

INDICE

Abstract

Introduzione.....1

CAPITOLO PRIMO.....3

1.1 L'importanza della comunicazione in ambito sanitario.....3

1.2 L'educazione terapeutica e relazione d'aiuto.....8

CAPITOLO SECONDO.....11

2.1 Il bisogno di relazione del paziente Oncologico.....11

CAPITOLO TERZO.....15

3.1 Comunicazione In Ambito Oncologico.....15

CAPITOLO QUARTO.....23

4.1 Obiettivo Della Revisione della letteratura.....23

4.2 Materiali e Metodi.....23

4.3 Risultati.....24

4.4 Discussione.....33

4.5 Conclusioni.....34

Bibliografia

Ringraziamenti

Abstract:

La comunicazione efficace tra i professionisti sanitari e i pazienti oncologici è fondamentale per migliorare la qualità della vita e l'esperienza complessiva del paziente durante il percorso di cura. Questo studio si propone di esplorare in profondità gli effetti della comunicazione sulla qualità della vita del paziente oncologico attraverso una revisione della letteratura.

La revisione della letteratura ha analizzato studi precedenti per identificare i diversi modelli di comunicazione utilizzati nei contesti oncologici e ha esaminato il loro impatto sulla qualità della vita dei pazienti. I risultati hanno evidenziato che una comunicazione aperta, empatica e centrata sul paziente può influenzare positivamente la percezione del paziente sulla sua malattia, aumentare la sua soddisfazione rispetto alle cure ricevute e migliorare il suo benessere psicologico ed emotivo.

In conclusione, i risultati di questo studio sottolineano l'importanza di una comunicazione consapevole e centrata sul paziente nel contesto oncologico. Gli sforzi volti a migliorare le competenze comunicative dei professionisti sanitari e a promuovere una cultura di comunicazione aperta e rispettosa possono contribuire in modo significativo a migliorare la qualità della vita e l'esperienza complessiva dei pazienti affetti da cancro.

Introduzione:

La diagnosi di una patologia oncologica rappresenta un bivio cruciale nella vita di un individuo, innescando una serie di emozioni, dubbi e sfide.

In questo contesto, la comunicazione tra i professionisti sanitari e il paziente non è semplicemente uno scambio di informazioni, ma riveste un ruolo di primaria importanza, poiché influenza direttamente la percezione della malattia, le decisioni terapeutiche e il benessere psicofisico del paziente.

Il percorso oncologico è un viaggio che richiede una guida competente e sensibile, la comunicazione rappresenta la bussola che orienta il paziente attraverso le incertezze e le sfide. Saranno esplorate le diverse sfaccettature della comunicazione in ambito oncologico, cercando di identificare le strategie comunicative che massimizzano il supporto emotivo, facilitano la comprensione e promuovono la partecipazione attiva del paziente nelle decisioni che riguardano la propria salute.

La diagnosi di un tumore non è solo una sfida medica, ma anche un percorso emotivo e psicologico. La comunicazione empatica, chiara e tempestiva può svolgere un ruolo cruciale nel fornire supporto emotivo, facilitare la comprensione delle opzioni di trattamento e promuovere la partecipazione attiva del paziente nelle decisioni riguardanti la propria salute.

Tuttavia, nonostante l'importanza riconosciuta della comunicazione in questo contesto, sono ancora presenti sfide e disparità che richiedono un'attenzione particolare. Il presente lavoro si propone di esplorare e analizzare gli effetti della comunicazione in ambito oncologico, focalizzandosi sull'impatto che una comunicazione efficace può avere sulla gestione della malattia e sulla qualità della vita del paziente.

Attraverso una revisione della letteratura scientifica disponibile, si propone di identificare le best practices comunicative nel contesto oncologico e di comprendere come queste possano contribuire a migliorare l'esperienza del paziente e ottimizzare gli esiti terapeutici.

Attraverso l'analisi di studi primari, questa revisione della letteratura si propone di offrire una panoramica completa degli effetti della comunicazione in ambito oncologico,

evidenziando le sfide esistenti e proponendo possibili strategie per migliorare la pratica comunicativa in questo contesto delicato.

La presente revisione della letteratura si pone l'obiettivo di contribuire a questa comprensione, fornendo spunti per futuri sviluppi nella pratica clinica e nella ricerca nel campo della comunicazione in ambito oncologico, di esplorare in profondità gli effetti della comunicazione sul paziente oncologico, concentrando l'attenzione sulla sua influenza sia sul piano emotivo che su quello fisico.

Attraverso questa revisione della letteratura, si mira non solo a delineare il quadro attuale della comunicazione oncologica ma anche a fornire spunti costruttivi per arricchire la pratica clinica e migliorare l'esperienza complessiva del paziente oncologico.

La consapevolezza dell'importanza della comunicazione in questo contesto può fungere da fondamento per una cura più umana, personalizzata ed efficace nel percorso verso la guarigione.

Comprendere gli impatti della comunicazione in ambito oncologico non solo arricchisce la nostra conoscenza accademica, ma ha anche il potenziale di migliorare la qualità della cura e la vita dei pazienti affetti da patologie oncologiche.

Attraverso questo lavoro, ci si augura di contribuire alla crescita della consapevolezza e alla promozione di pratiche comunicative ottimali nel contesto oncologico. In ultima analisi, si mira a fornire spunti preziosi per migliorare l'esperienza e il benessere dei pazienti oncologici, supportando una cura più umana, compassionevole ed efficace.

CAPITOLO PRIMO:

1.1 L'importanza della comunicazione in ambito sanitario

La comunicazione assume un ruolo cruciale in qualsiasi contesto, svolgendo una funzione fondamentale e determinante nel plasmare realtà coinvolgenti e in continua evoluzione, orientate verso la definizione di progetti di vita e professionali. In particolare, esistono contesti, come quello sanitario, dove una comunicazione efficace, empatica, sincera e trasparente rappresenta la **condicio sine qua non**, ossia una condizione essenziale per il successo dei percorsi assistenziali. La collaborazione multidisciplinare tra professionisti e il dialogo risultano altrettanto imprescindibili, risolvendo controversie, chiarificando equivoci e malintesi, e contribuendo al mantenimento di un ambiente di lavoro e di cura sereno. La comunicazione si manifesta attraverso tre canali distinti:

- Il canale verbale,
- Il canale non verbale
- Il canale para verbale.

