



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN

TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

La qualità dei trattamenti radianti percepita dai pazienti alla luce delle nuove tecnologie

Relatore:

DOTT. FRANCESCO FENU

Candidato:

ELENA FREDDI

Correlatore:

DOTT.SSA LILIANA BALARDI

Anno Accademico 2018/2019

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
1.1 ASPETTI PSICOLOGICI DELLA MALATTIA	2
1.1.1 I BISOGNI DEL MALATO DURANTE IL PERCORSO DI CURA	4
1.1.2 IL RUOLO DELLA FAMIGLIA	6
1.2 ASPETTI SOCIOPSICOLOGICI DELLA PROFESSIONE: L'INTERAZIONE CON IL PAZIENTE ONCOLOGICO	8
1.2.1 IL RISCHIO DI <i>BURN OUT</i>	10
1.3 LA RELAZIONE DI CURA	11
1.4 STRUMENTI DI VALUTAZIONE PER I DISTURBI PSICHICI LEGATI ALLA MALATTIA	12
1.4.1 IL DISTURBO D'ANSIA	12
1.4.2 <i>STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY</i>	13
1.4.3 IL DISTURBO DEPRESSIVO	14
1.4.4 <i>BECK DEPRESSION INVENTORY</i>	15
1.5 LE NUOVE TECNOLOGIE IN RADIOTERAPIA	16
1.6 APPLICAZIONE DEI DATI IN AMBITO RADIOTERAPICO	19
2. MATERIALI E METODI	20
3. RISULTATI	33
4. DISCUSSIONE	47
5. CONCLUSIONI	49
6. BIBLIOGRAFIA	50

1. INTRODUZIONE

Ogni giorno in Italia circa mille persone ricevono una diagnosi di tumore maligno. Nel corso dell'ultimo anno sono stati stimati circa 371.000 nuovi casi di cancro, esclusi i carcinomi della cute: 196.000 fra gli uomini, 175.000 fra le donne. (1)

La radioterapia oncologica negli ultimi decenni ha assunto un ruolo significativo nella cura dei tumori. Infatti, si stima che quattro persone su dieci siano sottoposte a radioterapia, da sola o associata ad altri trattamenti, quali la chirurgia o la chemioterapia. Per la maggior parte dei pazienti, il trattamento radioterapico rappresenta una brusca interruzione della quotidianità: il paziente è costretto a fermarsi, ad accettare i cambiamenti, ad abituarsi ad una nuova quotidianità e a fronteggiare mille pensieri, nuove paure ed ansie.

I progressi scientifici e tecnologici hanno consentito un maggiore impiego della radioterapia, permettendo di trattare neoplasie che prima non potevano essere controllate, erogando alte dosi ai siti tumorali e preservando contemporaneamente i tessuti sani circostanti. Le tecniche di radioterapia risultano essere ancora più complesse, tali da impegnare maggiormente il paziente in termini di tempo sulle apparecchiature radioterapiche. Di conseguenza, la gestione del paziente tende ad essere sempre più tecnica, mettendo in secondo piano la figura stessa del paziente in quanto persona.

Questa tesi non si limita all'analisi dell'esito di guarigione, ma viene valutato l'aspetto percettivo della qualità che il paziente coglie durante il trattamento proposto. Il percorso di cura del paziente deve essere orientato verso un sistema che presti attenzione non soltanto agli aspetti tecnici, ma anche agli aspetti umani e gestionali, al fine di migliorare tali sfaccettature della cura del paziente, altresì fondamentali.

1.1 Aspetti psicologici della malattia

La malattia oncologica, percepita come una minaccia esistenziale, è sempre un evento sconvolgente che introduce dei cambiamenti nella vita di una persona. La malattia richiama l'immagine della sofferenza, della morte e non è stata ancora sviluppata la consapevolezza che di cancro non sempre si muore.

La malattia non deve essere considerata limitatamente come un evento biologico, ma deve essere contemplata come l'interazione dinamica e variabile tra fattori biologici, psicologici e sociali. (2) Il dualismo viene superato perché il corpo e la mente non sono più considerati due entità separate ma dimensioni dinamiche e integrate della persona, entrambe coinvolte nelle variazioni di salute e malattia. La malattia modifica l'assetto di vita precedente, suscita una crisi e uno sconvolgimento psicologico ed è sempre fonte di dolore. Di conseguenza, ricopre un ruolo fondamentale il supporto psicologico rivolto ad un paziente il cui disagio è generato dalla situazione traumatizzante della malattia.

Ogni paziente vive e affronta la malattia in modo soggettivo e unico, riconducibile tuttavia al modello elaborato da Elizabeth Kübler-Ross nel 1969. (3) Tale modello presenta le cinque fasi del dolore, che possono alternarsi e ripresentarsi più volte, con varia intensità e senza un ordine preciso:

- Fase di negazione: il diniego della consapevolezza di malattia funge da difesa rispetto alla sofferenza psichica. Il rifiuto psicotico della verità sullo stato di salute può essere utile al malato come protezione dall'eccessiva ansia di morte e come tempo necessario a organizzarsi. Con il progredire della malattia, tale difesa diventa sempre più debole e il processo di guarigione ha inizio.

- Fase di rabbia: incominciano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura. È uno scenario comune in cui l'interrogativo principale è "perché proprio a me?". Si potrebbe iniziare a incolpare gli altri per il dolore che si vive, e re-indirizzare la rabbia verso amici e familiari. Rappresenta un momento critico che può essere sia il momento di massima richiesta di aiuto, ma anche il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé.
- Fase di negoziazione: la persona inizia ad organizzare il proprio futuro, cominciando una specie di negoziato che si può instaurare con parenti e amici, o con figure religiose. La persona riprende il controllo della propria vita e cerca di rimediare ove possibile.
- Fase di depressione: si manifesta quando la malattia progredisce e il livello di sofferenza aumenta. In questa fase la persona non può più negare la propria condizione di salute, e inizia a prendere coscienza della malattia, per cui la negazione e la rabbia vengono sostituite da un forte senso di sconfitta. A ciò si aggiunge il crollo della speranza e della fiducia riposti nelle terapie e nella possibilità di guarire.
- Fase di accettazione: le emozioni iniziano a stabilizzarsi e si verifica un ritorno alla realtà. In questa fase il paziente tende a essere silenzioso e a raccogliersi, essendo un momento di adattamento e riadattamento. (3)

Le reazioni psicologiche alla diagnosi di cancro hanno conseguenze sull'adattamento psicosociale alla malattia, sulle complicanze psicopatologiche, sull'aderenza ai regimi terapeutici e sul decorso della malattia. La risposta ad una diagnosi di malattia varia in base alle differenze personologiche e culturali, per cui ogni persona tende ad elaborare strategie cognitive, comportamentali ed emotive necessarie per fronteggiare problemi personali ed interpersonali, allo scopo di controllare, limitare e

tollerare lo stress e il conflitto. Tali tecniche, che prendono il nome di strategie di *coping*, sono state raggruppate in cinque categorie diverse:

- Inermità: il paziente è pervaso da elevati livelli di ansia e depressione, è convinto di non essere capace di controllare gli eventi e tende alla rinuncia;
- Fatalismo: il paziente è caratterizzato da bassi livelli di ansia e depressione, ma propende alla rassegnazione ed accettazione degli eventi destinati a lui;
- Preoccupazione ansiosa: il paziente esterna elevati livelli di ansia ed è alla costante ricerca di rassicurazioni;
- Spirito combattivo: il paziente è convinto di poter controllare parzialmente gli eventi e mostra adesione alle cure e alle indicazioni terapeutiche ricevute;
- Evitamento: il paziente manifesta distrazione e disinteresse rispetto alla malattia e si può verificare una riduzione della compliance. (4)

1.1.1 I bisogni del malato durante il percorso di cura

In seguito alla diagnosi di cancro, l'individuo assiste ad un'alterazione degli equilibri che fino a quel momento garantivano armonia alla quotidianità: si modificano le relazioni familiari e sociali, vengono interrotti i ritmi abituali e si entra in uno stato di crisi, sia con il mondo esterno sia con la propria personalità.

I sentimenti più comuni che nascono in seguito alla diagnosi di cancro sono l'abbandono, la solitudine e l'emarginazione, come conseguenza di non riuscire più a riconoscersi come individuo. (5) Le reazioni emotive producono uno stato di disequilibrio, che si traduce in un'instabilità interna e relazionale. Risulta fondamentale, dunque, riconoscere e comprendere i bisogni psicologici del malato tra cui il bisogno di sicurezza, che si coniuga nelle sensazioni di non sentirsi abbandonato e ingannato, il bisogno di

ricevere un'assistenza adeguata e attenzioni sulle difficoltà specifiche della propria situazione da parte del personale sanitario. (6)

Il periodo compreso tra gli accertamenti clinici e la conferma diagnostica è caratterizzato da paralisi emotiva in cui si sussegue un turbinio di sentimenti, quali incredulità, paura e angoscia. Il paziente può sperimentare la sensazione di sentirsi solo e, in alcuni casi, il desiderio di rimanere da solo, per evitare il confronto con la realtà. È importante in questa fase rispettare i tempi di accettazione della malattia da parte del paziente e non pretendere che il paziente palesi le proprie emozioni. (6)

Nel periodo delle terapie, il paziente tende a manifestare i propri dubbi e a ricercare in ogni medico la conferma riguardo alla possibilità di guarigione. In questo periodo, ansia e paura invadono il paziente che si trova a vivere la minaccia di annichilamento e il timore di perdere il controllo. Ansia e paura possono essere accompagnate da senso di impotenza e rabbia. Al fine di instaurare un rapporto basato sulla collaborazione, sono fondamentali in questa fase l'ascolto attivo, l'empatia e la coerenza. (6)

Il periodo tra la fine delle terapie e l'inizio del follow-up rappresenta un momento emotivamente difficile per il paziente, che è pervaso da sensazioni di insicurezza e di pericolo imminente. Il paziente può vivere in uno stato depressivo che si accompagna all'ossessione di un possibile peggioramento della malattia. In questa fase, il paziente può assumere due atteggiamenti differenti nei confronti degli esami: da una parte prevale la tendenza a ritardare o evitare esami e controlli, dall'altra prevale la ripetizione compulsiva di questi ultimi. È, dunque, sostanziale un dialogo aperto sulle emozioni. (6)

