono rifiuto, accettazione, squalificazione e sintomo come comunicazione.

##### Secondo assioma

“Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione, in modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione”. Ciò significa che la comunicazione oltre a trasmettere informazioni, implica un impegno tra comunicanti e definisce la natura della loro relazione. A questo punto sorge spontanea una domanda: perché l'aspetto relazionale è così importante? Perché, con la definizione della relazione tra due soggetti, questi definiscono implicitamente sé stessi. Per cui una delle funzioni della comunicazione consiste nel fornire ai comunicanti una conferma o un rifiuto del proprio Sé; attraverso la metacomunicazione si sviluppa dunque la consapevolezza del Sé, la coscienza degli individui coinvolti nell'interazione, ed è essenziale che ognuno dei comunicanti sia consapevole del punto di vista dell'altro.

Le reazioni possibili sono conferma, rifiuto e disconferma.

##### Terzo assioma

“La natura di una comunicazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i soggetti” cioè dall’ordine (causa-effetto) che le persone danno alle loro azioni e contro-reazioni. Quando l’interazione è di tipo lineare può sorgere un conflitto su ciò che si ritiene la causa e ciò che si considera l’effetto dei reciproci comportamenti, quando invece l’interazione è di tipo circolare, nessuna delle versioni di entrambe le persone può essere considerata corretta.

#### Quarto assioma

“Gli esseri umani comunicano sia con modalità numerica/digitale sia con quella analogica”

Il linguaggio numerico riguarda l’uso di parole, cioè i nomi convenzionalmente dati agli oggetti, mentre il linguaggio analogico consiste nelle modalità di comunicazione non verbale, quindi comprende gesti, espressioni visive e vocali, sequenza, ritmo e la cadenza delle parole pronunciate.

#### Quinto assioma

“Tutti gli scambi comunicativi sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull’uguaglianza o sulla differenza”

L’interazione simmetrica è basata sull’uguaglianza e si verifica quando il comportamento di un soggetto tende a rispecchiare quello dell’altro; Ciò avviene nel caso di rapporto tra eguali.

L’interazione complementare a sua volta è caratterizzata da una differenza di posizione assunta tra due o più soggetti tra i quali avviene la comunicazione. E si ha nel caso di relazione madre-figlio.

In una relazione normalmente vi sono fasi ed ambiti di simmetria o di complementarietà, entrambe hanno funzioni importanti ed è anzi indispensabile saper comunicare in modo simmetrico in certe situazioni ed in modo complementare in altre. Si definisce questa come rapporto parallelo.

### 3.2. Conseguenze della cattiva comunicazione

Notizie negative vengono spesso fornite in ambito oncologico. “Gli infermieri possono sperimentare un alto tasso di esaurimento e affaticamento della compassione nel dare cattive notizie, che possono avere effetti angoscianti sulle prestazioni professionali e sulla salute generale. Preparazione accurata per discussioni intense e a piena divulgazione possono impedire risultati negativi riguarda le prestazioni lavorative e l'efficienza” (Brown et al., 2009). “Sintomi di stress, come aumento della frequenza cardiaca e sudorazione, possono verificarsi mentre si danno cattive notizie e la risposta allo stress può essere sostenuta ben oltre la conclusione dell'incontro” (Shaw, Brown, Heinrich e Dunn, 2013). “Le conseguenze di una consegna impropria possono comportare la perdita della fiducia di un paziente” (Charlton, Dearing, Berry e Johnson, 2008). “Il paziente potrebbe non sentire informazioni importanti perché angosciato durante l'interazione. Inoltre, non divulgare l'intera verità può inavvertitamente creare un falso senso di speranza per una cura e la percezione di un'aspettativa di vita più lunga. In un caso estremo, non fornire cattive notizie in modo efficace era direttamente collegato a un suicidio del paziente” (Dias et al., 2003)

Tra l'altro studi segnalano che nel paziente oncologico c'è una prevalenza di sintomi depressivi maggiore rispetto alla popolazione sana, e identificano l'adozione di differenti stili di coping per far fronte alla malattia; Molti malati di cancro sperimentano anche un certo grado di esclusione sociale, infatti chi ha un'esperienza di malattia che ha comportato assenze prolungate dal lavoro ha circa il 40% in più di probabilità di restare disoccupato rispetto al collega con pari competenze. "(Cucchi, 2011)

### 3.3. Competenze comunicative e relazionali in oncologia

La diagnosi di morte imminente porta l'essere umano ad attraversare cinque fasi del meccanismo di difesa. Alla diagnosi la persona reagisce con il rifiuto e l'isolamento, seguito dalla rabbia, con la regressione della quale si arriva al patteggiamento che, porterà alla depressione, la quale si concluderà con l'ultima fase che consiste nell'accettazione della propria condizione di salute.

Come i medici, anche gli infermieri nel prendersi cura del paziente hanno evidenziato alcune diagnosi infermieristiche molto ricorrenti in questa tipologia di malati:

- (00146) Ansia, correlata all'ospedalizzazione, all'incertezza dell'esito e alla malattia
- (00147) Ansia di morte (livello di evidenza 2.1)
- (00069) Coping inefficace
- (00132) Dolore acuto (livello di evidenza 2.1)
- (00133) Dolore cronico (livello di evidenza 2.1)
- (00152) Rischio di senso di impotenza (livello di evidenza 2.1)
- (00214) Benessere compromesso (livello di evidenza 2.1)
- (00095) Insonnia (livello di evidenza 2.1)
- (00210) Resilienza compromessa (livello di evidenza 2.1)
- (00152) Rischio di senso di impotenza (livello di evidenza 2.1)
- (00229) Rischio di relazione non efficace (livello di evidenza 2.1)
- (00137) Afflizione cronica
- Disturbo del concetto di sé (non NANDA)

Per ogni diagnosi sopracitata l'infermiere sceglie i NOC realistici e raggiungibili, per la valutazione dei quali usa indicatori specifici. Poi per ogni obiettivo si vanno anche a scegliere i NIC che contengono determinate attività atte raggiungere gli obiettivi prefissati.