La comunicazione verbale si riferisce all'uso del linguaggio parlato, coinvolgendo meccanismi fisiologici e cognitivi. Affinché sia comprensibile, è essenziale che i meccanismi psicologici, cognitivi e neurofisiologici coinvolti nel linguaggio siano adeguatamente funzionanti. La comunicazione verbale rappresenta solo una parte del processo comunicativo. La comunicazione non verbale, condivisa con mammiferi e umani, si sviluppa durante gli incontri faccia a faccia, trasmettendo diverse emozioni come la paura o la timidezza. È strettamente collegata alle emozioni, veicolando lo stato emotivo agli altri. Essa rivela la parte più autentica di ciascuno di noi nei contesti sociali. È cruciale che i professionisti sanitari interpretino la comunicazione non verbale, poiché fornisce informazioni preziose sullo stato emotivo del paziente, specialmente quando non può esprimere apertamente i suoi sentimenti. La falsificazione della comunicazione non verbale è rilevabile solo da un osservatore attento e diventa impossibile con emozioni intense. Riguardo alla comunicazione non verbale, diversi aspetti sono identificabili, tra cui l'espressione del viso, gli occhi, la postura e l'organizzazione nello spazio. L'uso consapevole di questi segnali è essenziale per la qualità della relazione con il paziente. La distanza personale, ad esempio, può indicare

un desiderio di contatto o un atteggiamento di distacco. La metacomunicazione, la comunicazione all'interno della comunicazione, è un aspetto nascosto ma psicologico fondamentale nelle relazioni, specialmente per gli operatori sanitari. Questo aspetto aiuta a filtrare e comprendere i veri contenuti dei messaggi.

La comunicazione para verbale comprende tutte le componenti della comunicazione non verbale legate alla modalità in cui vengono trasmesse le parole, piuttosto che al loro contenuto specifico. Questo include tono di voce, volume, velocità del parlato, intonazione, pause e altri elementi che possono influenzare il significato e l'impatto del messaggio comunicato.

Nel contesto oncologico, la comunicazione para verbale assume un'importanza particolare poiché può trasmettere empatia, sostegno e comprensione al paziente, contribuendo così al loro benessere emotivo, un tono di voce rassicurante e calmo può aiutare a ridurre l'ansia e a creare un ambiente di fiducia durante le conversazioni su diagnosi, trattamenti o prognosi. La ricerca di Mehrabian mostra che solo il 7% dell'efficacia del messaggio è attribuibile al contenuto verbale, mentre il 55% è al non verbale e il 38% al paraverbale. Gli esseri umani comunicano costantemente, sia verbalmente che con gesti, consapevolmente o meno, per descrivere fatti e relazionarsi.

Paul Watzlawick, un importante teorico della comunicazione, nella sua opera "Pragmatica della comunicazione umana", scritta insieme a Janet Beavin e Don D. Jackson formularono i cinque assiomi della comunicazione. Questi assiomi rappresentano principi fondamentali che guidano la comprensione dei processi comunicativi tra gli individui.

Cinque assiomi, dettati da verità indiscutibili, influenzano il rapporto tra interlocutori e l'efficacia della comunicazione.

1. Non si può non comunicare: Anche l'intenzione di non comunicare trasmette un messaggio. In ambito infermieristico, ogni gesto comunica qualcosa al paziente, anche l'assenza di comunicazione verbale.
2. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione: La "metacomunicazione" descrive gli aspetti di relazione che classificano quelli di

contenuto. In infermieristica, è essenziale stabilire la relazione corretta quando si comunica con i pazienti.

3. La comunicazione ha due moduli, uno numerico digitale e uno analogico: Il linguaggio verbale rappresenta il modulo numerico digitale, mentre il linguaggio non verbale è analogico. In infermieristica, è importante abbinare il "cosa diciamo" al "come lo diciamo" per una comunicazione chiara.
4. La natura della comunicazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze: Ogni partecipante in un'interazione ha un punto di vista, e la punteggiatura scelta determina il significato delle sequenze. Le diverse punteggiature possono portare a interpretazioni diverse degli stessi eventi. La comprensione del concetto "La mappa non è il territorio" è cruciale per evitare conflitti.
5. La comunicazione può essere simmetrica o complementare, a seconda che sia basata sull'uguaglianza o sulla differenza: Le relazioni possono essere simmetriche, con ruoli intercambiabili, o complementari, con ruoli definiti (superiore e inferiore). In infermieristica, la relazione con il paziente può variare tra simmetrica e complementare a seconda delle circostanze.

Il Profilo Professionale dell'Infermiere, secondo il DMS del 14 settembre 1994 n° 739, afferma che l'assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazionale e educativa, integrandosi reciprocamente. Il Codice Deontologico, revisionato nell'aprile del 2019, guida l'infermiere nell'azione relazionale, sottolineando verbi d'azione come ascoltare, informare, coinvolgere, aiutare e sostenere. L'articolo mette in risalto che l'infermiere, nella sua azione professionale, instaura una relazione di cura utilizzando l'ascolto e il dialogo. La relazione di cura è centrale nell'assistenza infermieristica, e l'infermiere si impegna affinché la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono. Il tempo dedicato alla relazione è considerato il tempo reale di cura, basato sull'incontro, sull'empatia e sul dialogo. Attraverso il dialogo, l'infermiere valorizza il contributo della persona assistita, permettendole di giocare un ruolo attivo nell'efficacia della cura. L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta la persona assistita e le persone di riferimento, favorendo l'adesione al percorso di cura e attivando le risorse disponibili. La capacità empatica dell'infermiere promuove il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria salute, favorendo la collaborazione e l'efficacia delle pratiche assistenziali. In condizioni che limitano l'espressione della persona assistita,

l'infermiere utilizza strategie comunicative efficaci, tra cui l'empatia, che emerge come uno strumento chiave per comprendere appieno la persona coinvolta nella relazione di cura. Molte teorie hanno posto in primo piano il tema della comunicazione fra infermiere e paziente spesso riferendosi alle teorie relazionali "Rogersiane".

Lidya E. Hall nei primi anni '60 sviluppa un modello della professione infermieristica ove l'aspetto centrale è costituito dalla relazione fra infermiere e paziente, utilizza la tecnica Rogersiana della "riflessione" che consiste nel ripetere, con parole diverse, alcune verbalizzazioni del paziente per invitarlo a "chiarire" ed esplorare meglio i propri sentimenti collegati all'argomento.

La Hall è inoltre convinta dell'esigenza di un "nursing professionale" agito da persone che hanno studiato scienze comportamentali e tecniche di comunicazione. Fondò il centro Loeb per il nursing dell'ospedale "Montefiore" di New York per applicare le sue teorie specialmente nel campo della riabilitazione. Il centro ebbe un enorme successo e le prove empiriche provarono che i pazienti guarivano mediamente in metà tempo rispetto agli altri istituti.