Nei casi di recidiva della malattia, nel paziente è preponderante il senso di sconfitta. Si assiste ad una riacutizzazione di tutte le ansie e le paure, alle quali si aggrega la delusione delle aspettative riposte nella medicina. (6)

Nella fase terminale della malattia, il paziente prende coscienza della gravità della malattia, nonostante rimangano ancorate le preoccupazioni e le paure che iniziano a riguardare la sofferenza fisica e l'abbandono prematuro dei propri cari. Vengono esternati sentimenti di tristezza e disperazioni sotto forma di perdita di interesse, senso di colpa e angoscia persistente della morte. Il paziente necessita di conoscere la propria situazione clinica e può decidere di mantenere il controllo della propria vita o delegarlo ad altri. Il paziente può optare di organizzare il proprio futuro oppure vivere la propria vita giorno dopo giorno. In questa fase, l'obiettivo principale è avviare un processo di confronto e di sostegno, ed instaurare una dinamica basata sul dialogo in cui il paziente riesca ad esprimere le proprie sofferenze. (6)

1.1.2 Il ruolo della famiglia

Il cancro non è solo una situazione di sofferenza individuale, ma uno status psicosociale in cui si assiste ad uno sconvolgimento delle dinamiche relazionali, delle abitudini quotidiane e dei rapporti sociali che investe l'intero nucleo familiare. La famiglia può sentirsi emotivamente e culturalmente impreparata a sostenere una tale situazione e non sempre è in grado di fare fronte alle necessità del paziente. L'insorgenza del cancro può avere un duplice effetto: da una parte viene compromesso il benessere psicologico e sociale del paziente e della famiglia, dall'altra la capacità di reagire della famiglia può influenzare negativamente o positivamente il decorso della malattia. (7)

La malattia segna talmente tanto la vita familiare che alcuni pazienti giungono ad affermare che tale situazione può fungere da potente fattore di

coesione, che rafforza l'unione della famiglia, oppure da pericoloso innesco che causa un inesorabile declino del legame familiare. (8) L'organizzazione e il funzionamento familiare sono definibili da alcune caratteristiche quali l'adattabilità, intesa come capacità di modellare i propri ruoli per fronteggiare eventi critici, la coesione e la capacità di esprimere le emozioni. Sulla base di tali caratteristiche vengono individuate cinque tipologie di famiglie: famiglie sostenitrici, caratterizzate da forte e stabile coesione; famiglie risoltrici di conflitti, nelle quali si osserva una comunicazione efficace; famiglie intermedie; famiglie ostili, afflitte da scadente coesione e frequente conflittualità; famiglie cupe, sofferenti di livelli clinici di depressione sostenuta da rabbia repressa. (9)

La famiglia riveste un compito fondamentale nel percorso di cura di un malato oncologico: infatti, è proprio nella famiglia che si identifica il ruolo di *caregiver*. L'attività del *caregiver* può riguardare funzioni di accompagnamento, di supporto per le pratiche amministrative, di sostegno psicologico, di supporto diretto alla persona e per il mantenimento delle relazioni sociali. All'attività di *caregiving* corrispondono però diversi bisogni del familiare stesso: egli, infatti, detiene responsabilità fisicamente ed emotivamente molto impegnative, considerando che solitamente non ha una formazione specialistica ed è anche coinvolto dal punto di vista affettivo. (10)

Il bisogno del familiare che emerge in tutte le fasi della malattia è un efficiente scambio di informazioni ed un atteggiamento disponibile da parte dei sanitari nel rispondere ai propri dubbi, unitamente all'utilizzo di un linguaggio semplice e comprensibile in risposta alle domande sulla malattia, sulla prognosi e sui trattamenti. Includere la famiglia nelle decisioni durante le varie fasi della malattia permette di incoraggiare l'espressione dei sentimenti, di affrontare problemi concreti e di superare momenti di crisi. Pertanto, la famiglia deve essere inserita nel contesto di

cura, sia per alleviare i livelli di sofferenza sia per sostenere indirettamente il paziente, in quanto è la famiglia il primo luogo in cui il paziente ricerca supporto emozionale e psicologico. (11)

1.2 Aspetti sociopsicologici della professione: l'interazione con il paziente oncologico

Durante il periodo della malattia, si tende a considerare il malato come oggetto di cura, entità separata dalla persona che prova sentimenti, emozioni e sensazioni. Tale situazione scaturisce dal vecchio modello di rapporto operatore sanitario-paziente di tipo paternalistico (12), in cui l'operatore sanitario, nella fattispecie del medico, era legittimato ad agire o non agire per il bene di una persona senza che fosse necessario chiedere il suo consenso. Successivamente, al modello paternalistico è subentrato un modello fondato sulla centralità della persona, dove la persona non è presa in considerazione solo da punto di vista patologico, ma anche nel suo vissuto soggettivo al fine di curare la persona in quanto tale.

Ogni richiesta di cura proveniente dal paziente non è solo una richiesta per il recupero della salute, ma anche un'esigenza di relazione. Nel momento in cui i sanitari si relazionano con il paziente è fondamentale che venga riconosciuto a quest'ultimo il valore di soggetto, tenendo conto delle sue capacità, del suo bisogno di inclusione e di attenzione. È importante, dunque, che l'operatore sanitario riesca a mostrarsi agli occhi del paziente non solo come figura competente da un punto di vista tecnico, ma come una figura in grado anche di percepire e supportare preoccupazioni, angosce e timori: una persona che sappia ascoltare ed entrare in armonia con chi gli sta di fronte. (6)

Il rapporto che si instaura tra paziente e curante deve basarsi sul rispetto e sulla considerazione della persona, della sua condizione clinica e dei suoi

tempi di accettazione della malattia. L'operatore sanitario deve, in particolar modo, prestare attenzione allo sconvolgimento e alla sofferenza psicologica, derivati dalla malattia. Si rivela importante soddisfare il bisogno del paziente di essere ascoltato e di essere incluso nel processo di cura. (13) Manifestare costantemente interesse per le condizioni, sia fisiche sia psicologiche, del paziente permette di incrementare la *compliance* alle terapie, mentre verificare che il paziente abbia compreso il percorso di cura gli consente di affrontare la malattia e i trattamenti consapevolmente.

Un ruolo rilevante nel processo terapeutico è svolto dal tecnico di Radioterapia, che rappresenta una figura centrale nell'approccio del paziente al piano di cura. Infatti, il tecnico di Radioterapia accoglie il paziente ogni giorno, prepara i sistemi di immobilizzazione, assiste il paziente nell'assumere il giusto posizionamento per il trattamento ed esegue il trattamento di cui è responsabile, secondo le modalità stabilite dal medico radioterapista. Il rapporto giornaliero che si instaura tra paziente e tecnico di Radioterapia induce lo sviluppo di un coinvolgimento psicologico, emozionale e relazionale che spinge il paziente ad affidare i propri stati d'animo al tecnico sanitario. Il tecnico di Radioterapia deve porsi in una relazione personalizzata con il paziente, poiché i bisogni della persona hanno carattere soggettivo. Tuttavia, egli deve assolvere alcuni doveri comuni a tutti i pazienti. In particolare, il tecnico deve sostenere il paziente, soprattutto nei momenti più delicati; arginare ansie e paure, incoraggiando a verbalizzare pensieri e sentimenti legati alla malattia; aiutare il paziente a sviluppare atteggiamenti e comportamenti più adattivi; favorire la comunicazione tra paziente, equipe medica e famiglia. (4)

1.2.1 Il rischio di *burn out*

Le situazioni di dolore e sofferenza, che il tecnico di Radioterapia si ritrova ad affrontare quotidianamente, può suscitare numerosi sentimenti non sempre facili da riconoscere e accettare con il conseguente rischio di essere soggetto alla cosiddetta sindrome di *burn out*. Secondo la definizione fornita da Maslach, la sindrome di *burn out* (14) può essere descritta come una sindrome di esaurimento emotivo, che si traduce nella sensazione di essere emotivamente affievolito e di sentirsi esaurito dal proprio lavoro, di depersonalizzazione, intesa come distacco e indifferenza nei confronti sia del lavoro sia del paziente, e di mancata realizzazione personale che comporta sfiducia nelle proprie competenze e inibizione del desiderio di successo.

Le cause riconosciute del *burn out* possono essere attribuite al sovraccarico di lavoro, quando le richieste lavorative sono così elevate da esaurire le energie individuali al punto da non rendere possibile il recupero; al senso di impotenza, l'operatore ritiene che il suo lavoro non riesca ad influire sull'esito di un determinato evento; alla mancanza di riconoscimento, quando l'operatore percepisce di ricevere un riconoscimento inadeguato per il lavoro svolto; alla mancanza di controllo, quando l'operatore percepisce di avere insufficiente controllo sulle risorse necessarie per svolgere il proprio lavoro; all'assenza di equità, quando non viene percepita l'equità nell'ambiente di lavoro; alla presenza di valori contrastanti, quando la persona non condivide i valori che l'organizzazione trasmette. (15)

Tale situazione genera atteggiamenti negativi verso sé stessi e verso i pazienti, con una conseguente riduzione dell'attività lavorativa, dell'impegno e dello stato di salute. Per prevenire la comparsa della sindrome di *burn out* è importante garantire all'operatore spazio e tempo per rielaborare e gestire le proprie emozioni e porre l'operatore sanitario

nelle condizioni di poter sviluppare la consapevolezza del proprio vissuto al fine di evitare identificazioni e proiezioni, e quindi gestire le proprie emozioni. (14)

1.3 La relazione di cura

I punti cardini di una relazione di cura, che si instaura tra operatore sanitario e paziente, sono rappresentati dal prendersi cura, accudire e dedicarsi all'altro in quanto persona. In quest'ottica giocano un ruolo fondamentale l'empatia, cioè l'atto attraverso il quale è possibile cogliere la qualità dell'esperienza vissuta estranea (16), e l'attenzione, che è il primo approccio alla cura. (17) Nella relazione di cura, il curante deve impegnarsi al fine di eliminare l'intollerabile, di ridurre un dolore e soddisfare un bisogno. (18)