Sebbene i progressi scientifici abbiano portato ad un miglioramento significativo di approcci terapeutici e di qualità di vita dei pazienti, il cancro si associa al senso di sofferenza fisica e psichica, di morte ineluttabile, di stigma e diversità, di colpa e vergogna. Proprio per questo nel 2017 l' American Society of Clinical Oncology (ASCO) ha fornito delle raccomandazioni sull'utilizzo della comunicazione efficace per migliorare il rapporto tra infermiere e paziente.

1. Abilità comunicative fondamentali (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte)
  - 1.1. Prima di ogni conversazione, gli infermieri dovrebbero rivedere le informazioni per il paziente, stabilire obiettivi per conversazione e anticipare i bisogni e le risposte del paziente e della famiglia.
  - 1.2. All'inizio delle conversazioni con i pazienti, gli infermieri dovrebbero esplorare la comprensione del paziente sulla propria malattia e stabilire in modo

collaborativo un'agenda con il paziente dopo aver chiesto cosa il paziente e la famiglia desiderano affrontare spiegando ciò che il clinico desidera affrontare.

- 1.3. Durante le visite ai pazienti gli infermieri dovrebbero impegnarsi in comportamenti che promuovono attivamente la fiducia e collaborazione.
- 1.4. Gli infermieri dovrebbero fornire informazioni tempestive e orientate alle preoccupazioni e alle preferenze del paziente. Dopo aver fornito le informazioni, gli infermieri devono verificare la comprensione del paziente e documentare importanti discussioni in cartella clinica.
- 1.5. Quando i pazienti mostrano emozioni attraverso comportamenti verbali o non verbali, gli infermieri dovrebbero rispondere in modo empatico.
2. Discutere gli obiettivi di cura e prognosi (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte).
  - 2.1. Gli infermieri dovrebbero fornire informazioni diagnostiche e prognostiche che siano adatte alle esigenze del paziente e che forniscano speranza e rassicurazione senza trattare in inganno il paziente.
  - 2.2. Gli infermieri dovrebbero rivalutare gli obiettivi, le priorità e il desiderio di informazioni di un paziente ogni volta che si sta valutando un cambiamento significativo nella cura del paziente.
  - 2.3. Gli infermieri dovrebbero fornire informazioni in termini semplici e diretti.
  - 2.4. Quando forniscono cattive notizie, gli infermieri dovrebbero adottare ulteriori misure per soddisfare le esigenze e le risposte del paziente.
3. Discutere le opzioni del trattamento e le sperimentazioni cliniche (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte).
  - 3.1. Prima di discutere le opzioni di trattamento specifiche con il paziente, gli infermieri dovrebbero chiarire gli obiettivi del trattamento (cure Vs prolungamento della sopravvivenza Vs miglioramento della qualità di vita) in modo che il paziente comprenda i probabili esiti e possa mettere in relazione gli obiettivi di trattamento ai loro obiettivi di cura.
  - 3.2. Quando si esaminano le opzioni del trattamento con i pazienti, gli infermieri dovrebbero fornire informazioni sui potenziali benefici e oneri di qualsiasi trattamento (proporzionalità) e verificare la comprensione da parte del paziente di tali benefici e oneri.

- 3.3. Gli infermieri dovrebbero discutere le opzioni di trattamento in modo da preservare la speranza del paziente, promuovere l'autonomia e facilitare la comprensione.
- 3.4. Gli infermieri dovrebbero informare i pazienti di tutte le opzioni di trattamento, compresi gli studi clinici e un focus esclusivo sulla cura palliativa. Quando appropriato, gli infermieri dovrebbero discutere l'opzione di iniziare cure palliative contemporaneamente ad altre modalità di trattamento. Se sono disponibili studi clinici, gli infermieri dovrebbero avviare discussioni sul trattamento con standard trattamenti disponibili fuori dallo studio e poi passare alla discussione sugli studi clinici applicabili se il paziente è interessato.
4. Discutere le cure di fine vita (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte).
  - 4.1. Gli infermieri dovrebbero utilizzare una struttura organizzata per guidare la comunicazione bidirezionale e sulle cure di fine vita con pazienti e famigliari.
  - 4.2. Gli infermieri dovrebbero avviare le conversazioni sulle preferenze di fine vita dei pazienti nelle prime fasi del corso della malattia incurabile e riaffrontare questo argomento periodicamente in base agli eventi clinici o le preferenze.
  - 4.3. Gli infermieri dovrebbero esplorare come la cultura, la religione o il sistema di credenze spirituali perché influenzano il processo decisionale di fine vita o le preferenze di cura.
  - 4.4. Gli infermieri dovrebbero riconoscere e rispondere al dolore e alla perdita tra pazienti, le famiglie e sé stessi. Gli infermieri dovrebbero indirizzare i pazienti e le famiglie ai membri del team psicosociale (ad esempio assistenti sociali, consulenti, psicologi e psichiatri e clero) quando appropriato.
  - 4.5. Gli infermieri dovrebbero identificare e suggerire risorse locali per fornire un solido supporto a pazienti, le famiglie e le persone care per il passaggio alle cure di fine vita.
5. Usare la comunicazione per facilitare il coinvolgimento della famiglia nell'assistenza (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte).
  - 5.1. Gli infermieri dovrebbero suggerire il coinvolgimento della famiglia e/o del caregiver nelle discussioni (con il consenso del paziente) all'inizio del corso della malattia per il supporto e la discussione sugli obiettivi di cura.