Jean Watson, (1940 – Stati Uniti), sottolinea l'importanza di una relazione di Fiducia fra infermiere e paziente che implica congruenza, empatia, comunicazione efficace

Ida Jean Orlando (1926 – Stati Uniti) usa la relazione interpersonale come base per il proprio lavoro, pone l'accento sulle espressioni verbali e sui segnali non verbali, per individuare i bisogni del paziente.

Le teorie della Orlando sono state sottoposte da vari studiosi all'approccio sperimentale per esaminarne l'influenza sul disagio del paziente durante il ricovero e/o prima di un intervento chirurgico con questi risultati:

- Riduzione dello stress durante il ricovero sia per pazienti adulti che bambini che per i relativi famigliari.
- Un'indagine preoperatoria sui veri motivi dell'angoscia aiutava l'infermiere ad agire in modo più appropriato e abbassava l'angoscia del paziente.
- Un livello minore di angoscia prima della operazione corrispondeva a minori complicazioni post-operatorie.
- L'intervento infermieristico era più efficace in condizioni di relazione empatica.

Hildegard Peplau, una teorica dell'assistenza, concepisce l'assistenza come un processo terapeutico che contribuisce alla salute individuale e collettiva. L'infermiere, in questa prospettiva, gioca un ruolo chiave nel comprendere i problemi del paziente e collaborare per trovare soluzioni. La relazione infermiere-paziente è suddivisa in quattro fasi sovrapponibili, che parallele al processo di nursing moderno, mostrano notevoli somiglianze.

- I. La prima fase è l'orientamento, in cui il paziente riconosce un bisogno e cerca assistenza. L'infermiere contribuisce a definire il problema, coinvolgendo attivamente il paziente e riducendo tensione, ansia e paura. Questa fase è correlata alla raccolta dati e all'identificazione delle diagnosi infermieristiche nel processo di nursing, sottolineando l'importanza che sia il paziente a esprimere il proprio disagio.
- II. La seconda fase è l'identificazione, in cui paziente e infermiere chiariscono percezioni ed aspettative reciproche. Il paziente si sente meno isolato e più speranzato, corrispondendo alla fase di pianificazione del processo di nursing, in cui vengono stabiliti obiettivi interdipendenti.
- III. La terza fase è l'utilizzazione, in cui il paziente sfrutta i servizi disponibili e diventa parte integrante dell'ambiente di assistenza. Questa fase è analoga all'attuazione degli interventi nel processo di nursing, richiedendo agli infermieri di mantenere una relazione di accettazione e fiducia.
- IV. L'ultima fase è la risoluzione, in cui, dopo aver soddisfatto i bisogni del paziente, la relazione terapeutica conclude e i legami si sciolgono. La valutazione, ultima fase del processo di nursing, si collega a questa fase.

Durante il processo, Peplau identifica diversi ruoli che l'infermiere assume, tra cui estraneo, risorsa, educatore, capo, sostituto e consigliere. Sottolinea che, con l'assistenza appropriata, il paziente può completare lo sviluppo psicologico incompleto, imparando a contare sugli altri, ad aspettare il momento giusto per soddisfare i propri bisogni e sviluppando una capacità di partecipazione e accettazione di sé.

1.2 L'educazione terapeutica e relazione d'aiuto

L'educazione terapeutica, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è il processo che consente al paziente di acquisire e mantenere competenze essenziali per gestire ottimamente la propria malattia. Affinché queste competenze siano

sviluppate, è essenziale modellare l'educazione terapeutica in base alle caratteristiche specifiche del paziente, del caregiver e dell'infermiere, mirando a promuovere una collaborazione efficace tra tutte le parti coinvolte. L'obiettivo dell'educazione terapeutica è produrre un impatto positivo che rallenti la progressione della malattia, favorisca la corretta assunzione della terapia farmacologica e incoraggi stili di vita consoni alla patologia oncologica. Nella creazione di un'alleanza terapeutica tra operatore e paziente, quest'ultimo è in grado di sviluppare l'autodeterminazione (empowerment) e l'autogestione, partecipando attivamente alle decisioni e acquisendo abilità di autocura fondamentali per convivere con la malattia. L'educazione terapeutica non si limita a fornire istruzioni o informazioni dettagliate; deve piuttosto lavorare sulla motivazione del paziente per favorire l'adozione di nuove abitudini e comportamenti che migliorino la qualità della vita. Quando l'educazione terapeutica stimola la disponibilità e l'abilità nell'apprendimento, il paziente diventa un attore centrale nella relazione di aiuto, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'infermiere si inserisce nell'universo del paziente con l'intento di comprendere la sua individualità e fornire l'adeguata assistenza. Tuttavia, vi sono alcune limitazioni nella relazione infermiere-assistito che meritano considerazione:

Modello paternalistico: Un tempo distintivo della relazione medico-paziente, questo modello richiede obbedienza assoluta alle direttive professionali per promuovere la guarigione. Pur essendo improntato al bene del paziente, manca spesso dell'elemento umano, poiché si basa sulla convinzione che il professionista, detentore della competenza tecnica, debba decidere unilateralmente a favore dell'assistito.

"Difendersi dalla sofferenza": Talvolta, si privilegia una relazione neutra allo scopo di evitare gli effetti negativi derivanti dall'immersione prolungata nella malattia. La vita emotiva degli operatori sanitari è stata oggetto di attenzione, specialmente nel contesto del burnout. Tuttavia, adottare un modello di professionalità distante ed emotivamente sganciato può portare a una depersonalizzazione del lavoro, aggravando invece del mitigare il disagio. Il paradosso di curare senza dimostrare cura, nascondendo emozioni e sentimenti, può ostacolare una relazione terapeutica efficace. L'assenza di attenzione alle peculiarità della relazione in ogni atto di assistenza: La mancanza di umanità emerge quando ci si limita a identificare il paziente con il numero del letto, si passa accanto al dolore senza riconoscere la sofferenza o si trascura un gesto di attenzione

necessario. Non prestare la giusta attenzione alla specificità di ogni interazione assistenziale può compromettere la qualità della relazione.