I principali fattori che influenzano la qualità della relazione di cura sono da ricercare specialmente nella comunicazione. Infatti, l'atteggiamento dei professionisti sanitari svolge un ruolo importante nel raggiungimento della soddisfazione dei pazienti. Quando i medici e gli operatori sanitari elargiscono attenzioni ai pazienti, questi ultimi tendono a fidarsi meglio. Di conseguenza, i medici, che percepiscono tale fiducia, sono inclini ad essere più calmi e a non avvertire la pressione psicologica, evitando così comportamenti difensivi che possono portare ad una maggiore prescrizione di accertamenti e terapie farmacologiche non necessarie. Inoltre, un altro fattore che condiziona la relazione di cura è il carattere asimmetrico della comunicazione, in particolare quando i pazienti hanno scarsa conoscenza e familiarità con il sapere medico. (19)

I pazienti considerano la relazione di cura più forte e stabile quando possono discutere con i loro medici delle informazioni acquisite fuori dal contesto medico e quando percepiscono i medici sereni in questa discussione e non affrontati nella loro autorevolezza e competenza. (20) In

conclusione, i pazienti che riferiscono una buona comunicazione con il proprio medico sono più propensi a seguire i consigli e a aderire al trattamento prescritto e sono più soddisfatti degli esiti di cura.

1.4 Strumenti di valutazione per i disturbi psichici legati alla malattia

La malattia oncologica può avere dei riflessi psicologici nel paziente ed essere dunque causa dell'insorgenza di disturbi psichici, quali ansia e depressione. (21)

1.4.1 Il disturbo d'ansia

Il disturbo d'ansia è la reazione alla minaccia rappresentata dal cancro e dal suo trattamento. Può essere definito come l'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. (American Psychiatric Association, 1994)

L'ansia è caratterizzata da quattro diverse componenti (22):

- Componente cognitiva, rappresentata dalla sopravvalutazione del pericolo supposto e dalla sottovalutazione delle proprie capacità nel prevenirlo e gestirlo;
- Componente emotiva, tradotta in emozione di paura, terrore o panico, associati a manifestazioni somatiche;
- Componente somatica, comprende le manifestazioni fisiologiche legate all'attivazione ansiosa. Il corpo si prepara ad affrontare il pericolo attivando l'organismo e predisponendosi alla lotta o alla fuga attraverso una serie di modificazioni, quali aumento della pressione sanguigna, della sudorazione, degli atti respiratori;

- Componente comportamentale, sono messi in atto comportamenti volontari e involontari finalizzati alla fuga e all'evitamento della minaccia.

Esistono due tipologie di ansia: l'ansia di stato e l'ansia di tratto. (23)
L'ansia di stato si manifesta come una rottura nell'equilibrio emotivo della persona; si esprime per mezzo di una sensazione soggettiva di tensione, preoccupazione, inquietudine e nervosismo. Elevati livelli di ansia di stato risultano particolarmente spiacevoli, disturbanti e addirittura dolorosi, al punto da indurre la persona a mettere in atto dei meccanismi comportamentali di adattamento finalizzati a porre fine a queste sensazioni. L'ansia di tratto si caratterizza come un elemento relativamente stabile della personalità, un atteggiamento comportamentale che rispecchia la modalità con cui l'individuo tende a percepire come pericolosi o minacciosi determinati stimoli e situazioni ambientali. I soggetti con elevata ansia di tratto mostrano una reattività più marcata ad un numero maggiore di stimoli e sono caratterizzati dalla tendenza alla sensibilità e alla colpa.

1.4.2 *State-Trait Anxiety Inventory*

Uno strumento utilizzato frequentemente per la misurazione dell'ansia di stato e di tratto è lo *State-Trait Anxiety Inventory*, ideato da Spielberg nel 1964, che si articola in due sotto-scale: lo STAI *T-Anxiety Scale* e la STAI *S-Anxiety Scale* che esplorano, rispettivamente, l'ansia di tratto e l'ansia di stato. Nel 1983 è stata pubblicata una revisione dello STAI, la Form Y, in grado di distinguere in modo più preciso i due tipi di ansia. È evidente che, nella distinzione tra ansia di tratto ed ansia di stato, è fondamentale la precisa definizione del periodo di tempo preso in considerazione per la compilazione del questionario, poiché è inevitabile che, quanto più è ampio il periodo di tempo a cui il soggetto deve fare riferimento, tanto maggiore è la probabilità di valutare un tratto.

Lo *State-Trait Anxiety Inventory* forma Y è un questionario di autovalutazione costituito da 40 domande, 20 domande riferite a come il soggetto si sente nel momento in cui compila il test e 20 domande riferite a come il soggetto si sente abitualmente, dove l'individuo valuta su una scala da 1 a 4 (dove 1 equivale a "per nulla" e 4 a "moltissimo") quanto tali affermazioni si addicono al proprio comportamento.

Confrontando il punteggio ottenuto con i valori soglia specifici per età e sesso, è possibile differenziare la popolazione in pazienti ansiosi e pazienti non ansiosi.

1.4.3 Il disturbo depressivo

La depressione è un disturbo dell'umore molto diffuso, caratterizzato da tristezza, bassa autostima, perdita di interesse o piacere nelle attività normalmente soddisfacenti. (24) I disturbi depressivi comprendono due sottocategorie principali: il disturbo depressivo maggiore, che comporta sintomi come umore depresso, perdita di interesse e riduzione dell'energia, e la distimia, una forma cronica di lieve depressione i cui sintomi sono simili a quelli dell'episodio depressivo, ma tendono ad essere meno intensi e a durare più a lungo.

Il disturbo depressivo si manifesta attraverso vari segnali, quali:

- Umore depresso per la maggior parte del giorno;
- Marcata diminuzione o perdita di interesse o piacere (anedonia o apatia);
- Agitazione o rallentamento psicomotorio;
- Affaticabilità, perdita o mancanza di energia (astenia);
- Disturbi d'ansia;
- Insonnia o ipersonnia;

- Significativa perdita o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito;
- Disturbi psicosomatici;
- Tendenza all'isolamento, alla solitudine, alla sedentarietà, scarsa cura di sé e auto-abbandono con diminuzione dei rapporti sociali e affettivi;
- Sentimenti di inquietudine, impotenza, inutilità, delusione costante, pessimismo sul futuro, vittimismo, perdita di senso di vivere, senso di vuoto, tendenza al pianto, sconforto o disperazione;
- Ricorrenti pensieri di morte. (25)

Il disturbo depressivo maggiore può manifestarsi con diversi livelli di gravità. Alcune persone presentano sintomi depressivi di bassa intensità, legati ad alcuni momenti di vita, mentre altre si sentono così depresse da non riuscire a svolgere le normali attività quotidiane. Le forme gravi sono caratterizzate da un numero più elevato di sintomi, una maggiore intensità e durata nel tempo della sintomatologia e una maggiore compromissione delle attività quotidiane.

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la depressione è al momento la quarta causa di disabilità nel mondo: i pazienti depressi presentano cioè una disabilità lavorativa e sociale più elevata rispetto ad altre patologie.

1.4.4 *Beck Depression Inventory*

Uno strumento utilizzato frequentemente per misurare la gravità della depressione è il *Beck Depression Inventory*, creato da Aaron T. Beck nel 1961. La scala è stata costruita per misurare le manifestazioni comportamentali della depressione, privilegiando i correlati cognitivi come la tristezza, il pessimismo, il senso di fallimento, l'insoddisfazione, il senso

di colpa, i sentimenti di punizione, l'autostima, l'autocritica, le idee suicidarie, l'irritabilità, l'indecisione, la perdita di interesse, la perdita di energia, il disturbo del sonno, il calo dell'appetito e il calo della libido. La scala si è mostrata estremamente utile per monitorare le variazioni della gravità sintomatologica nel tempo, poiché misura le condizioni psichiche del soggetto nella settimana antecedente alla sua somministrazione. Il punteggio totale risulta pertanto un indice di stato della depressione.

Il BDI-II rappresenta la seconda edizione del BDI, pubblicata nel 1996 in seguito alla pubblicazione dell'APA del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali IV edizione, che ha cambiato molti dei criteri diagnostici per il disturbo depressivo maggiore. È stato dimostrato che il BDI-II ha un'elevata coerenza interna, intesa come riproducibilità nel tempo, a parità di condizioni, dei risultati da esso forniti, con un coefficiente $\alpha = 0,91$. (26)

Il BDI contiene 21 gruppi di affermazioni, ciascuno costituito da quattro risposte a cui viene assegnato un punteggio compreso tra zero e tre, che indica la gravità del sintomo. Il paziente è invitato a scegliere per ogni gruppo di affermazioni quella che meglio lo descrive. Il test restituisce un punteggio totale che, confrontato con i valori soglia, indica il grado di depressione del soggetto, offrendo così la possibilità di differenziare le popolazione in pazienti depressi e pazienti non depressi.

1.5 Le nuove tecnologie in Radioterapia

Lo sviluppo della tecnologia ha consentito di perfezionare alcuni aspetti delle tecniche di radioterapia. Recentemente, infatti, si sono diffuse metodiche ancora più innovative, quali la radioterapia guidata dalle immagini (IGRT), la radioterapia ad intensità modulata (IMRT) e la radioterapia stereotassica (SRT).