- 5.2. Determinare se un incontro familiare formale in un ambiente ospedaliero o ambulatoriale è indicato nei momenti più importanti della cura. Quando possibile assicurarsi che i pazienti, i loro surrogati designati e i professionisti medici e infermieri desiderati siano presenti.
6. Comunicare efficacemente quando ci sono barriere della comunicazione (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte).
  - 6.1. Per le famiglie che non condividono un linguaggio comune con il medico, utilizzare un interprete infermiere piuttosto che un interprete familiare.
  - 6.2. Per i pazienti con scarsa alfabetizzazione sanitaria, concentrarsi sui punti più importanti, utilizzare un linguaggio semplice e controllare frequentemente la presenza di comprensione.
  - 6.3. Per i pazienti con scarse competenze matematiche, utilizzare pittogrammi o altri ausili visivi quando disponibili e descrivere il rischio assoluto piuttosto che il rischio relativo.
7. Discutere il costo delle cure (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte).
  - 7.1. Gli infermieri dovrebbero esplorare se il costo delle cure è una preoccupazione per i pazienti con cancro.
8. Soddisfare i bisogni di popolazioni svantaggiate (Tipo di raccomandazione: consenso formale; Forza della raccomandazione: forte).
  - 8.1. Entrare negli incontri clinici con un senso di curiosità, consapevoli che qualsiasi paziente e famiglia indipendentemente dal loro background, può avere convinzioni, esperienze, comprensioni e aspettative diverse da quelle del clinico.
  - 8.2. Evita le supposizioni sull'orientamento sessuale e l'identità di genere e usa un linguaggio non giudicante quando discuti la sessualità e il comportamento sessuale.
  - 8.3. Rimanere consapevoli che i membri delle popolazioni svantaggiate o emarginate hanno una maggiore probabilità di aver avuto esperienze negative di assenza sanitaria in passato compreso il sentirsi mancare di rispetto, alienati o insicuri.
9. Formazione del clinico nelle abilità di comunicazione (Tipo di raccomandazione: basata sull'evidenza; Qualità dell'evidenza: intermedia; Forza della raccomandazione: forte).

- 9.1. La formazione sulle abilità comunicative dovrebbe essere basata su solidi principi educativi e includere ed enfatizzare le abilità pratiche e di apprendimento esperienziale utilizzando scenari di gioco di ruolo, osservazione diretta degli incontri con i pazienti e altre tecniche convalidate.
- 9.2. Affinché la formazione sulle abilità comunicative sia più efficace, dovrebbe favorire l'autoconsapevolezza del professionista e la consapevolezza situazionale relative alle emozioni, agli atteggiamenti e alle credenze sottostanti che possono influenzare la comunicazione e la consapevolezza di pregiudizi impliciti che possono influenzare il processo decisionale.
- 9.3. I facilitatori della formazione sulle abilità comunicative dovrebbero avere una formazione e un'esperienza sufficienti per modellare efficacemente e insegnare le abilità comunicative desiderate e facilitare esercizi di apprendimento esperienziale. (Gilligan et al., 2017)

Il personale sanitario non rappresenta l'unico punto di riferimento per il paziente, ma affianco ad esso lungo tutto il decorso della malattia c'è sempre il caregiver, che è colui che si occupa tutti i giorni della gestione del paziente oncologico: i familiari dei pazienti terminali sono infatti particolarmente coinvolti sul piano emotivo. L'importante carico psicologico del caregiver lo porta allo stress. Uno studio eseguito nell'hospice "Valletta" di Torino e a domicilio, descrive come l'efficacia di incoraggiamento del caregiver diminuisca i livelli di burnout in quest'ultimo; la presenza di un caregiver emotivamente stabile aiuta anche a migliorare le condizioni psicofisiche del paziente stesso.

Un altro strumento utile nella relazione d'aiuto è rappresentato dalla musicoterapia/video-musico terapia, strumento utilizzato in molte realtà ospedaliere. La musicoterapia infatti è inserita tra gli interventi NIC, i quali prevedono alcune attività specifiche per il raggiungimento dei corrispettivi NOC:

- Definire lo specifico cambiamento comportamentale e/o fisiologico che si desidera ottenere (per esempio, rilassamento, stimolazione, concentrazione, riduzione del dolore).
- Identificare le preferenze musicali della persona.

- Informare la persona delle ragioni di questa esperienza musicale.
- Scegliere particolari selezioni musicali che rappresentano le preferenze della persona.
- Limitare gli stimoli estranei (per esempio, luci, suoni, visite, telefonate) nel corso dell'esperienza di ascolto.
- Assicurarci che tutta l'apparecchiatura sia ben funzionante.
- Facilitare la partecipazione attiva della persona (per esempio, mediante il suono di uno strumento o il canto), se ciò è desiderabile e fattibile nel contesto.

Per arrivare ad inserire la musicoterapia tra i NIC, sono stati condotti varie ricerche e vari studi. Ad esempio, uno studio condotto nell'U.O. di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'A.O.U. San Martino di Genova dimostra come le sedute di musicoterapia abbassino significativamente i livelli di stress, mentre livelli di ansietà e di depressione post-trattamento subiscano solo un moderato calo. Un altro studio eseguito su giovani pazienti tra 11 e 24 anni in terapia con trapianto di cellule staminali emopoietiche ha evidenziato come l'uso di video-musico terapia abbia aiutato i giovani ragazzi ad usare le strategie positive di coping durante il trattamento, il quale è associato ad un migliore adattamento a lungo termine nei sopravvissuti al cancro. Tuttavia, lo studio non ha riscontrato evidenti effetti significativi per il disagio correlato alla malattia immediatamente o a 100 giorni dal trapianto. Dati gli alti livelli di sintomi correlati all'angoscia e all'incertezza, i pazienti possono beneficiare di interventi basati su strategie di rilassamento e/o gestione dell'incertezza per ridurre questi fattori di rischio; sono stati comunque riscontrati effetti significativi a lungo termine per l'integrazione socio-familiare e ambientale; mentre per quanto riguarda la prospettiva spirituale e l'auto-trascendenza si è riscontrato un effetto moderato ma non significativo.

#### 3.4. Ruolo dell'infermiere nella relazione d'aiuto

L'infermiere è una figura fondamentale per i pazienti con tumore, in quanto è la figura sanitaria che è più tempo a contatto con i malati. L'infermiere di oncologia ha vari compiti pratici come ad esempio la gestione della chemioterapia, dell'accesso venoso, dell'eventuale sondino naso-gastrico o della stomia nei pazienti con tumore all'apparato

gastroenterico o urinario. Come in tutti gli altri reparti, anche in oncologia l'infermiere si trova a dover costruire una relazione con lo scopo di sostenere un paziente in continua lotta contro un male incurabile: la caratteristica peculiare di questa tipologia di paziente è la complessità della gestione di stato psicologico, per questo vengono adottati modelli comunicativi ben precisi per ogni tipologia di paziente. In oncologia vengono principalmente utilizzati il modello SPIKE (Impostazione, Percezione, Invito/informazioni, Modello di conoscenza, empatia e sintesi/strategizzazione) e il modello PELTRO (Preparare, Valutare, Avvertire, Raccontare, Modello di risposta emotiva, preparazione al raggruppamento).