- Assenza di un ambiente dedicato: La comunicazione e la relazione infermieristica si svolgono in vari contesti, dallo studio medico al letto del paziente. Questo aspetto deriva dal fatto che la professione infermieristica è prevalentemente orientata all'azione, e la pratica del colloquio spesso si integra con l'attività operativa.
- "Il tempo sottratto": Le crescenti responsabilità organizzative, la documentazione sanitaria e le procedure specifiche degli ultimi anni hanno aumentato i tempi dedicati dall'infermiere sia alla gestione della burocrazia che all'esecuzione delle attività stesse. Ciò comporta inevitabilmente una riduzione del tempo che potrebbe essere dedicato all'assistenza diretta alla persona. All'interno di ciascuna attività, tuttavia, l'infermiere può scegliere se cogliere l'opportunità di dedicare del tempo allo scambio umano.
- Considerazione nell'ambito sanitario: Il prestigio sociale dell'infermieristica spesso non può competere con quello della medicina. Quando un paziente incontra un medico, nutre la speranza che il problema possa essere risolto, e la fiducia nella possibilità di guarigione costituisce la base del prestigio medico. D'altro canto, gli infermieri spesso si trovano a gestire aspettative ridotte da parte dei pazienti, poiché manca la stessa aura di prestigio sociale. Questa disparità può causare frustrazione tra gli infermieri. Tuttavia, se si guarda alla qualità delle relazioni umane che l'infermiere instaura con gli utenti, emergono nuove opportunità in cui la minore autorità può favorire una maggiore confidenzialità, creando le condizioni per una relazione d'aiuto più efficace. La relazione d'aiuto si complica quando lo scambio comunicativo è caratterizzato da frasi stereotipate, consigli non richiesti e giudizi espressi in modo inappropriato. Questi interventi comunicativi, centrati sull'infermiere piuttosto che sull'utente, rischiano di non tener conto della situazione reale, spesso utilizzati in maniera meccanica o nel tentativo di rassicurare senza affrontare adeguatamente le esigenze dell'utente. Ad esempio, utilizzare frasi come "Tranquillo, passerà tutto" o "Devi essere forte, andrà tutto bene" può essere controproducente, poiché nega le paure e i sentimenti legittimi del paziente. Fornire consigli non richiesti può privare l'assistito della possibilità di partecipare alle decisioni relative al proprio percorso di cura. Frasi del tipo "Io al suo posto farei..."

o "Secondo me dovrebbe..." possono limitare l'autonomia del paziente. Esprimere giudizi, approvando o disapprovando i comportamenti del paziente con frasi come "Va bene quello che hai detto..." o "Sono contento/a che tu abbia deciso..." può creare un ambiente in cui il paziente si sente giudicato, compromettendo la sua libertà di espressione e favorendo una dipendenza eccessiva dall'operatore. Relazione significa costruzione di una realtà condivisa. In ambito sanitario, la realtà condivisa si costruisce sulla base delle agende di operatore sanitario e paziente sulla malattia. Alla luce di quanto affermato sulla globalità dell'intervento terapeutico, la relazione si struttura come relazione di aiuto, ossia una relazione professionale, basata sull'ascolto empatico, finalizzata a comprendere il problema del paziente e a facilitare in lui un processo di chiarificazione e apprendimento, che lo renda più obiettivo nel valutare il suo problema e nell'assumersi con autonomia la responsabilità di eventuali scelte. L'aspetto intrinseco della relazione di aiuto è il piano umano, vale a dire l'attenzione all'altro come persona e non solo come malato. Piano umano, quindi, vuol dire essere interessati al mondo personale del paziente, ai suoi vissuti emotivi.

La relazione di aiuto richiede una particolare sensibilità e competenza da parte del professionista sanitario coinvolto. In una relazione di aiuto è essenziale dimostrare empatia e comprensione nei confronti delle esperienze, delle emozioni e delle sfide del paziente oncologico. La malattia può generare una vasta gamma di sentimenti, tra cui paura, ansia, rabbia e tristezza, e il professionista deve essere in grado di accogliere e rispettare questi sentimenti. Oltre a fornire informazioni cliniche, il professionista deve offrire sostegno emotivo al paziente e ai loro familiari. Questo può includere la validazione delle loro emozioni, l'esplorazione di strategie di coping e il collegamento con risorse di supporto psicologico o sociale. La fiducia è fondamentale in una relazione di aiuto, il professionista deve dimostrare affidabilità, rispetto e coerenza nel proprio approccio, lavorando per costruire e mantenere una relazione di fiducia reciproca con il paziente.

CAPITOLO SECONDO:

2.1 Il bisogno di relazione del paziente Oncologico

Oggi, menzionare il termine cancro non desterà sorprese. È una parola che sta diventando sempre più familiare e presente nel quotidiano. Entra nelle nostre vite in maniera più o meno subdola, insinuandosi tra le crepe delle nostre ansie e paure. La paura della morte ha sempre accompagnato la parola cancro, considerata nel linguaggio comune come sinonimo di catastrofe immane e cambiamenti irreversibili. "Quando la tempesta si sarà placata, probabilmente non saprai nemmeno come hai fatto ad attraversarla e a uscirne vivo. Anzi, non sarai neanche sicuro se sia finita davvero. Ma su un punto non c'è dubbio. Ed è che tu, uscito da quel vento, non sarai lo stesso che vi è entrato" (Murakami H., 2008). La malattia rivoluziona completamente la prospettiva con cui vediamo il mondo: è luce e buio, speranza e disperazione allo stesso tempo. Nonostante i progressi della ricerca scientifica in campo oncologico, che è sempre più avanzata e rappresenta una protagonista nella lotta quotidiana di medici e ricercatori, è importante sottolineare che non sempre il cancro è una sentenza di morte. Nessuna malattia come il cancro è avvolta da tanti miti, credenze, superstizioni e informazioni distorte. Per anni, l'informazione su questo argomento è stata evitata per il grande pubblico, poiché suscitava timore. Ancora oggi, gli stessi professionisti della salute faticano ad affrontare il buio di fronte a una diagnosi di tumore. Indipendentemente dalla diagnosi, dalla prognosi e dalla risposta alle terapie, non esistono tumori di serie B. Il cancro rappresenta sempre per il paziente e la sua famiglia un evento improvviso, una prova esistenziale sconvolgente. C'è il rischio di essere completamente travolti da un evento traumatico che fa vacillare le certezze della persona, nonostante la sua resilienza e le strategie di coping. Il coping, inteso come l'approccio cognitivo-comportamentale di fronte a un evento stressante e alle sue conseguenze emotive, dipende da diversi fattori, come il tipo di patologia, il livello di adattamento precedente alle situazioni di malattia, fattori culturali e religiosi, l'assetto psicologico, la personalità e eventuali disturbi psichiatrici presenti (Putton 2011). Nonostante le molte risorse disponibili, queste non sono infinite, e i fattori di rischio a cui si è esposti hanno un effetto cumulativo. Il modo in cui si gestisce la "crisi emotiva" generata dalla diagnosi medica e l'atteggiamento di fronte all'evento spesso traumatico influenzeranno il tipo di