La Radioterapia Guidata dalle Immagini (IGRT) consente di visualizzare l'anatomia del paziente immediatamente prima di iniziare il trattamento, ottenendo quindi in tempo reale una precisa conoscenza della localizzazione del volume bersaglio. Ciò ha condotto ad un'ulteriore riduzione dei margini del volume trattato, a minori complicazioni, a una riduzione degli errori di *set-up*, dovuti al movimento del target, e ad un aumento della dose totale al volume bersaglio. Le immagini, che vengono acquisite prima della seduta tramite sistema OBI o EPID, vengono comparate con le immagini TC del piano di trattamento accettato, permettendo di calcolare gli *shift* del lettino porta-paziente e correggere, dunque, gli errori di *set-up* applicando tali spostamenti. (27)

L'IMRT è una tecnica radioterapica che aggiunge una modulazione di intensità del fascio alla conformazione geometrica sulla massa neoplastica, salvaguardando in modo ottimale i tessuti sani adiacenti riducendo quindi la probabilità di complicanze. La maggiore conformazione al tumore e la rapida caduta della dose alla sua periferia permettono inoltre di erogare al bersaglio una dose più elevata rispetto alla radioterapia 3D conformazionale. Uno degli obiettivi dell'IMRT è creare una distribuzione di dose conformata quanto possibile al volume bersaglio nel rispetto dei limiti imposti dagli organi a rischio. Esistono due tipologie di IMRT: a gantry fisso e a gantry rotante.

Relativamente alla prima categoria, la modulazione del fascio è ottenuta utilizzando collimatori multi-lamellari (MLC) statici, nella tecnica *step and shoot*, o dinamici, nella tecnica *sliding window*. Nel primo caso, la modulazione è assicurata erogando campi multipli statici in successione, ognuno con fluensa uniforme, con il fascio spento nelle fasi di passaggio tra due differenti configurazioni del MLC. Nel secondo caso, il fascio non viene mai spento durante il movimento delle lamelle e la modulazione è

garantita dalla variazione della distanza tra ogni coppia di lamelle e della velocità di scorrimento delle stesse. (28)

La seconda categoria include tutte le tecniche di erogazione della dose durante il movimento del gantry, quali la tecnica IMAT (*Intensity Modulated Arc Therapy*) e la tomoterapia. La prima tecnica consente di conformare la dose mediante rotazione continua del gantry attorno al paziente, durante il quale vengono modificati vari parametri, quali velocità di rotazione del gantry, geometria di conformazione del MLC, angolo del collimatore e *dose rate*. (29) La tomoterapia è un trattamento continuo di tipo rotazionale che prevede l'irradiazione del paziente tramite rotazione del gantry contemporaneamente alla traslazione longitudinale del lettino. La tomoterapia consente di trattare più di un bersaglio in una stessa seduta, con dosi più elevate e circoscritte. (30)

La radioterapia stereotassica (SRT) è una tecnica che permette di erogare con grande precisione una cospicua dose di radiazioni su un volume tumorale, provocandone la necrosi attraverso l'alto gradiente di dose che si crea fra il volume bersaglio e i tessuti sani. La SRS consente di ottenere una concentrazione della dose in volumi molto piccoli e spesso adiacenti a organi sensibili al danno da radiazioni. Nell'intero processo di realizzazione di un trattamento SRT è richiesta un'estrema accuratezza da un punto di vista sia clinico che dal punto di vista fisico-dosimetrico. (31)

Nelle moderne tecniche radioterapiche sopra descritte, anche piccole incertezze geometriche possono comportare variazioni dosimetriche significative. Da qui, appare chiara la necessità di raggiungere la massima precisione possibile nell'esecuzione del trattamento ricorrendo all'IGRT e utilizzando adeguati sistemi di immobilizzazione. Perciò sono stati introdotti nuovi sistemi che richiedono un maggior impegno sia da parte del personale sanitario sia da parte del paziente. Al personale tecnico è richiesta una precisione fondamentale nel confezionamento del sistema di

immobilizzazione al fine di garantire la massima comodità e riproducibilità della posizione del paziente durante le successive sedute di trattamento. D'altra parte, questi sistemi di immobilizzazione, come la maschera termoplastica o il sistema Combifix, presuppongono uno stress fisico più rilevante da parte del paziente, che è costretto giornalmente a mantenere una determinata posizione per il tempo di trattamento. In quest'ottica rientra la capacità del tecnico di Radioterapia di cogliere e comprendere eventuali condizioni di disagio da parte del paziente derivanti dall'utilizzo dei sistemi di immobilizzazione al fine di rendere più semplice il percorso di cura.

Inoltre, le nuove tecniche introdotte in ambito radioterapico prevedono una preparazione più specifica, da cui consegue un maggior impegno del paziente. Ad esempio, alcuni protocolli, adottati nella SOD di Radioterapia dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, contemplano che il paziente si presenti prima dell'orario di seduta per osservare gli accorgimenti previsti prima di iniziare il trattamento. Dunque, è importante rendere più agevole il tempo che il paziente trascorre negli ambienti della SOD di Radioterapia.

1.6 Applicazione dei dati in ambito radioterapico

Al fine di ottenere un'analisi della qualità dei servizi ottimizzata sulla base della percezione che il paziente ha della realtà, anzitutto sono stati somministrati un test STAI Y-2 e un test BDI-II ad ogni paziente.

Tali questionari risultano essere fondamentali perché è importante comprendere lo stato psichico del paziente in quanto influisce sulla visione di ciò che lo circonda, e quindi sulla concezione che il paziente ha del servizio che viene reso dalla SOD di Radioterapia.

2. MATERIALI E METODI

Per questo studio, sono stati presi in considerazione i pazienti che hanno iniziato un trattamento radiante nel periodo di tempo compreso tra giugno e settembre 2019 presso la SOD di Radioterapia dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Indipendentemente dall'indicazione radioterapica (curativa, post-operatoria, palliativa, antalgica), il questionario è stato somministrato a tutti i pazienti in grado di dare un giudizio sulla qualità percepita relativa ai servizi in Radioterapia, alla fine del percorso di cura. In totale, i pazienti che hanno partecipato a tale indagine, anonimamente e dichiarando solo il sesso, sono 63, di cui 35 donne e 28 uomini (Tab 1).

63 PAZIENTI	
35 DONNE ♀	28 UOMINI ♂

Tab 1

Il questionario, formulato da un altro centro oncologico, è stato adattato in base alle procedure in atto presso la nostra sede ed è costituito da 18 domande, relative ai diversi aspetti del percorso radioterapico descritti di seguito:

- Aspetti amministrativi, dalla domanda n°1 alla domanda n°4, concernenti le procedure per la prenotazione, il tempo di attesa, il rispetto dell'orario e lo svolgimento delle pratiche amministrative (Figura 1);
- Comfort ambientale, dalla domanda n°5 alla domanda n°8, in merito all'igiene e alla pulizia degli ambienti (Figura 1, Figura 2);

- Comunicazione, domanda n°9, relativa al livello di informazioni ricevute dal personale (Figura 2);
- Personale sanitario, dalla domanda n°10 alla domanda n°15, riguardanti la gentilezza, disponibilità, competenza e capacità professionale del personale tecnico, medico e infermieristico (Figura 2, Figura 3);
- Personale amministrativo, domanda n°16 e n°17, pertinente alla gentilezza, disponibilità, competenza e capacità professionale del personale di segreteria (Figura 3);
- Rapporti tra personale e familiari, domanda n°18 (Figura 3).

Per compilare il questionario, si impiegano in media 7/8 minuti. Per ogni domanda, il paziente deve scegliere una tra le quattro risposte fornite in una valutazione di scala da “molto buono” a “per nulla soddisfacente”, a cui è associata una figura per facilitare la scelta della risposta. Nella parte finale, i pazienti possono lasciare osservazioni o suggerimenti nello spazio dedicato (Figura 3).

Sesso _____



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

**INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI PER LA QUALITÀ PERCEPITA
PER I SERVIZI NEL REPARTO DI RADIOTERAPIA**

Gentile Signora/e,

Le chiediamo cortesemente qualche minuto di attenzione per esprimere il Suo parere e ogni altro suggerimento che può essere utile per migliorare la qualità delle prestazioni ricevute.

La informiamo che i dati da Lei forniti nel questionario verranno trattati osservando ogni cautela sulla riservatezza.

Posizioni una croce (x) nella casella che meglio esprime la Sua opinione. Cortesemente, metta una sola risposta.

Grazie per il Suo tempo.

1. Procedure per la prenotazione della visita/prestazione:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

2. Tempo di attesa dalla data di prenotazione alla visita/prestazione:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

3. Rispetto dell'orario di appuntamento previsto:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

4. Svolgimento delle pratiche amministrative (accettazione, attesa sportelli...):

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

5. Igiene e pulizia degli ambulatori e delle sale di trattamento:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

Figura 1: Questionario sulla soddisfazione degli utenti per la qualità percepita per i servizi di Radioterapia

6. Igiene e pulizia dei servizi igienici:

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

7. Igiene e pulizia di atri, corridoi, sale d'attesa:

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

8. Confort ambientale (aria condizionata, spazio attesa...):

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

9. Informazioni ricevute dal personale rispetto al percorso di assistenza in radioterapia:

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

10. Come valuta il personale TSRM per quanto riguarda gentilezza e disponibilità:

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

11. In base alla sua esperienza, come valuta il personale TSRM per quanto riguarda competenza e capacità professionale:

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

12. Come valuta il personale medico per quanto riguarda gentilezza e disponibilità:

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

13. In base alla sua esperienza, come valuta il personale medico per quanto riguarda competenza e capacità professionale:

- Molto buono 😊 Non soddisfacente 😞
- Soddisfacente 😊 Per nulla soddisfacente 😞

Figura 2: Questionario sulla soddisfazione degli utenti per la qualità percepita per i servizi di Radioterapia

14. Come valuta il personale OSS/infermieristico per quanto riguarda gentilezza e disponibilità:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

15. In base alla sua esperienza, come valuta il personale OSS/infermieristico per quanto riguarda competenze e capacità professionale:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

16. Come valuta il personale di segreteria per quanto riguarda gentilezza e disponibilità:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

17. In base alla sua esperienza come valuta il personale di segreteria per quanto riguarda competenza e capacità professionale:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

18. Come valuta il rapporto che si crea tra il personale di radioterapia ed i Suoi familiari:

Molto buono  Non soddisfacente 

Soddisfacente  Per nulla soddisfacente 

OSSERVAZIONI E/O SUGGERIMENTI:

Grazie per la Sua collaborazione

Figura 3: Questionario sulla soddisfazione degli utenti per la qualità percepita per i servizi di Radioterapia

Allo stesso tempo, è stata valutata la condizione psichica dei pazienti convenuti in Radioterapia, consegnando due test a inizio trattamento, per stimare il livello di ansia e il livello di depressione, che influenzano la percezione della realtà.