### Il modello SPIKE

“L'impostazione” prevede la selezione di un'area tranquilla e riservata per dimostrare rispetto ed empatia per il paziente e la famiglia. “Percezione” significa che l'infermiere dovrebbe determinare il paziente con comprensione sulla situazione prima della completa presentazione delle informazioni e il relativo piano di cura. “Invito/informazioni” indicano che l'infermiere dovrebbe determinare quante e come le informazioni possono essere d'aiuto al paziente e alla famiglia in base ai bisogni e alle loro reazioni; Questo passaggio fornisce un quadro per le informazioni presentate in seguito. La “conoscenza” è il punto in cui viene condivisa la cattiva notizia: informazione sull'estensione della malattia e il piano di cura sono forniti direttamente e onestamente in piccoli segmenti, evitando l'uso di gergo medico. L'infermiere dovrebbe chiedere al paziente e ai familiari che cosa hanno compreso e offrire ulteriori chiarimenti. “L'empatia” è il riconoscimento delle emozioni del paziente e della famiglia durante la discussione e rispondendovi in modo appropriato per dimostrare empatia. Per riassumere ed effettuare strategie è richiesto all'infermiere di rappresentare le informazioni con linguaggio comprensibile (Meridith Bumb, 2017).

### Il modello PELTRO

Il primo aspetto del modello è quello di “preparare”, che include sapere quali informazioni saranno presentate e capire come presentarle con un linguaggio chiaro e quotidiano. La preparazione dovrebbe includere anche un incontro senza fretta e senza

interruzioni con la persona che deve ricevere la difficile notizia. “Valutare” si riferisce alla valutazione di ciò che il paziente e i familiari già sanno o sospettano e dovrebbe includere lo stato cognitivo e psicologico del paziente, così come la consapevolezza delle emozioni personali, della posizione del corpo e delle espressioni facciali. Con “avvertire” si intende indicare al paziente che gli verranno presentate notizie serie; L’avviso dovrebbe consentire una breve pausa per preparare il paziente mentalmente e emotivamente prima che l’infermiere proceda con cattive notizie. “Raccontare” implica la presentazione di informazioni in modo diretto, e non dispiaciuto e calmo; Le cattive notizie vanno date a pezzetti, con non più di tre informazioni alla volta e gli infermieri dovrebbero avere chiara la comprensione prima di divulgare qualsiasi informazione aggiuntiva. La limitazione delle informazioni consente all’infermiere di garantire che le informazioni vengano ricevute e che il paziente e la famiglia non siano sopraffatti.

“La “risposta emotiva” richiede che l’infermiere valuti la reazione del paziente alla cattiva notizia: se il paziente è sopraffatto, potrebbe essere necessario tenere più di un incontro per discutere le cattive notizie. Infine, la “preparazione al raggruppamento” coinvolge paziente-infermiere nella collaborazione per rispondere alle cattive notizie;. Questa fase è spesso considerata la più importante perché riguarda le offerte di speranza, tuttavia in alcuni casi la speranza potrebbe non essere evidente e quindi non dovrebbe essere discussa”. (Meridith Bumb, 2017).

Nella pratica assistenziale gli infermieri possono integrare entrambi i modelli per fornire un’assistenza sanitaria basata sulle evidenze.

Il prerequisito essenziale nella relazione tra infermiere assistito è la fiducia, sia in termini di outcomes, sia come esperienza positiva vissuta dal paziente. La fiducia è una postura interiore costituita da una “passività attiva”, una predisposizione orientata dall’esperienza a fidarsi di qualcuno. Quando ci fidiamo la relazione che si instaura è quella che richiede trasparenza (Marchetti et al., 2021). La fiducia diventa il mediatore di tutti i processi di interpretazione e trasformazione dell’esperienza (Fanciullacci, 2012).

Attraverso un rapporto di fiducia il paziente è incoraggiato ad incanalare le energie nel raggiungimento degli obiettivi di salute invece di interrogarsi sull’affidabilità delle cure ricevute (Marchetti et al., 2021)

Per favorire la comprensione e avere una comunicazione più adeguata, l'infermiere può adottare alcuni atteggiamenti come autenticità, empatia, concretezza, considerazione positiva e un comportamento assertivo, generosità ed onestà.

Un ulteriore modo per garantire la buona comunicazione può essere rappresentato dalla distribuzione di libretti di primo e secondo livello: i primi contengono le informazioni di base per affrontare la vita quotidiana e convivere con la malattia, i secondi sono invece degli opuscoli particolari che vengono forniti in base ai vari tipi di tumore, ad esempio per i farmaci antitumorali o per la riabilitazione psicologica.

“La percezione della morte da parte degli infermieri di oncologia è cruciale per mantenere un senso di dignità nei pazienti morenti e per promuovere la loro qualità di vita fisica, mentale e spirituale” (Sun-A Park,2021). Per questo è stato condotto uno studio trasversale nell'ospedale oncologico a K-City in Corea del Sud che coinvolgeva più di 329 infermieri oncologici con l'obiettivo di indagare sulla relazione tra atteggiamenti verso una morte dignitosa e la competenza compassionevole, la resilienza e lo stress professionale degli infermieri oncologici sudcoreani prendendo in considerazione le loro caratteristiche demografiche e quelle legate al lavoro. I risultati di questo studio permettono di dedurre che gli infermieri di oncologia devono migliorare i loro atteggiamenti verso una morte dignitosa, essenziali per fornire un'assistenza completa e olistica di fine vita basata sulla ferma convinzione degli infermieri di oncologia nella dignità dei pazienti. La competenza compassionevole porta gli infermieri ad essere più intuitivi e più sensibili. Per quanto riguarda la resilienza, questo studio ha dimostrato che un basso livello di essa compromette la capacità degli infermieri di rispondere in modo adeguato a situazioni di stress, quindi da origini a problemi psico comportamentali; A tal proposito, sono stati suggeriti la formazione e l'istruzione clinica effettuando tutoraggi, gruppi di supporto, consultazioni e workshop dipartimentale. Si evidenzia per di più un valore elevato di stress in infermieri di oncologia, pertanto, questi ultimi dovrebbero essere forniti programmi per la riduzione dello stress.