adattamento psicosociale alla malattia. L'atteggiamento e lo stile di coping impiegato avranno un impatto non solo sulla qualità della vita dopo la diagnosi, ma anche sulla compliance ai trattamenti medici e sul decorso biologico della malattia. Analizzando tutto ciò, emerge chiaramente l'esigenza che i modelli terapeutici considerino l'unità della persona malata (mente-corpo) e tengano conto della necessità per ciascun individuo di essere curato in tutti gli aspetti della patologia. Il cancro non ha un impatto positivo sulla salute mentale. I pensieri invadenti e le emozioni legate alla malattia neoplastica sono molto diffusi, così come sono comuni i tentativi di evitarli. Una diagnosi di tumore rappresenta sicuramente un trauma e i vari livelli di impatto attraverso cui la malattia si manifesta, varcando ogni porta, sono molteplici e senza un ordine di importanza. "L'importanza è determinata dal punto in cui la persona colloca il nucleo della sofferenza, spesso erroneamente associato alla paura della morte, invece delle conseguenze stesse della malattia nel suo mondo interno ed esterno; ciò accade anche se l'ipotesi mortale è solo immaginaria" (Corso di Alta Formazione "Psicologia Oncologica, delle Patologie Organiche Gravi e Palliazione", 2016). Il primo livello colpito dalla malattia è quello fisico, rappresentando uno degli indici più visibili della condizione patologica, manifestandosi fisicamente attraverso terapie, sintomi e alterazioni dell'immagine corporea. È comune che il tumore si insinui in modo subdolo e silenzioso, senza dare alcuna avvisaglia del suo arrivo, emergendo solo quando il paziente inizia il trattamento per la prima volta, incontrando i sintomi. Questo aspetto spesso trascurato porta la persona a un nuovo approccio: più ci si cura e più si avverte malessere. Di conseguenza, la persona immagina sé stessa in un certo modo (non limitandosi al cambiamento esteriore), ma durante la malattia non si percepisce più in quella maniera. Il secondo livello di impatto è quello esistenziale, che coinvolge i ruoli, il futuro e le aspettative della persona di fronte alla malattia. Goffman (1922-1982) descrive il ruolo come un'attività svolta da un "attore" in risposta a specifiche richieste normative legate al suo status e alla sua posizione nella società. Durante la malattia, è comune che i ruoli vengano ribaltati, portando la persona a sperimentare un senso di inutilità e frustrazione nel passare da "accudire" a "essere accudito". Le aspettative e il futuro di fronte a una diagnosi e prognosi infausta vacillano, e le emozioni provate dalla persona in questo contesto non hanno paragoni con altre situazioni in cui ha già sperimentato rabbia, angoscia, frustrazione, delusione e disperazione. Un altro livello di

impatto riguarda le relazioni, con cambiamenti nei rapporti di coppia, di amicizia e all'interno del nucleo familiare. Non è raro sentire i malati di cancro descrivere, oltre alla beffa della malattia, la sensazione di essere stati traditi e abbandonati dalle persone che fino a quel momento erano importanti o quantomeno presenti. È essenziale far comprendere come il cancro sia altamente contagioso a livello emotivo e che non tutti riescano a rimanere nella relazione una volta che la malattia è diventata così "vicina". La scelta di abbandono diventa la via preferita per alcuni. L'evento malattia interrompe la routine delle giornate, che in precedenza sembravano tutte uguali e delle quali ci si era spesso sentiti prigionieri. Costringe l'individuo a fermarsi e riflettere sulla inevitabilità degli eventi e della propria morte. Anche le abitudini più semplici subiscono cambiamenti, dal cornetto al bar che perde il suo gusto abituale a causa delle terapie che influiscono sulle papille gustative, ai cambiamenti negli investimenti libidici e sessuali e a un "sé corporeo percepito come assente e poco reattivo alle volontà personali". Basta pensare a come una banale influenza possa interrompere bruscamente la routine quotidiana, il lavoro, e le attività di svago. Ancora di più, la malattia coinvolge un corpo che non risponde più completamente alle esigenze del soggetto, con ritmi di vita alterati, cogliendo l'individuo impreparato ai condizionamenti della malattia. Gli stereotipi sociali spesso ci portano a credere che i giovani reagiscano con maggiore angoscia alla diagnosi di tumore, mentre dagli adulti o persone più anziane ci aspettiamo maggiore serenità legata alla saggezza acquisita e alla vita vissuta pienamente. Questo, però, non è necessariamente vero. I giovani spesso trovano sostegno nelle loro capacità e nei sogni ancora da realizzare, mentre per gli adulti la diagnosi può portare stigmatizzazione e paura, aggravando forse situazioni già difficili dal punto di vista economico, sociale o emotivo. In realtà, l'esperienza della malattia costringe il paziente adulto a riesaminare gli eventi della propria vita passata alla luce della situazione attuale. Nuclei problematici e zone d'ombra precedentemente non affrontati emergono, chiedendo di essere presi in considerazione per attribuir loro un significato del tutto nuovo, in considerazione del presente difficile. La psichiatra Elisabeth Kubler-Ross (1926-2004) è un punto di riferimento fondamentale per coloro che si interessano, a qualsiasi livello, al processo della morte. Dopo numerosi anni di contatti con persone prossime alla fine della vita, ha elaborato uno studio che identifica

cinque fasi o meccanismi di difesa attivati dall'essere umano quando si confronta con la possibilità di una morte imminente.