Per questa tipologia di studio, si è ritenuto sufficiente valutare l'ansia di tratto del paziente, cioè l'ansia intesa come condizione duratura e stabile della personalità che caratterizza l'individuo, indipendentemente da una situazione particolare. Infatti, i pazienti affetti da disturbi d'ansia tendono ad alterare la percezione del mondo a livello sensoriale (32). Lo strumento che è stato utilizzato è lo *State-Trait Anxiety Inventory Y-2*, ideato da Spielberg nel 1964 (Figura 4). Il test è stato somministrato ai pazienti all'inizio del percorso di cura. Si impiegano circa 8 minuti per completare il questionario. Nel modello STAI-Y2 viene richiesto al paziente di rispondere alle 20 domande sulla base di come si sente abitualmente. Per calcolare il livello di ansia, viene utilizzato un apposito programma di calcolo, in cui vengono inserite le risposte fornite dal paziente (Figura 5). Il calcolatore, attraverso opportuni algoritmi, elabora il punteggio dell'ansia di tratto. Il risultato viene confrontato con i livelli di soglia specifici differenziati per sesso (Figura 6). Un punteggio superiore a 42,02 per le pazienti di sesso femminile e un punteggio superiore a 37,19 per i pazienti di sesso maschile indicano la presenza di disturbi d'ansia.



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

QUESTIONARIO STAI Y-2

Sesso _____

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come lei abitualmente si sente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio come lei abitualmente si sente.

Grazie per la collaborazione.

	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTISSIMO
1. Mi sento bene	1	2	3	4
2. Mi sento teso ed irrequieto	1	2	3	4
3. Mi sento soddisfatto di me stesso	1	2	3	4
4. Vorrei poter essere felice come sembrano gli altri	1	2	3	4
5. Mi sento un fallito	1	2	3	4
6. Mi sento riposato	1	2	3	4
7. Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	1	2	3	4
8. Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	1	2	3	4
9. Mi preoccupa troppo di cose che in realtà non hanno importanza	1	2	3	4
10. Sono felice	1	2	3	4
11. Mi vengono pensieri negativi	1	2	3	4
12. Manco di fiducia in me stesso	1	2	3	4
13. Mi sento sicuro	1	2	3	4
14. Prendo decisioni facilmente	1	2	3	4
15. Mi sento inadeguato	1	2	3	4
16. Sono contento	1	2	3	4
17. Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	1	2	3	4
18. Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non potermele togliere dalla testa	1	2	3	4
19. Sono una persona costante	1	2	3	4
20. Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni	1	2	3	4

FONTE: State-Trait Anxiety Inventory forma Y2 (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, Jacobs, 1983)

Figura 4: Questionario cartaceo STAI Y-2

State Trait Anxiety Index

Calcolo computerizzato

Cartella di Excel 5.0 creata da A.GRAGNANI

1) CALCOLO DEL PUNTEGGIO per la scala STAI Y-2

Inserire nella colonna delle risposte, una per una, le risposte del soggetto, attribuendo, i seguenti punteggi:

"1" se "per nulla", "2" se "un po'", "3" se "abbastanza", "4" se "moltissimo".

Se accanto all'item si trova la R il punteggio è invertito:

"4" se "per nulla", "3" se "un po'", "2" se "abbastanza", "1" se "moltissimo".

STAI Forma Y-2		
N° item dello STAI Y-2	RISPOSTE (1-2-3-4)	Struttura Item
1	2	R 4321
2	2	
3	1	R 4321
4	4	
5	1	
6	2	R 4321
7	2	R 4321
8	3	
9	3	
10	2	R 4321
11	3	
12	3	
13	2	R 4321
14	2	R 4321
15	1	
16	2	R 4321
17	3	
18	3	
19	2	R 4321
20	3	

Figura 5: Inserimento delle risposte dello STAI Y-2 nel calcolatore

State Trait Anxiety Index		
20 ITEMS SELF-REPORT INVENTORIES		
Calcolo computerizzato a cura di A.GRAGNANI		
	SESSO	MASCHIO
Y-2	Trait Anxiety- Ansia di tratto	46
Dati Normativi		
	Ansia di tratto (Y-2)	
	M	F
	37,19	42,02

Figura 6: Confronto del risultato ottenuto dallo STAI Y-2 con i valori soglia

Per valutare, invece, i pazienti affetti da disturbi depressivi, è stato somministrato il questionario *Beck Depression Inventory-II*, pubblicato nel 1996. (26) Il test è stato somministrato insieme allo STAI Y-2. Per completare il questionario si impiegano in media 8/9 minuti. Nel modello BDI-II viene richiesto al paziente di compilare le 21 domande sulla base di come si è sentito nelle ultime due settimane (Figura 7, Figura 8, Figura 9). Per calcolare il livello di depressione, viene utilizzato un apposito programma di calcolo, in cui vengono inserite le risposte fornite dal paziente (Figura 10). Il calcolatore elabora il punteggio della depressione e il risultato viene confrontato con i livelli di soglia specifici (Figura 11):

- per un punteggio compreso tra 0 e 13, il paziente non presenta alcuna forma di depressione;
- per un punteggio compreso tra 14 e 19, il paziente presenta una depressione lieve;
- per un punteggio compreso tra 20 e 28, il paziente presenta una depressione moderata;
- per un punteggio compreso tra 29 e 63, il paziente presenta una depressione grave.

Sesso



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

Il questionario che troverà riportato di seguito consiste di 21 gruppi di affermazioni. Per favore, legga attentamente le affermazioni di ciascun gruppo per poi scegliere quella che meglio descrive come Lei si è sentito nelle ultime due settimane, incluso oggi. Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'affermazione da Lei scelta. Se più di una affermazione dello stesso gruppo descrive ugualmente bene come Lei si sente, faccia una crocetta sul numero più elevato per quel gruppo. Non scelga più di una affermazione per ciascun gruppo, incluse la domanda 17 ("Appetito") e la domanda 18 ("Sonno"). È importante che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata. Grazie per il Suo tempo.

QUESTIONARIO BDI	
1. Tristezza	<input type="radio"/> 0. Non mi sento triste. <input type="radio"/> 1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo. <input type="radio"/> 2. Mi sento sempre triste. <input type="radio"/> 3. Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare.
2. Pessimismo	<input type="radio"/> 0. Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro. <input type="radio"/> 1. Mi sento più scoraggiato riguardo al mio futuro rispetto al solito. <input type="radio"/> 2. Non mi aspetto nulla di buono per me. <input type="radio"/> 3. Sento che il mio futuro è senza speranza e che continuerà a peggiorare.
3. Fallimento	<input type="radio"/> 0. Non mi sento un fallito. <input type="radio"/> 1. Ho fallito più di quanto avrei dovuto. <input type="radio"/> 2. Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti. <input type="radio"/> 3. Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.
4. Perdita di piacere	<input type="radio"/> 0. Traggio lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio. <input type="radio"/> 1. Non traggio più piacere dalle cose come un tempo. <input type="radio"/> 2. Traggio molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano. <input type="radio"/> 3. Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano.
5. Senso di colpa	<input type="radio"/> 0. Non mi sento particolarmente in colpa. <input type="radio"/> 1. Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare. <input type="radio"/> 2. Mi sento spesso in colpa. <input type="radio"/> 3. Mi sento sempre in colpa.
6. Sentimenti di punizione	<input type="radio"/> 0. Non mi sento come se stessi subendo una punizione. <input type="radio"/> 1. Sento che potrei essere punito. <input type="radio"/> 2. Mi aspetto di essere punito. <input type="radio"/> 3. Mi sento come se stessi subendo una punizione.
7. Autostima	<input type="radio"/> 0. Considero me stesso come ho sempre fatto. <input type="radio"/> 1. Credo meno in me stesso. <input type="radio"/> 2. Sono deluso da me stesso. <input type="radio"/> 3. Mi detesto.

Figura 7: Questionario cartaceo BDI-II

<p>8. Autocritica</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Non mi critico né mi biasimo più del solito. ○ 1. Mi critico più spesso del solito. ○ 2. Mi critico per tutte le mie colpe. ○ 3. Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade.
<p>9. Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Non ho alcun pensiero suicida. ○ 1. Ho pensieri suicidi ma non li realizzerei. ○ 2. Sento che starei meglio se morissi. ○ 3. Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi.
<p>10. Pianto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Non piango più del solito. ○ 1. Piango più del solito. ○ 2. Piango per ogni minima cosa. ○ 3. Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco.
<p>11. Agitazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Non mi sento più agitato o teso del solito. ○ 1. Mi sento più agitato o teso del solito. ○ 2. Sono così nervoso o agitato al punto che mi è difficile rimanere fermo. ○ 3. Sono così nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa.
<p>12. Perdita di interessi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività. ○ 1. Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima. ○ 2. Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le persone o cose. ○ 3. Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.
<p>13. Indecisione</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Prendo decisioni come sempre. ○ 1. Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni. ○ 2. Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito. ○ 3. Non riesco a prendere nessuna decisione.
<p>14. Senso di inutilità</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Non mi sento inutile. ○ 1. Non mi sento valido e utile come un tempo. ○ 2. Mi sento più inutile delle altre persone. ○ 3. Mi sento completamente inutile per qualsiasi cosa.
<p>15. Irritabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 0. Non sono più irritabile del solito. ○ 1. Sono più irritabile del solito. ○ 2. Sono molto più irritabile del solito. ○ 3. Sono sempre irritabile.