In base ad altri studi analizzati in questa revisione della letteratura è emerso che un alto tasso di infermieri oncologici si trova nelle fasi più gravi del burnout, ed è una condizione che si può combattere con un sostegno psicosociale.

Molti autori consigliano una formazione continua per migliorare le competenze relazionali di un infermiere oncologico ed è opportuno iniziare questa formazione durante il percorso universitario. A tal proposito nelle università si svolge il laboratorio sulla relazione di cura per studenti al secondo anno di corso di scienze infermieristiche. Quest'attività formativa ha lo scopo di individuare le regole del processo comunicativo, di chiarire le skills relative a momenti del processo comunicativo, di esplorare la dimensione della responsabilità professionale nei confronti del prossimo e di individuare le ricadute cliniche della comunicazione.

Ricapitolando, si può affermare che esistono atteggiamenti che facilitano la comunicazione in ambito oncologico come essere disponibile, dimostrare accettazione, stimolare l'altro, osservare, mostrare attenzione, essere congruenti ed empatici.

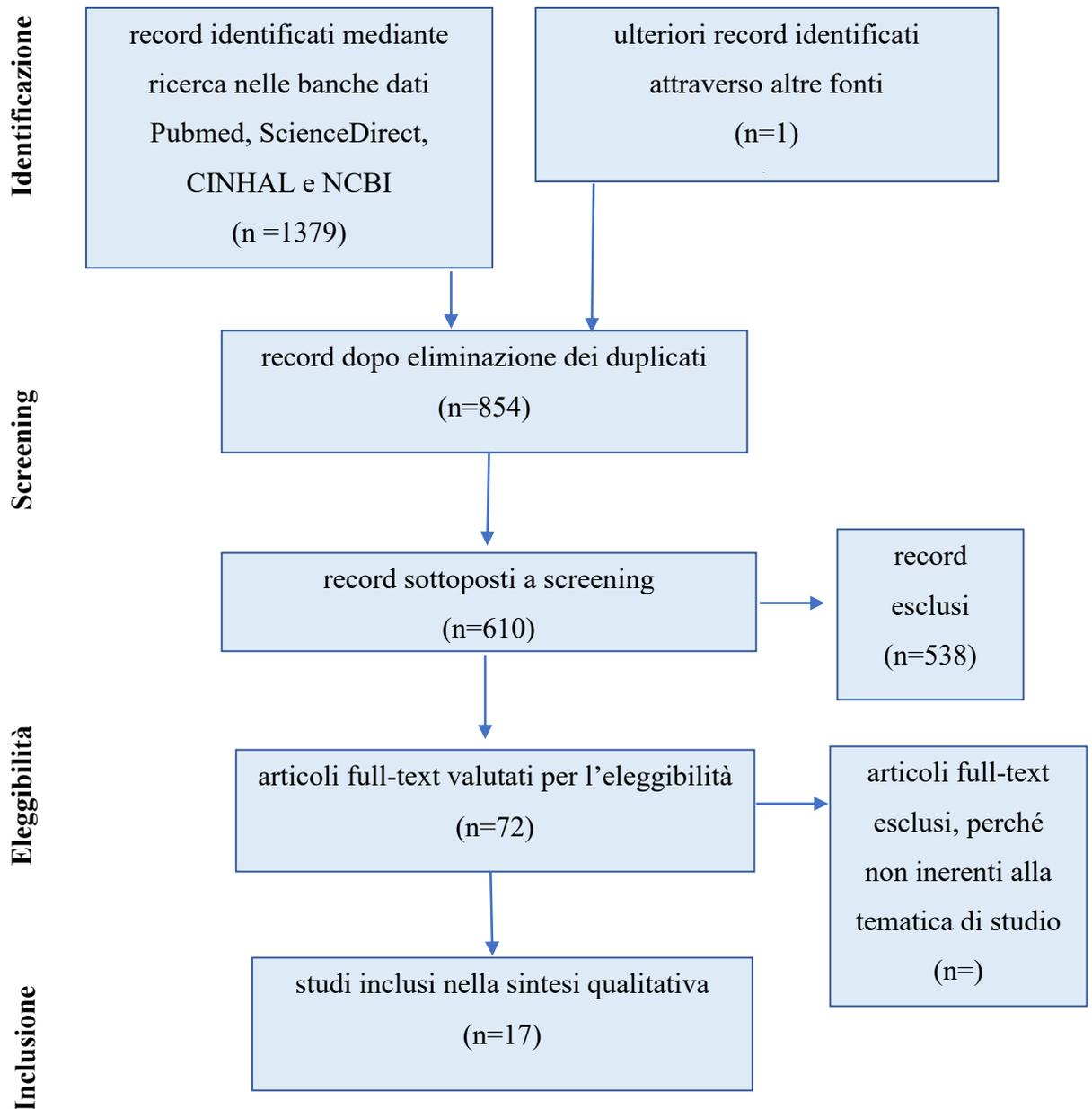
### 3.5. Effetti della relazione d'aiuto

“È un rapporto molto particolare quello che si stabilisce tra me ed il mio paziente, che si nutre non soltanto di parole ma anche di presenza, di sguardi profondi, di silenzi. L'intesa nasce da un obiettivo comune: guarire, sì ad ogni costo, ma comunque anche curare, alleviare, consolare. Il camice non mi isola dalla sofferenza, ma rinforza la capacità di comunicare al di là delle parole, come la pelle, che fa assaporare il calore di una carezza. Per ogni persona c'è necessità di un linguaggio diverso, adeguato al livello culturale, profondo in relazione alla sensibilità. Il messaggio, anche quando è terribile, apre sempre la porta della speranza. Intraprendere una certa terapia, medica o chirurgica, spesso comporta rischi, sacrifici o danni” (Ducci et al., 2019).