- I. La prima fase è il Rifiuto e l'Isolamento, in cui la reazione iniziale è spesso uno shock seguito da incredulità. La negazione e la rimozione sono i principali meccanismi di difesa utilizzati per affrontare aspetti emotivamente difficili. Questo rifiuto funge da paracolpi, consentendo al malato di riacquistare coraggio, dando il via a difese meno radicali nel tempo.
- II. La seconda fase è la Rabbia, proiettata indiscriminatamente su sé stessi e sull'ambiente circostante. Tutte le attività vitali sembrano interrompersi improvvisamente, portando il malato a lamentarsi, accusare e rimproverare. Questo rappresenta un momento critico che può essere sia di massima richiesta di aiuto, sia di rifiuto e ritiro.
- III. La terza fase è il Patteggiamento, in cui il paziente valuta cosa può ancora fare e cerca speranza in progetti futuri, intraprendendo una sorta di negoziato per giustificare la continuazione della propria vita. I patti spesso coinvolgono la richiesta di prolungare la vita o di ottenere sollievo dal dolore per un periodo limitato, con promesse che raramente vengono mantenute.
- IV. La quarta fase è la Depressione, segno che il paziente prende consapevolezza delle perdite subite o imminenti, manifestandosi principalmente quando la malattia progredisce e la sofferenza aumenta. La depressione può essere reattiva, collegata alla consapevolezza delle perdite, o preparatoria, anticipando quelle future.
- V. La quinta e ultima fase è l'Accettazione, in cui il paziente, dopo aver elaborato gli eventi, affronta la situazione con una moderata presenza di rabbia e depressione. In questo momento, il supporto alla famiglia diventa cruciale, anche se la "serenità" del familiare potrebbe essere mal interpretata come rassegnazione.

Attraverso tutte queste fasi, la speranza rimane un elemento costante. Anche i pazienti più realistici lasciano aperta la possibilità di cure che possano migliorare il loro destino, e l'offerta di speranza, nonostante le cattive notizie, svolge un ruolo significativo nel mantenere viva la luce per giorni, settimane o mesi.

CAPITOLO TERZO

3.1 Comunicazione In Ambito Oncologico

La Comunicazione, vista come relazione di cura, costituisce uno strumento essenziale per tutte le professioni sanitarie, rimanendo rilevante anche nei momenti più critici dell'assistenza. In oncologia e nell'ambito sanitario in generale, spesso si confonde la comunicazione con l'informazione. Mentre l'informazione si concentra sulla trasmissione di dati e notizie, mirando a trasformare le conoscenze del ricevente, va sottolineato che l'informazione, sebbene indispensabile, non è sufficiente per garantire una vera comunicazione. L'informazione segue un processo "a una via" (linearità), influenzando un solo degli interlocutori attraverso la comunicazione verbale, agendo sulla comprensione, il pensiero e la razionalità. D'altra parte, la comunicazione è un processo "a due vie" (circolarità), comportando modifiche nei comportamenti di entrambi gli interlocutori e coinvolgendo non solo la conoscenza, ma anche le emozioni. La distinzione tra comunicazione e informazione diventa evidente quando si considera il silenzio. Dal punto di vista dell'informazione, il silenzio potrebbe equivalere a "nessuna notizia". Tuttavia, dal punto di vista delle modificazioni comportamentali, il silenzio comunica molto. La comunicazione rappresenta un elemento tangibile che orienta gli individui nel definire chi sono e cosa desiderano diventare. Bateson (1972) ha approfondito il lato psicologico della comunicazione, concependola come un gioco di relazioni. Ha evidenziato la presenza di almeno due livelli in ogni messaggio: uno relazionale, legato a ciò che viene detto, e uno relativo a ciò che si vuole che l'interlocutore comprenda della comunicazione. In questa prospettiva, il piano della comunicazione è cruciale per la comprensione reciproca. La comunicazione in ambito sanitario svolge un ruolo cruciale, operando su due piani: il linguaggio verbale e quello della metacomunicazione, che riflette sulla comunicazione in corso per garantirne la corretta esecuzione. La reazione di un individuo alla diagnosi di tumore è influenzata da variabili psicologiche, fattori medico-clinici e interpersonali, con particolare rilevanza nella relazione con il personale sanitario. L'équipe deve essere attenta ai bisogni del paziente, espressi attraverso il linguaggio verbale e non verbale, promuovendo un ascolto attivo e una partecipazione empatica alla sua esperienza. Nel contesto del malato oncologico, il carico emotivo lungo il percorso di cura, dalla

diagnosi alla guarigione, è significativo. L'operatore sanitario deve considerarlo nell'approccio comunicativo-relazionale per favorire una corretta elaborazione della realtà e la compliance terapeutica. L'adattamento alla malattia e la risposta ai trattamenti dipendono in gran parte dalla qualità dell'approccio relazionale dell'équipe curante. Questo richiede un impegno emotivo, umano, psico-sociale, comunicativo-relazionale ed etico. In oncologia, in modo particolare, l'interesse per la comunicazione nasce dalla necessità di gestire la trasmissione di cattive notizie e i contenuti intensi di sofferenza e morte, esplicitamente o implicitamente presenti nell'interazione con pazienti e familiari. La caratterizzazione dello scenario sanitario, all'interno del quale avviene la complessa comunicazione con il paziente, è necessaria, da un lato, per comprendere le difficoltà che molto spesso si verificano e, dall'altro, per giustificare il possibile uso della comunicazione come strumento terapeutico. Ogni condizione di malattia grave genera vissuti di paura e preoccupazione. Essendo il cancro una minaccia per la vita, la condizione psicologica del paziente è caratterizzata, a maggior ragione, da vissuti emotivi intensi e dal bisogno di adattarsi, essere accudito e aiutato. Questa condizione emotiva può rendere la posizione del paziente più debole e dipendente, e con particolari aspettative sul piano emotivo. La promozione di atteggiamenti attivi - coinvolgimento e partecipazione nel paziente richiede agli operatori sanitari un'azione su questi vissuti. Nel contesto sanitario, e in modo particolare in quello oncologico, quindi, il concetto di responsabilità terapeutica assume un'accezione che va oltre la cura della malattia organica e include il prendersi cura della persona malata affinché questa, sentendosi compresa e meno sola, possa curare sé stessa attraverso atteggiamenti più fiduciosi e attivi. Ciò è possibile unicamente occupandosi delle emozioni, fondamentali nella comunicazione efficace e, quindi, nella costruzione e nel mantenimento di una relazione terapeutica in senso lato. Comunicare deriva dal verbo latino *communicare*, collegato alla parola *communis*, comune, da cui deriva il verbo; indicava l'azione di condividere, mettere in comune, rendere o essere partecipe di qualcosa. Una comunicazione efficace, quindi, è basata sul presupposto che gli interlocutori condividano i significati dei messaggi che si trasmettono. Elementi indispensabili del processo comunicativo sono:

- L'emittente: è colui che dà inizio alla comunicazione, producendo un messaggio attraverso l'utilizzo di un codice;

- Il ricevente: è il destinatario del messaggio, colui che decodifica lo stimolo, ossia attribuisce un significato al messaggio ricevuto, prima di dare una risposta. Quest'ultima è in relazione al significato attribuito al messaggio;
- Il codice: è il sistema condiviso di segni, ossia la lingua (italiana), il linguaggio dei gesti, i linguaggi tecnici/specialistici. È caratterizzato dalla convenzionalità e può essere decodificato, ossia compreso, soltanto se gli interlocutori attribuiscono analoghi significati ai segni utilizzati;
- Il canale: è il mezzo attraverso il quale avviene l'atto comunicativo;
- Il feedback: è il ritorno al mittente della percezione del messaggio da parte del destinatario. Il ricevente, infatti, non rimane indifferente al messaggio che gli viene inviato: a sua volta comunica l'esito del messaggio ricevuto, anche solo variando la postura o con la mimica facciale, offrendo all'emittente una sorta di verifica, appunto il feedback, dell'avvenuta comprensione o dell'adeguatezza della sua comunicazione.