Figura 8: Questionario cartaceo BDI-II

<p>16. Perdita di energia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0. Ho la stessa energia di sempre. <input type="radio"/> 1. Ho meno energia del solito. <input type="radio"/> 2. Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose. <input type="radio"/> 3. Ho così poca energia che non riesco a fare nulla.
<p>17. Appetito</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito. <input type="radio"/> 1a. Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito. <input type="radio"/> 1b. Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito. <input type="radio"/> 2a. Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito. <input type="radio"/> 2b. Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito. <input type="radio"/> 3a. Non ho per niente appetito. <input type="radio"/> 3b. Mangerei in qualsiasi momento.
<p>18. Sonno</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire. <input type="radio"/> 1a. Dormo un po' più del solito. <input type="radio"/> 1b. Dormo un po' meno del solito. <input type="radio"/> 2a. Dormo molto più del solito. <input type="radio"/> 2b. Dormo molto meno del solito. <input type="radio"/> 3a. Dormo quasi tutto il giorno. <input type="radio"/> 3b. Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi.
<p>19. Concentrazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0. Riesco a concentrarmi come sempre. <input type="radio"/> 1. Non riesco a concentrarmi come al solito. <input type="radio"/> 2. Trovo difficile concentrarmi per molto tempo. <input type="radio"/> 3. Non riesco a concentrarmi su nulla.
<p>20. Fatica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0. Non sono più stanco o affaticato del solito. <input type="radio"/> 1. Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito. <input type="radio"/> 2. Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima. <input type="radio"/> 3. Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima.
<p>21. Sesso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0. Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso. <input type="radio"/> 1. Sono meno interessato al sesso rispetto a prima. <input type="radio"/> 2. Ora sono molto meno interessato al sesso. <input type="radio"/> 3. Ho completamente perso l'interesse verso il sesso.

Fonte: BDI-II BECK DEPRESSION INVENTORY-II, A.T. BECK, R.A. STEER, G.K. BROWN

Figura 9: Questionario cartaceo BDI-II

Calcolo computerizzato
Cartella di Excel 5.0 creata da A.GRAGNANI

1) CALCOLO DEL PUNTEGGIO

inserire nella colonna gialla sottostante, una per una, le isposte del soggetto, attribuendo punteggi da 0 a 3 come indicato nel test compilato.

Beck Depression Inventory		
Categoria	N°item del BDI	RISPOSTE (0-1-2-3)
Tristezza	1	0
Pessimismo	2	0
Fallimento	3	0
Perdita di piacere	4	0
Senso di colpa	5	0
Sentimenti di punizione	6	0
Autostima	7	0
Autocritica	8	0
Suicidio	9	1
Pianto	10	3
Agitazione	11	0
Perdita di interessi	12	1
Indecisione	13	0
Senso di inutilità	14	1
Irritabilità	15	1
Perdita di energia	16	1
Appetito	17	1
Sonno	18	1
Concentrazione	19	1
Fatica	20	1
Sesso	21	2

Figura 10: Inserimento delle risposte del BDI-II nel calcolatore

Beck Depression Inventory
21 ITEMS SELF-REPORT INVENTORIES
Calcolo computerizzato a cura di A.GRAGNANI

	SESSO	MASCHIO
		Grezzo
Punteggio totale BDI		14
Adulti	Maschi	>13
	Femmine	>13

SCORE

0-13	ASSENZA DI CONTENUTI DEPRESSIVI
14-19	PRESENZA DI DEPRESSIONE LIEVE
20-28	PRESENZA DI DEPRESSIONE DI GRADO MODERATO
29-63	DEPRESSIONE DI GRADO SEVERO/AVANZATO

Figura 11: Confronto del risultato ottenuto dal BDI-II con i valori soglia

3. RISULTATI

Il questionario è stato compilato da 63 pazienti (35 donne e 28 uomini), che hanno risposto in modo completo. Di seguito, vengono riportate le risposte che i pazienti hanno segnato per ogni singola domanda.

Per la domanda sulle procedure per la prenotazione della visita (Tab 2), il 100% delle valutazioni è risultato positivo. In particolare, 47 pazienti (74,6%) hanno fornito come risposta “molto buono”, mentre 16 pazienti (25,4%) “soddisfacente”.

PROCEDURE PER LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	47	74,6%
SODDISFACENTE	16	25,4%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 2

Per la domanda relativa al tempo di attesa dalla data di prenotazione alla visita (Tab 3), 49 pazienti (77,8%) hanno risposto “molto buono” e 14 pazienti (22,2%) “soddisfacente”.

TEMPO DI ATTESA DALLA DATA DI PRENOTAZIONE ALLA VISITA		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	49	77,8%
SODDISFACENTE	14	22,2%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 3

Per la domanda concernente il rispetto dell'orario di appuntamento previsto (Tab 4), il 100% dei pazienti ha fornito una valutazione positiva: 53 pazienti (84,1%) hanno espresso come giudizio “molto buono”, mentre 10 pazienti (15,9%) hanno risposto “soddisfacente”.

RISPETTO DELL'ORARIO DI APPUNTAMENTO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	53	84,1%
SODDISFACENTE	10	15,9%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 4

Per la domanda sullo svolgimento delle pratiche amministrative (Tab 5), il 100% dei pazienti ha espresso un giudizio favorevole. In particolare, 48 pazienti (76,2%) hanno segnato come risposta “molto buono”, mentre 15 pazienti (23,8%) “soddisfacente”.

SVOLGIMENTO DELLE PRATICHE AMMINISTRATIVE		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	48	76,2%
SODDISFACENTE	15	23,8%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 5

Per la domanda attinente all'igiene e pulizia degli ambulatori e delle sale di trattamento (Tab 6), il 100% dei pazienti ha affermato la validità di tale aspetto: 48 pazienti (76,2%) hanno espresso come valutazione “molto buono”, mentre 15 pazienti (23,8%) “soddisfacente”.

IGIENE E PULIZIA DEGLI AMBULATORI E DELLE SALE DI TRATTAMENTO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	48	76,2%
SODDISFACENTE	15	23,8%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 6

Per la domanda pertinente all'igiene e alla pulizia dei servizi igienici (Tab 7), il 96,8% dei pazienti ha fornito un giudizio positivo, nello specifico 32 pazienti (50,8%) hanno risposto “molto buono” e 29 pazienti (46,0%) “soddisfacente”, mentre il 3,2%, corrispondente a 2 pazienti, ha risposto “non soddisfacente”.

IGIENE E PULIZIA DEI SERVIZI IGIENICI		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	32	50,8%
SODDISFACENTE	29	46,0%
NON SODDISFACENTE	2	3,2%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 7

Per la domanda, relativa all'igiene e alla pulizia di atri, corridoi e sale d'attesa (Tab 8), il 100% dei pazienti ha riportato una buona opinione: infatti, 42 pazienti (66,7%) hanno fornito come risposta “molto buono”, mentre 21 pazienti (33,3%) “soddisfacente”.

IGIENE E PULIZIA DIEGLI ALTRI, CORRIDOI E SALE D'ATTESA		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	42	66,7%
SODDISFACENTE	21	33,3%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 8

Per la domanda sul comfort ambientale, come aria condizionata e spazio di attesa (Tab 9), il 100% dei pazienti ha giudicato tale aspetto efficace. In particolare, 47 pazienti (74,6%) hanno segnato come risposta “molto buono” e i restanti 16 pazienti (25,4%) “soddisfacente”.

COMFORT AMBIENTALE		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	47	74,6%
SODDISFACENTE	16	25,4%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 9

Per la domanda concernente le informazioni ricevute dal personale sul percorso di assistenza (Tab 10), il 100% dei pazienti è rimasto soddisfatto. Nello specifico, 49 pazienti (77,8%) hanno dato come valutazione “molto buono”, mentre 14 pazienti (22,2%) “soddisfacente”.

INFORMAZIONI RICEVUTE DAL PERSONALE SUL PERCORSO DI ASSISTENZA		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	49	77,8%
SODDISFACENTE	14	22,2%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 10

Per la domanda relativa alla gentilezza e disponibilità del personale TSRM (Tab 11), il 100% dei pazienti considera tale aspetto ottimo. In particolare, 56 pazienti (88,9%) hanno espresso come giudizio “molto buono” e 7 pazienti (11,1%) “soddisfacente”.

GENTILEZZA E DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE TSRM		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	56	88,9%
SODDISFACENTE	7	11,1%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 11

Per la domanda sulla competenza e capacità professionale del personale TSRM (Tab 12), il 100% delle valutazioni sono risultate positive: 55 pazienti (87,3%) hanno risposto “molto buono” e 8 pazienti (12,7%) “soddisfacente”.

COMPETENZA E CAPACITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE TSRM		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	55	87,3%
SODDISFACENTE	8	12,7%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 12

Per la domanda sulla gentilezza e disponibilità del personale medico (Tab 13), il 100% dei pazienti ha apprezzato tali caratteristiche. In particolare, 57 pazienti (90,5%) hanno fornito come risposta “molto buono”, mentre 6 pazienti (9,5%) “soddisfacente”.

GENTILEZZA E DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE MEDICO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	57	90,5%
SODDISFACENTE	6	9,5%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 13

Per la domanda sulla competenza e capacità professionale del personale medico (Tab 14), il 100% delle risposte sono favorevoli: 51 pazienti (80,9%) hanno espresso come valutazione “molto buono”, mentre 12 pazienti (19,1%) “soddisfacente”.

COMPETENZA E CAPACITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE MEDICO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	51	80,9%
SODDISFACENTE	12	19,1%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 14

Per la domanda relativa alla gentilezza e disponibilità del personale OSS/infermieristico (Tab 15), il 100% dei pazienti ha valutato queste caratteristiche in modo positivo. Nello specifico, 53 pazienti (84,1%) hanno segnato “molto buono”, mentre 10 pazienti (15,9%) “soddisfacente”.

GENTILEZZA E DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE OSS/INFERMIERISTICO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	53	84,1%
SODDISFACENTE	10	15,9%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 15

Per la domanda attinente alla competenza e capacità professionale del personale OSS/infermieristico (Tab 16), il 100% dei pazienti ha riportato una buona opinione: 52 pazienti (82,5%) hanno fornito come risposta “molto buono”, mentre 11 pazienti (17,5%) “soddisfacente”.