Un'efficace relazione migliora lo stato di benessere del paziente, esso si sente ascoltato e compreso. Nei malati che hanno beneficiato di una buona relazione terapeutica, vi è una diminuzione dell'ansia e persino una riduzione di depressione correlata ad un quadro patologico molto complesso. Oltre a creare beneficio al paziente, la relationship permette al paziente di avere maggiore fiducia nel medico curante, ed è un aspetto importante per riuscire a raggiungere gli obiettivi prefissati all'inizio di ogni percorso in paziente con tumore.

## 4. Risultati

Le strategie di ricerca utilizzate in per selezionare gli studi sono rappresentate dal seguente diagramma di flusso:



A seguito della ricerca sono stati evidenziati 17 articoli che hanno soddisfatto i criteri d'inclusione prestabiliti all'inizio dello studio. Gli articoli inclusi nella revisione sono stati quindi sintetizzati e rappresentati nella seguente tabella:

Titolo, autori, anno	Disegno di studio	Risultati
1. Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali. Bovero A. et al., 2010	Studio osservazionale	Variazione dei livelli di burden e di sintomi depressivi dopo l'incoraggiamento nel caregiver.
2. Musicoterapia in oncologia: studio quanti-qualitativo in ambito ospedaliero. Malfatti A. et al., 2012	Studio quanti-qualitativo	La musicoterapia abbassa i livelli d'ansia e influisce anche sulla depressione e alessitimia.
3. La comunicazione in oncologia: un iceberg sommerso. Rossi F., 2017	Revisione della letteratura	Importanza della relazione d'aiuto e l'implementazione del modello SPIKE.
4. La relazione con un paziente affetto da malattia oncologica della testa e del collo: un caso clinico. Ormellese G.L., 2019	Relazione ufficiale del XLIII Convegno Nazionale di Aggiornamento RAVELLO	Dimostra l'importanza del rapporto di fiducia tra infermiere e paziente.
5. Analisi del vissuto di malattia del paziente oncologico nella relazione infermiere malato. Cucchi A. et al., 2011	Revisione della letteratura	Evidenzia l'importanza del coping efficace.
6. Quel minuto in più: costruire il rapporto umano con il paziente. Un laboratorio della relazione nell'ottica delle medical humanities. Cucchi A. et al., 2011	Revisione della letteratura	Definisce il laboratorio relazionale per studenti come strategia per sviluppare competenze relazionali.
7. Le relazioni tra gli atteggiamenti degli infermieri di oncologia nei confronti della morte dignitosa, compassione, competenza, resilienza, lavoro e stress in Corea del Sud Sun-A Park et al., 2021	Studio trasversale	Dimostra una correlazione della resilienza e compassione con gli atteggiamenti degli infermieri che portano alla morte più dignitosa.
8. Il burnout e la sua relazione con i fattori di personalità negli infermieri di oncologia. De la Fuente-Solana E. et al., 2017	Studio multicentrico quantitativo, osservazionale e trasversale	Il 29.6% di infermieri oncologici si trova nelle fasi più gravi della sofferenza del burnout. Dimostra la correlazione

		tra esaurimento emotivo e nevroticismo.
9. Percezioni dei pazienti delle loro esperienze con la comunicazione infermiere-paziente in ambito oncologico: uno studio etnografico mirato. Chan E.A. et al., 2018	Studio etnografico mirato	Si dimostra che bisogni psicosociali dei malati di cancro si possono ottimizzati fornendo una buona assistenza fisica attraverso una comunicazione efficace.
10. Percezioni dei pazienti delle loro esperienze con la comunicazione infermiere-paziente in ambito oncologico: uno studio etnografico mirato. Dumb M. et al., 2017	Revisione della letteratura	Utilizzando le strategie di comunicazione basate sull'evidenza descritte in questo articolo gli infermieri di oncologia possono supportare e mantenere la comunicazione con i loro pazienti e le loro famiglie in modo efficace e produttivo.
11. Formazione sulle abilità comunicative in oncologia: portare la scienza nell'arte di fornire cattive notizie. Stovall M.C., 2015	Studio randomizzato controllato	I risultati dimostrano che le abilità di comunicazione empatica possono essere apprese e possono essere un metodo di trasmissione delle informazioni che migliora la vita dei pazienti con cancro.
12. La comunicazione e le relazioni interpersonali. Bustia P., 2000	Corso di formazione	I risultati rilevano atteggiamenti fondamentali da adottare per favorire la comprensione e una maggiore comunicazione.
13. Cosa sono le relazioni interpersonali? Robertello L., 2017	Articolo	Esprime il concetto di relazione.
14. Abilità comunicative, ambiente di lavoro e burnout tra gli infermieri di oncologia. Emold C. et al., 2011	Studio osservazionale	Mostra come l'autoefficacia della comunicazione e la percezione positiva dell'ambiente di lavoro possono attenuare l'esaurimento emotivo.
15. Studio clinico randomizzato di video musicali terapeutici	RCT	L'intervento di VMT migliora gli esiti di salute dei pazienti con tumore

<p>Intervento per i risultati di resilienza negli adolescenti/giovani          Adulti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche          Robb S.L. et al., 2014</p>		<p>sottoposti al trapianto di cellule emopoietiche.          Suggestisce di effettuare il medesimo studio su un campione più vasto.</p>
<p>16. Comunicazione medico paziente: Linee guida di consenso della società americana di oncologia clinica.          Gilligan T. et al.,2017</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>In base alla revisione di 47 pubblicazioni, sono state sviluppate le linee guida di comportamento nella comunicazione in ambiente oncologico.</p>
<p>17. Fiducia: una condizione essenziale nella relazione infermiere-assistito.          Marchetti M. et al., 2021</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Attraverso il passaggio educativo i professionisti della cura possono entrare in relazione con la persona assistita proprio grazie alle interazioni di fiducia che si attivano bilateralmente.</p>

## 5. Discussione

Questa tesi di laurea ha avuto lo scopo di evidenziare l'importanza della comunicazione nella relazione d'aiuto con un paziente oncologico, le strategie utilizzate dagli infermieri nella gestione di un paziente tumorale e i metodi per sviluppare le competenze comunicative e relazionali.