Il feedback, quindi, può essere verbale o non verbale e ha valore comunicativo di giudizio rispetto all'informazione trasmessa. Se tenuto nella giusta considerazione, può rendere la comunicazione sempre più efficace. Con l'introduzione del concetto di feedback si è passati da un modello lineare: comunicazione come sinonimo di passaggio di informazioni da un soggetto ad un altro, a un modello circolare, che suggerisce la reciprocità del processo comunicativo, nel senso che entrambi i membri offrono e ricevono una comunicazione sia verbale sia non verbale (comportamento). Nel contesto sanitario, la possibilità di recepire e interpretare, ossia di comprendere, correttamente il significato delle parole è resa più complicata dall'uso del linguaggio tecnico specifico, spesso utilizzato automaticamente nella comunicazione con il paziente, ma da questi non sempre condiviso. Ciò induce una serie di conseguenze:

- Aumenta il senso di impotenza del paziente, poiché non favorisce la comprensione della propria condizione di salute;
- Sottolinea la differenza di status tra operatore sanitario e paziente, con il rischio di indurre quest'ultimo alla passività;
- Non favorisce l'interazione e lo scambio, in quanto il paziente non è invogliato a porre domande per timore di essere giudicato/biasimato;

- Influisce negativamente sul rapporto operatore sanitario-paziente.

Il linguaggio tecnico è una lingua “straniera” per il paziente, e se a ciò si aggiunge che la sua emotività è molto elevata, la sua capacità di ascoltare bene diminuisce drasticamente. Pertanto, per consentire al paziente di condividere i significati con gli operatori sanitari, comprendere la propria condizione e assumere un ruolo attivo, è importante evitare il linguaggio tecnico o, qualora non sia possibile, accompagnarlo con spiegazioni semplici e chiare, accertandosi poi che sia stato compreso il messaggio. La comprensibilità dei significati, oltre che da problemi tecnici di ricezione - che nel contesto sanitario è resa più difficile dai rumori, dall’estraneità degli ambienti e dall’utilizzo del linguaggio tecnico è ulteriormente complicata dal mondo soggettivo: pensieri, emozioni, motivazioni, sensazioni del ricevente, che filtra la ricezione dei contenuti del messaggio e ne influenza l’interpretazione. Il mondo soggettivo non corrisponde alla realtà esterna, ne è una rappresentazione sulla base delle esperienze vissute e del contesto socioculturale. Il mondo interno, quindi, è diverso dalla realtà esterna, ma anche dalle rappresentazioni della realtà di altri individui. Esso gioca un ruolo importante nella ricezione ed elaborazione del messaggio, favorendone o ostacolandone la comprensione del significato: nonostante il codice e il contesto di riferimento possano essere condivisi, è possibile che i significati attribuiti ai contenuti della comunicazione non lo siano. Le parole, infatti, esprimono significati che fanno riferimento al proprio mondo interno, che può non coincidere con quello dell’interlocutore: i significati sono nelle persone, non nelle parole. Nel contesto sanitario, considerata la responsabilità terapeutica globale dell’operatore sanitario, la verifica della comprensione risulta molto importante al fine di costruire una relazione che curi, in quanto sottende attenzione e ascolto profondo dell’altro, ossia delle sue emozioni e dei suoi bisogni.

Il Modello SPIKES: spiega quali sono i passi da seguire per una corretta comunicazione di cattive notizie

S - SETTING UP: Preparare il contesto e predisporre all'ascolto. Comunicare in ambienti appropriati, adottare un atteggiamento di ascolto attento, evitare interruzioni e creare un ambiente che faciliti l'espressione e l'ascolto. L'eventuale coinvolgimento di altre persone va valutato in base alle esigenze del paziente.

P - PERCEPTION: Valutare le percezioni del paziente, comprendere quanto già sa e quali concezioni ha riguardo ai suoi disturbi. Prima di comunicare informazioni, è essenziale esplorare le idee e le fantasie del paziente sulla malattia. In situazioni di comunicazione deficitaria, il paziente potrebbe cercare autonomamente informazioni.

I - INVITATION: Invitare il paziente a esprimere il desiderio di essere informato o meno sulla diagnosi e i dettagli. Chiedere quanto il paziente desidera sapere, rispettare il suo tempo e offrire disponibilità a fornire informazioni in momenti successivi. Rispettare la negazione come meccanismo di difesa è fondamentale in oncologia.

K - KNOWLEDGE: Fornire informazioni necessarie per comprendere la situazione clinica. Utilizzare un linguaggio non tecnico, evitare il gergo medico e consegnare le informazioni gradualmente, verificando sempre la comprensione del paziente.

E - EMOTION: Agevolare l'espressione delle emozioni del paziente rispondendo in modo empatico. Riconoscere le emozioni attraverso segnali verbali e non verbali, differenziando tra emozioni adattive e disadattive.

S - STRATEGY SUMMARY: Discutere, pianificare e concordare con il paziente una strategia d'azione. Valutare la comprensione del paziente, riassumere quanto comunicato e definire una strategia di intervento. Creare una lista delle priorità e risolvere i problemi del paziente, stabilire modalità di contatto futuro e assicurarsi che il paziente abbia compreso gli aspetti discussi.

La comunicazione di una diagnosi o prognosi deve essere considerata un processo che richiede tempo. Nel fornire informazioni, il medico deve essere consapevole degli aspetti utili e potenzialmente traumatici per il paziente, senza alterare la realtà.

Le abilità che intervengono nella relazione di aiuto e che sono più utili in ambito sanitario sono ascoltare, fare domande, dare informazioni.