COMPETENZA E CAPACITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE OSS/INFERMIERISTICO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	52	82,5%
SODDISFACENTE	11	17,5%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 16

Per la domanda pertinente alla gentilezza e disponibilità del personale amministrativo (Tab 17), e per la domanda sulla competenza e capacità professionale del personale amministrativo (Tab 18), il 100% dei pazienti ha gradito queste caratteristiche. In particolare, 52 pazienti (82,5%) hanno segnato come valutazione “molto buono”, mentre 11 pazienti (17,5%) “soddisfacente”.

GENTILEZZA E DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	52	82,5%
SODDISFACENTE	11	17,5%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 17

COMPETENZA E CAPACITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	52	82,5%
SODDISFACENTE	11	17,5%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	0	0%

Tab 18

Per la domanda sul rapporto tra familiari e personale sanitario (Tab 19), l'84,1% dei pazienti ha apprezzato questo aspetto, nello specifico 40 pazienti (63,5%) hanno risposto "molto buono" e 13 pazienti (20,6%) "soddisfacente", mentre il restante 15,9%, corrispondente a 10 pazienti, si è astenuto dal rispondere a quest'ultima domanda poiché durante il percorso di cura non si è verificata la necessità di tale rapporto.

RAPPORTO TRA FAMILIARI E PERSONALE SANITARIO		
GIUDIZIO	N° PAZIENTI	PERCENTUALE
MOLTO BUONO	40	63,5%
SODDISFACENTE	13	20,6%
NON SODDISFACENTE	0	0%
PER NULLA SODDISFACENTE	0	0%
RISPOSTE NON DATE	10	15,9%

Tab 19

Infine, cinque pazienti hanno usufruito dello spazio "osservazioni e/o suggerimenti" per lasciare una riflessione sul servizio reso in Radioterapia.

Inoltre, è stato valutato lo stato di ansia e depressione della popolazione, che ha risposto al questionario sulla qualità dei servizi in Radioterapia.

In particolare, la popolazione osservata è stata suddivisa in pazienti ansiosi e pazienti non ansiosi, analizzando i risultati ottenuti dal test STAI Y-2. In generale, il 41,3%, corrispondente a 26 pazienti, è stato classificato come popolazione ansiosa (Figura 12), avendo ottenuto un risultato superiore al valore soglia, previsto dal questionario ideato da Spielberg.

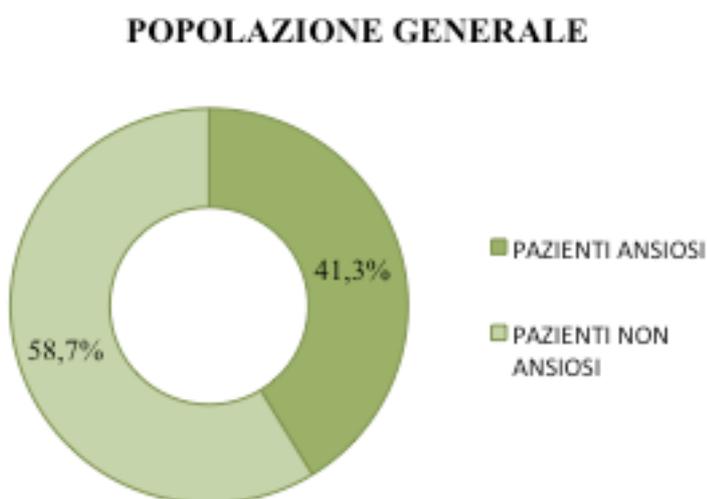


Figura 12: Risultati STAI Y-2 in percentuale della popolazione generale

Nello specifico, tra la popolazione femminile, che rappresenta il 55,6% dei pazienti totali, è stato osservato come il 42,9% soffra di disturbi ansiosi (Figura 13). Infatti, 15 pazienti hanno raggiunto un punteggio superiore a 42, mentre le restanti 20 pazienti hanno dimostrato di non manifestare tali disturbi.

POPOLAZIONE FEMMINILE

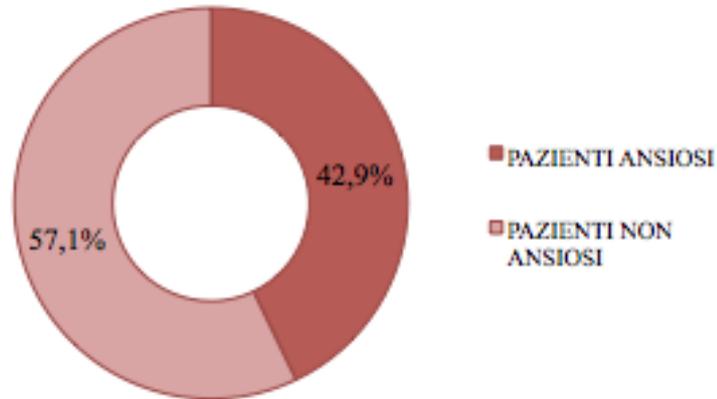


Figura 13: Risultati STAI Y-2 in percentuale della popolazione femminile osservata

Per la popolazione maschile, rappresentante il 44,4% dei pazienti totale, i disturbi ansiosi sono stati riscontrati nel 39,3% (Figura 14). Nello specifico, 11 pazienti su 28 hanno ottenuto un punteggio superiore al valore soglia, fissato a 39.

POPOLAZIONE MASCHILE

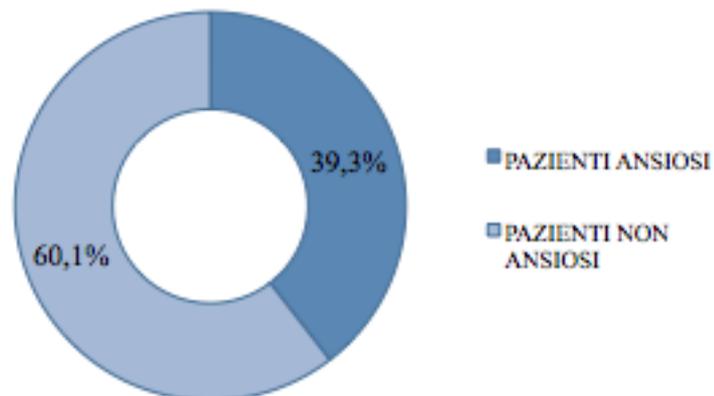


Figura 14: Risultati STAI Y-2 in percentuale della popolazione maschile osservata

Dai questionari BDI-II, invece, è stato possibile dedurre come la stessa popolazione sia divisa in pazienti che non manifestano segnali di depressione, pazienti affetti da depressione lieve, pazienti affetti da depressione moderata e pazienti affetti da depressione grave. In generale:

- Il 69,8% dei pazienti, corrispondente a 44 soggetti, è caratterizzato da assenza di depressione;
- Il 19,1% dei pazienti, corrispondente a 12 soggetti, è caratterizzato da depressione di lieve entità;
- Il 9,5% dei pazienti, corrispondente a 6 soggetti, è caratterizzato da depressione di moderata entità;
- L'1,6% dei pazienti, corrispondente ad 1 soggetto, è caratterizzato da depressione grave. (Figura 15)

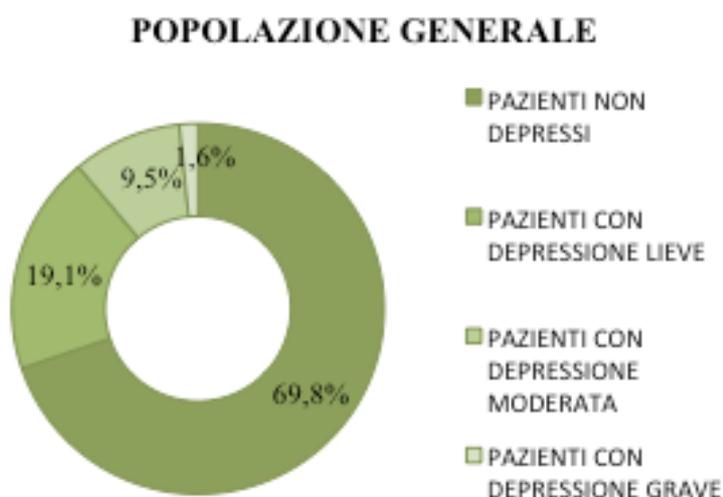


Figura 15: Risultati BDI-II in percentuale della popolazione generale osservata

Nello specifico, tra la popolazione femminile, il 62,9% non soffre di depressione, mentre il restante 37,1% presenta disturbi depressivi (il 20% depressione lieve, il 14,3% depressione moderata, il 2,8% depressione grave) (Figura 16). Infatti, 22 pazienti hanno ottenuto un punteggio inferiore a 13; 7 pazienti un punteggio compreso tra 14 e 19; 5 pazienti un punteggio compreso tra 20 e 28; ed una sola paziente un punteggio superiore a 29.

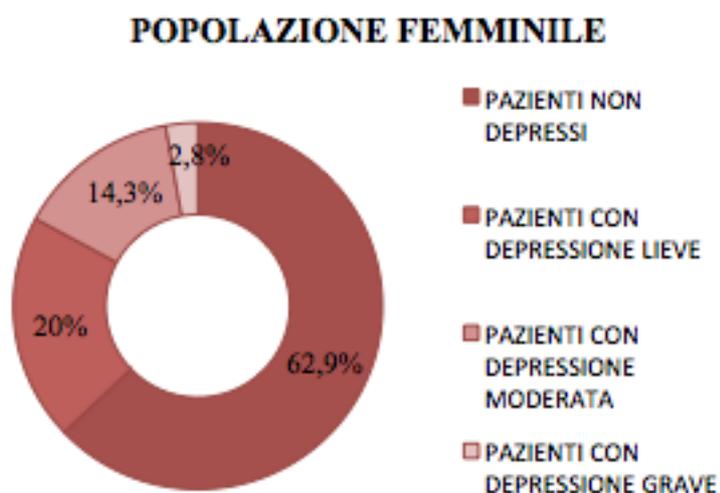


Figura 16: Risultati BDI-II in percentuale della popolazione femminile osservata

Per la popolazione maschile, i disturbi depressivi sono stati rilevati nel 21,5% (17,9% depressione lieve, 3,6% depressione moderata) (Figura 17). I risultati hanno mostrato che 22 pazienti hanno ottenuto un punteggio inferiore a 13; 5 pazienti un punteggio compreso tra 14 e 19; un solo paziente un punteggio compreso tra 20 e 28; mentre nessun paziente ha totalizzato un punteggio superiore a 29.