Questo lavoro ha messo alla luce alcuni concetti cardine:

- Gli elementi della pragmatica della comunicazione sono fondamentali perché semplificano la definizione e la comprensione del modo in cui si utilizza il linguaggio. Rappresentano il primo passo per la costruzione di una relazione.
- Una scarsa o inadeguata comunicazione ostacola il percorso di cura del paziente affetto da neoplasia, perché aumenta i livelli di stress, favorisce l'insorgenza di depressione, può portare a false speranze, a percepire un certo grado di esclusione sociale e inoltre alla perdita di fiducia nella figura dell'infermiere.
- Come tutti i professionisti sanitari, anche l'infermiere deve instaurare un rapporto di fiducia con il paziente malato. Per fare ciò il professionista della salute deve adottare atteggiamenti adeguati al contesto in cui ci si trova, facendo riferimento al codice deontologico e alle raccomandazioni dell'American Society of Clinical Oncology. Allo stesso tempo per favorire una comunicazione efficace si devono utilizzare i modelli SPIKE e PELTRO.
- Oltre ai modelli revisionati in questo elaborato, ci sono anche altri modelli come ad esempio Calgary-Cambridge, il quale viene utilizzato in molte università americane, nei programmi delle skills comunicative. La CCG si basa su vari diagrammi che concettualizzano quello che accade durante l'intervista consentendo di creare un unico modello onnicomprensivo. Il colloquio si articola in cinque distinti momenti che scandiscono le fasi di quest'ultimo:
  1. Inizio del colloquio
  2. Fase della raccolta delle informazioni
  3. Esame obiettivo
  4. Fase dedicata a fornire delucidazioni riguardo la malattia e dettagli circa il programma diagnostico-terapeutico
  5. Chiusura del colloquio.

Le cinque fasi sopracitate vengono espresse in oltre 70 communication process skills, delineate in modo puntuale per facilitare l'apprendimento e per applicarle con flessibilità, indirizzando le capacità individuali e le tecniche acquisite nell'interesse del singolo paziente e in relazione a diverse circostanze.

- La musico terapia è un intervento efficace per promuovere il benessere del paziente.

La seguente revisione ha anche evidenziato che la relazione può portare le persone che si prendono cura del malato all'esaurimento psicofisico. Ne consegue l'importanza di adottare strategie di incoraggiamento e di promozione della salute degli infermieri e dei caregivers.

Tutta via al giorno d'oggi non esistono né linee guida ministeriali né dei protocolli condivisi a livello ospedaliero che possano definire criteri specifici da implementare nella pratica clinica, per questo è importante e necessario che l'infermiere si tenga aggiornato sull'argomento attraverso la letteratura che comprende libri di testo, pubblicazioni scientifiche, studi di tipo osservazionale puro, analitico e studi sperimentali. I convegni, meeting, seminari e simposi sono un ottimo modo per approfondire le modalità di relazione in un reparto di oncologia, che sia il day hospital o il reparto di degenza.

È stato anche menzionato un concetto molto interessante, ma poco approfondito nell'ambito delle cure di malattie tumorali, che è quello di "alessitimia" introdotto per la prima volta negli anni Settanta da Jhone Nemian e Peter Sifneos. Con il termine "alessitimia" si indica un tratto di personalità caratterizzato da deficit nella consapevolezza soggettiva, nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni che potrebbero rappresentare fattori prognostici negativi o di vulnerabilità per il paziente affetto da una malattia oncologica. Da qui potrebbero nascere nuovi studi per approfondire livelli, sintomi e modalità di controllo dello spettro di condizioni cliniche che riguardano una disregolazione emotiva.

## 6. Conclusioni

Gli studi analizzati hanno permesso di esaudire i quesiti di ricerca prefissati all'inizio di questa revisione. Sono state descritte le modalità comunicative e l'importanza della relazione tra infermiere e il paziente oncologico. Ed illustrate le strategie utili da impiegare nel management del malato.

La revisione ha evidenziato gli strumenti attualmente utilizzati, tuttavia si possono ricercare nuove tecniche volte al miglioramento della relazione tra infermiere e paziente affetto dal tumore.

Come già evidenziato nel capitolo precedente al giorno d'oggi non esistono linee guida approvate a livello ministeriale per la guida dell'infermiere nell'instaurazione di un legame che possa giovare al benessere del paziente, sarebbe perciò auspicabile avere una guida che si collochi all'apice della piramide delle evidenze scientifiche.

Dato che la formazione dell'infermiere inizia quando esso si trova ancora dietro ai banchi universitari, quest'ultima in ogni modo promuove iniziative per favorire l'acquisizione "dell'arte di saper comunicare". A tal proposito in questi giorni si terrà un incontro sulla piattaforma Teams denominato con il seguente titolo "L'importanza delle parole. Le azioni positive del CUG". Riflettendo sull'importanza della parola è interessante riportare le parole di Luigi Pirandello "Abbiamo tutti dentro un mondo di cose: ciascuno un suo mondo di cose! E come possiamo intenderci, signore, se nelle parole ch'io dico metto il senso e il valore delle cose come sono dentro di me; mentre chi le ascolta, inevitabilmente le assume col senso e col valore che hanno per sé, del mondo com'egli l'ha dentro? Crediamo di intenderci; non ci intendiamo mai!" (Pirandello, L., 1948)

Per di più questa revisione ha evidenziato la necessità per gli infermieri di essere supportati con dei colloqui di gruppo finalizzati ad uno scambio di esperienze e d'idee.

Oltre all'iniziativa personale degli infermieri di voler migliorare la relazione con il paziente, ci deve essere un piano aziendale per la promozione del benessere psicologico del malato di cancro e quello dell'infermiere per prevenire in quest'ultimo l'esaurimento emotivo e nevroticismo. La proposta dell'organizzazione deve rappresentare i requisiti

specifici da rispettare in un reparto oncologico e deve contenere un'eventuale guida sui sistemi di supporto per il personale sanitario in situazioni di difficoltà.