POPOLAZIONE MASCHILE

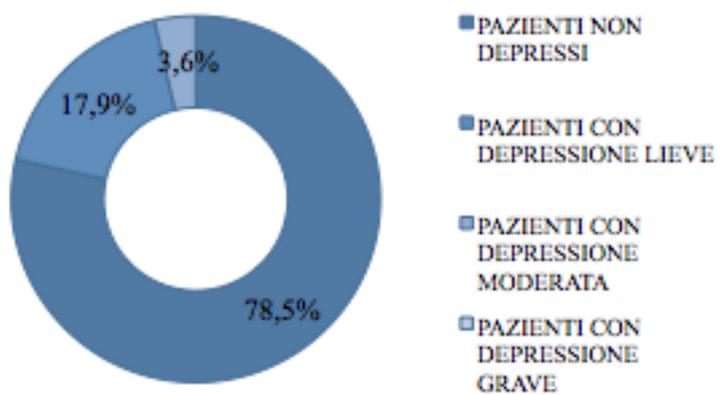


Figura 17: Risultati BDI-II in percentuale della popolazione maschile osservata

4. DISCUSSIONE

Dai risultati del questionario sulla qualità dei servizi si può dedurre come complessivamente i pazienti abbiano avuto una buona percezione della qualità nel processo radioterapico nella SOD di Radioterapia dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Infatti, il 99,8% dei pazienti ha valutato positivamente l'esperienza in Radioterapia.

Nello specifico, i pazienti hanno reputato funzionale ciò che concerne gli aspetti amministrativi (domanda 1-2-3-4). I pazienti hanno percepito un elevato indice di scorrevolezza: le varie procedure amministrative sono risultate fluenti all'interno del percorso radioterapico. Inoltre, si è riscontrato gradimento sul rispetto degli orari di appuntamento.

L'igiene e la pulizia dell'ambiente si sono rivelate idonee al contesto (domanda 5-6-7), eccezione fatta per l'igiene e la pulizia dei servizi sanitari, ritenute dal 3,2% dei pazienti non efficienti. Dunque, tale aspetto si configura come il punto debole dell'intera indagine, su cui bisogna lavorare per migliorare il percorso dei pazienti nella SOD di Radioterapia. Gli spazi di attesa (domanda 8), dotati di vari comfort, come aria condizionata, distributori automatici, erogatore dell'acqua, Wi-Fi, televisione e riviste, sono stati ampiamente approvati dagli utenti che hanno usufruito dello spazio comune.

Il livello e le modalità di comunicazione tra personale sanitario e paziente (domanda 9) sono risultati efficaci nella totalità dei casi. La comunicazione è il nodo principale nella relazione con il paziente, e la soddisfazione per una buona comunicazione con l'operatore ha un peso di gran lunga superiore a qualsiasi altra soddisfazione circa le competenze tecniche.

Inoltre, dall'indagine si evince come i pazienti abbiano gradito il personale sanitario. In particolare, risulta elevato il livello di cordialità e gentilezza degli operatori sanitari (domanda 10-12-14), caratteristica fondamentale affinché si realizzi la relazione di cura. Sul piano professionale, gli utenti hanno reputato valide le abilità lavorative degli operatori sanitari (domanda 11-13-15), che hanno seguito corsi di formazione in seguito all'introduzione di nuove tecnologie radioterapiche al fine di garantire sempre la massima efficienza.

I pazienti sono stati soddisfatti anche della gentilezza e disponibilità (domanda 16) e delle competenze e capacità professionali (domanda 17) del personale amministrativo.

Il livello di comunicazione con i familiari (domanda 18) è stato reputato opportuno dai pazienti che hanno avuto la possibilità di accertare tale aspetto, poiché hanno assistito ad uno sviluppo del rapporto familiari-operatore sanitario.

5. CONCLUSIONI

In questo lavoro si è cercato di valutare se l'introduzione di questionari all'interno del processo di cura in Radioterapia possa portare ad un miglioramento dei servizi. Per poter gestire le difficoltà di una persona che deve affrontare una terapia contro il cancro, è importante valutare diversi aspetti, incluso il problema di come ottenere informazioni sui sintomi e sugli effetti collaterali della radioterapia moderna, che impegna in modo completo il tempo del paziente per la programmazione di una cura complessa.

È stata valutata positivamente l'acquisizione di informazioni riguardanti il rapporto con il paziente, che è notevolmente migliorato per un controllo più frequente anche con l'ausilio dei questionari. I risultati raccolti in questa tesi, inoltre, confermano l'importanza del coinvolgimento del paziente in tutti gli aspetti che costituiscono il percorso di cura, attraverso domande dirette e risposte non filtrate.

Questo approccio è applicabile nella pratica clinica ed è un tassello importante nella gestione da parte di tutte le figure professionali, in primis dei tecnici di Radioterapia che giornalmente "spendono" più tempo insieme al paziente, già provato dalla malattia oncologica. A tale proposito in ogni momento il personale sanitario deve mostrare empatia per il paziente, rispettando le sue decisioni, prestando attenzione ai suoi bisogni fisici, emotivi e psicologici ed assicurando una continuità assistenziale.

Nonostante il livello di gradimento da parte dei pazienti sia risultato notevole, è necessario continuare a lavorare per perfezionare costantemente i vari aspetti esplorati in questa tesi, sfruttando ancora l'ausilio dei questionari, al fine di migliorare la qualità dei trattamenti complessi e garantire una sempre maggiore eccellenza ai pazienti che affluiscono alla SOD di Radioterapia dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

6. BIBLIOGRAFIA

- (1) AIOM. AIRTUM. I numeri del cancro in Italia 2019. IX edizione. Brescia: Intermedia editore; 2019.
- (2) Engel George L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*; 1977; 196 (4286): 129-136.
- (3) Kübler-Ross E. On the death and dying. New York: The Macmillan; 1969.
- (4) Polito T. Guzzi G. Ascolese F. Aspetti sociopsicologici della professione: l'interazione con il paziente oncologico. In: Guzzi et al. *La Moderna Radioterapia. Aspetti pratici ed innovazioni tecnologiche. Radiologia e futuro*; 2014. 24-38.
- (5) Carpanelli I. et al. *Oncologia e cure palliative*. Milano: McGraw-Hill; 2002.
- (6) Scopa A. et al. Aspetti psicologici nella gestione del paziente oncologico. In: Balducci et al. *Elementi di radioterapia oncologica*. Roma: SEU; 2013. 475-486.
- (7) Gritti P. Di Caprio E.L. Resicato G. L'approccio alla famiglia in psiconcologia. *Noos*, 2011; 17 (2): 115-135.
- (8) Weihs K. Reiss D. Family reorganization in response to cancer: a developmental perspective. In: Baider L. DeNour A. *Cancer in the family*. West Sussex: Wiley; 1996. 3-30.
- (9) Kissane D.W. et al. Perceptions of family functioning and cancer. *Psychooncology*, 1994; 3 (4): 259-69.
- (10) Tartaglini D. et al. Le dimensioni psicosociali del cancro e l'approccio terapeutico. *Medic*, 2017; 25 (1): 80-86.
- (11) Scopa A. Il sentimento del tempo. In: Crozzoli Aite L. *Assenza, più acuta presenza. Il percorso umano di fronte all'esperienza della perdita e del lutto*. Milano: Ed. Paoline; 2003. 148-156.
- (12) Perino F. L'approccio centrato sulla persona in ambito sanitario. *Da Persona a Persona-Rivista di Studi Rogersiani*, 2002.
- (13) Bellani M.L. Psiconcologia e cure palliative. *Noos*, 2011; 17 (2). 137-153.
- (14) Maslach C. *Burnout: the cost of caring*. New York: Prentice Hall; 1982.
- (15) Pellegrino F. *La sindrome del burn-out*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2009.
- (16) Stein E. *Il problema dell'empatia*. Roma: Edizioni Studium; 1998.

-
- (17) Mortari L. La relazione di cura. *Riflessioni sistemiche*, 2012; 7: 62-70.
- (18) Noddings N. *Caring*. Berkeley: University of California Press; 1984.
- (19) Sun N. Rau P.L.P. Barriers to improve physician–patient communication in a primary care setting: perspectives of Chinese physicians. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2017; 166-176.
- (20) Capezzani L. La relazione di cura vista dai pazienti. Dati da letteratura scientifica. In: Capezzani L. *La relazione di cura medico-paziente*. Padova: Linea Edizioni; 2018. 109-127.
- (21) Cassano G.B. *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Milano: Utet-Edra; 2006.
- (22) Seligman M. Wallker E. Rosenhan D. *Abnormal Psychology*. IV edizione. New York: W.W. Norton & Co; 2001.
- (23) Cattell R.B. Scheier I.H. *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: The Roland Press Company; 1961.
- (24) American Psychiatric Association, 1980.
- (25) <https://www.apc.it>
- (26) Beck A.T. et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 1996; 67 (3): 588–97.
- (27) Mackie T.R. et al. Image guidance for precise conformal radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 2003; 56 (1): 89-105.
- (28) IMRT Therapy-Collaborative Working Group. Intensity Modulated Radiotherapy: current status and issues of interest. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 2001; 51 (4): 880-914.
- (29) Yu C.X. Intensity-modulated arc therapy with dynamic multileaf collimation: an alternative to Tomotherapy. *Physics in Medicine & Biology*, 1995; 40 (9): 1435-1449.
- (30) Mackie T.R. et al. Tomotherapy: A new concept for the delivery of dynamic conformal radiotherapy. *Medical Physics*, 1993; 20 (6): 1709-1719.
- (31) Lo S.S. et al. Stereotactic body radiation therapy: a novel treatment modality. *Nature Rev*, 2010; 7 (1): 44-54.
- (32) Laufer O. Israeli D. Paz R. Behavioral and Neural Mechanisms of Overgeneralization in Anxiety. *Current Biology*, 2016; 26 (6): 713-722.