## **Bibliografia e sitografia**

Bassi, M., Delle Fave, A., (2017). Psicologia generale per le professioni sanitarie (pp. 129-131). Novara: UTET Università.

Bovero, A., Cherasco, P., Trota, R., (2010). Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali. *Rivista di psicologia individuale*, 67, 41-51.

Brustia, P., (2020, Dicembre). “LA COMUNICAZIONE E LE RELAZIONI INTERPERSONALI”. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO  
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA.

Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., Overcash, J., (2017). Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 573-580.

Chan, E., A., Wong, F., Cheung, M., Y., Lam, W., (2018, June). Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *Journal Plose One*, 13(6).

Cucchi, A., Farroni, A., Gaggia, D., Marchetti, M., (2011, Giugno). L'INFERMIERE E LA SESSUALITA' NELLA PATOLOGIA CRONICA: QUALITÀ DI VITA E DI QUALITÀ ASSISTENZIALE. *Quel minuto in più. Una sfida per sé, una necessità per il malato*, 29-31.

Cucchi, A., Pelusi, G., Alegi, R., Giambartolomei., A., (2011, Giugno). ANALISI DEL VISSUTO DI MALATTIA DEL PAZIENTE ONCOLOGICO NELLA RELAZIONE INFERMIERE MALATO. *Quel minuto in più. Una sfida per sé, una necessità per il malato*, 25-26.

Cucchi, A., Mercuri, M., Gaggia, D., Graciotti, P., (2011, Giugno). QUEL MINUTO IN PIU': COSTRUIRE IL RAPPORTO UMANO COL PAZIENTE. UN LABORATORIO DELLA RELAZIONE NELL'OTTICA DELLE MEDICAL HUMANITIES. *Quel minuto in più. Una sfida per sé, una necessità per il malato*, 27-28.

De La Fuente-Soltana, E., I., Gomez-Urquiza, J., L., Canadas., G., R., Albendin-Garcia, L., Ortega-Campos, L., Canadas- De La Fuente, G., A., (2017, October). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 91-96.

Elmond, C., Schneider, N., Meller, I., Yagil, Y., (2011, September). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 358-363.

Fioretto, L., (2015, Maggio). La comunicazione: l'oncologo. *Aiom Associazione Italiana di Oncologia Medica*, 4.

FNOPI, (2019). CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE. URL: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/codice-deontologico-2019-correzione-1-agosto.pdf>

Lenti, S., Felici, M., Campanini, M., Fontanella, A., Nardi, R., Gussoni, G., (2017, March). LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE TRA PROFESSIONISTI NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO IN MEDICINA INTERNA. *QUADERNI - Italian Journal of Medicine*, 5(1), 13-22.

Lina Robertiello. URL: <http://linarobertiello.it/cosa-le-relazioni-interpersonali/>

Malfatti, A., Ferrari, D., Ferrandes, G., (2012, Gennaio). Musicoterapia in oncologia: studio quanti-qualitativo in ambito ospedaliero. *Musica&terapia*, 26, 12-23.

Marchetti, M., Lanari, A., Shkoza, D., Mercuri, M., (2021, Settembre). Fiducia: una condizione essenziale nella relazione infermiere-assistito. *NEU RIVISTA SCIENTIFICA DI FORMAZIONE INFERMIERISTICA*, 3, 46-53.

Ormellese, G., L., Dragonetti, A., G., (2019, Ottobre). LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA ONCOLOGICA DELLA TESTA E DEL COLLO: UN CASO CLINICO. Relazione ufficiale: XLIII Convegno Nazionale di Aggiornamento 2019 RAVELLO, 257-261.

Park, A., Park, H., J., (2021, June). The Relationships Between Oncology Nurses' Attitudes Toward a Dignified Death, Compassion Competence, Resilience, and Occupational Stress in South Korea. *Seminars in Oncology Nursing*, 37 (3), 1-7.

Pirandello, L., (1948). Sei personaggi in cerca d'autore. Torino: GIULIO EINAUDI EDITORE, 41.

Rossi, F., (2017, Aprile). La comunicazione in oncologia: un iceberg sommerso. Piesse (rivistapiesse.altervista.org), 3 (4-1), 1-15.

Scipioni, M., Conti C., Franchella, C., (2020, Febbraio). Fumo di sigaretta e alessitimia: una revisione sistematica. Tabaccologia,2,35-41.

Shery, L., R., Debra, S., B., Kristen, S., Paul, R., H., Patrik, O., M., Jane, M., et al. (2014, March). Randomized Clinical Trial of Therapeutic Music Video Intervention for Resilience Outcomes in Adolescents/Young Adults Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. American Cancer Society,120,909-17.

Stoval, M., C., (2015, March). Oncology Communication Skills Training: Bringing Science to the Art of Delivering Bad News. J. Adv Pract Oncol., 6(2),162-166.

Timothy, G., Nessa, C., Richard, M. F., Donna, L. B., Kari, B., Ronald, M. E., et al. (2017, November). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. Journal of Clinical Oncology, 35, 3618-3632.

Wilkikson, J., M., Barcus, L., Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC (2017). Rozzano: Casa editrice Ambrosiana.

Trevisi, S., (2021, Maggio). Alessitimia. I.S.C. URL: <https://istitutosantachiara.it/alessitimia/>

## **Ringraziamenti**

Vorrei ringraziare in particolar modo il mio docente e relatore della tesi Maurizio Mercuri, il quale mi ha guidato con maestria in questo percorso, con pazienza, impegno, disponibilità e fiducia.

Un ulteriore ringraziamento va a tutto il corpo docenti che in questi anni mi ha permesso di apprendere nuove conoscenze e anche alle guide di tirocinio che mi hanno trasmesso il loro sapere permettendomi di acquisire le competenze della mia futura professione.

Un grande ringraziamento va alle persone a me care, che hanno condiviso momenti difficili in questa grande avventura che si chiama “vita”, dandomi sostegno, consigli e standomi sempre vicino.

Infine, ma non per importanza, un grazie di cuore va al mio uomo e alla mia mamma che sono e saranno due pilastri fondamentali nella mia vita.