Ascoltare: è un'abilità centrale nel processo di comunicazione. L'accoglienza trova il suo coerente sviluppo nella qualità dell'ascolto da parte dell'operatore. È il presupposto primario per una comunicazione efficace, in quanto è lo strumento che permette di entrare nello schema di riferimento dell'altro e decodificare correttamente i suoi messaggi. Il significato che assume il termine "ascolto" va oltre la percezione uditiva di suoni e parole; infatti, focalizzandosi sui contenuti emozionali, l'ascolto necessita anche

di un uso consapevole della vista (osservare) e, a volte, anche di altri canali sensoriali. Ascoltare non è facile. In primo luogo, perché è un'abilità trascurata a livello sociale; in secondo luogo, richiede un'attenzione distribuita contemporaneamente su più canali, verbali e non verbali; infine, si basa su atteggiamenti quali accettazione ed empatia che non sono spontanei nell'essere umano. Si parla di ascolto attivo per il ruolo occupato dall'operatore e per le strategie utilizzate al fine di migliorare il contatto con l'utente e realizzare gli obiettivi della relazione. L'ascolto attivo è una forma di ascolto profondo, che dimostra con evidenza l'interesse per l'interlocutore. Nell'ascolto attivo, infatti, l'operatore, prima di rispondere, verifica la correttezza della propria decodifica del messaggio, senza darla per scontata; in questo modo, entra nello schema di riferimento dell'altro, il quale ha la sensazione di essere stato compreso. Questo processo di verifica viene chiamato riformulazione. La riformulazione consiste nel riportare con altre parole quanto ascoltato e riguarda sia i contenuti del messaggio sia i vissuti emotivi di chi parla. Attraverso la riformulazione, l'operatore ha la possibilità di verificare la propria comprensione; l'utente si sente ascoltato, aiutato a riconoscere i propri vissuti emotivi e a chiarire i propri pensieri, e incoraggiato ad andare avanti nella conversazione in un clima di comprensione e fiducia. Alcune condizioni favoriscono l'ascolto: non interruzione dell'utente; adeguata comunicazione non verbale dell'operatore (postura aperta, corpo lievemente inchinato in avanti, occhi alla stessa altezza di quelli dell'interlocutore e contatto visivo, voce calma, movimenti del capo che testimoniano attenzione e interesse ed esortano a parlare; attenzione alla comunicazione non verbale dell'utente); appropriato incoraggiamento verbale nelle pause dell'eloquio; domande poste con interesse, rispetto del silenzio da parte dell'operatore.

Fare domande: rappresentano un'abilità con la quale l'operatore può allargare l'esplorazione dei contenuti espressi dall'utente per la comprensione attiva dei suoi problemi o delle sue richieste. Le domande sono utili quando aiutano l'operatore a:

- Chiarire un messaggio confuso, ambiguo, incompleto;
- Confermare l'accuratezza della propria percezione;
- Evitare il rischio di risposte inadeguate, premature, dovute ad un'interpretazione errata del messaggio dell'emittente

Le domande dovrebbero essere poste una alla volta; espresse in un linguaggio che tenga conto delle esperienze dell'altro; significative ai fini dell'obiettivo del colloquio. Una domanda è pertinente quando nasce da ciò che l'altro ha già detto e non da curiosità o da bisogni di chi la pone. Da evitare, quindi, la tentazione di porre domande non necessarie, perché una modalità inquisitoria da parte dell'operatore induce chiusura e sensazione di non ascolto. Inoltre, le domande dovrebbero essere chiare e sintetiche, prive di doppi sensi o di possibili interpretazioni.

Esistono due tipi principali di domanda:

1. Domanda chiusa: è la forma più usata in medicina. Prevede una risposta specifica e concisa (Ha avuto nausea? Ha perso l'appetito?). È uno stile di colloquio ad alto controllo dell'operatore, che decide l'argomento su cui fare la domanda. Ha il limite di non incoraggiare a parlare liberamente e ha il vantaggio di circoscrivere la comunicazione. Quest'ultimo aspetto è utile soprattutto in situazioni di emergenza;

2. Domanda Aperta: è tale qualunque domanda che chieda il punto di vista dell'interlocutore, senza presupporre una risposta (Che cosa prova? Che cosa è successo? Che cosa la preoccupa?). Questa forma si usa ogni volta che l'utente introduce un nuovo argomento. Incoraggia la narrazione e allarga il campo, non precludendo alcuna direzione. Produce risposte più articolate e informazioni nuove, anche inattese, sia sulla realtà interna che esterna dell'utente. Consente all'operatore di cogliere l'importanza che l'altro attribuisce ai contenuti espressi. Segnala all'utente la disponibilità all'ascolto da parte dell'operatore.

Dare informazioni: quest'abilità è utilizzata per accrescere le conoscenze dell'utente. Le informazioni fanno conoscere all'altro la possibilità di opzioni a sua disposizione, facilitando l'identificazione delle diverse alternative; lo rendono consapevole dei possibili risultati di una particolare scelta o piano di azione; gli permettono di correggere dati non validi, non realistici. L'uso corretto del dare informazioni è legato ad alcuni parametri, che possono essere riassunti in: quando, quali, quante e come darle. Le modalità con cui i pazienti affrontano la malattia, le capacità di adattamento alla nuova situazione di vita e il livello di sofferenza emotivo sperimentato, dipendono in larga parte dalla corretta gestione di questi parametri che, a loro volta, hanno a che fare, da un lato, con fattori tecnici (capacità comunicative) e, dall'altro, con fattori soggettivi

(percezione del proprio ruolo, percezione del malato, consapevolezza di sé, ecc.) dell'operatore. È importante che l'operatore del Punto Informativo favorisca l'apertura dell'utente intesa come il processo attraverso il quale un individuo si racconta negli aspetti più personali e intimi a un altro individuo. L'apertura è direttamente proporzionale allo star bene di chi parla, alla sensazione di essere compresi e di potersi fidare. Aprirsi non è facile, soprattutto con gli estranei, quali sono gli operatori sanitari, incontrati principalmente per necessità fisiche. Il paziente ha dubbi, vergogne, paura di disturbare, di essere giudicato per le sue debolezze e/o le sue ignoranze. Non si può pretendere, quindi, che l'apertura venga spontaneamente dal paziente: occorre stabilire un contesto di empatia, di ascolto e di sincero interesse, come è stato finora affermato. È importante, pertanto, che l'operatore impari a mostrare maggior empatia e a utilizzare professionalmente l'ascolto per assicurare un benessere globale al paziente e alla famiglia, soprattutto in alcune patologie e in certe fasi della malattia. Tutto questo li renderà più soddisfatti.

CAPITOLO QUARTO

4.1 Obiettivo Della Revisione della letteratura

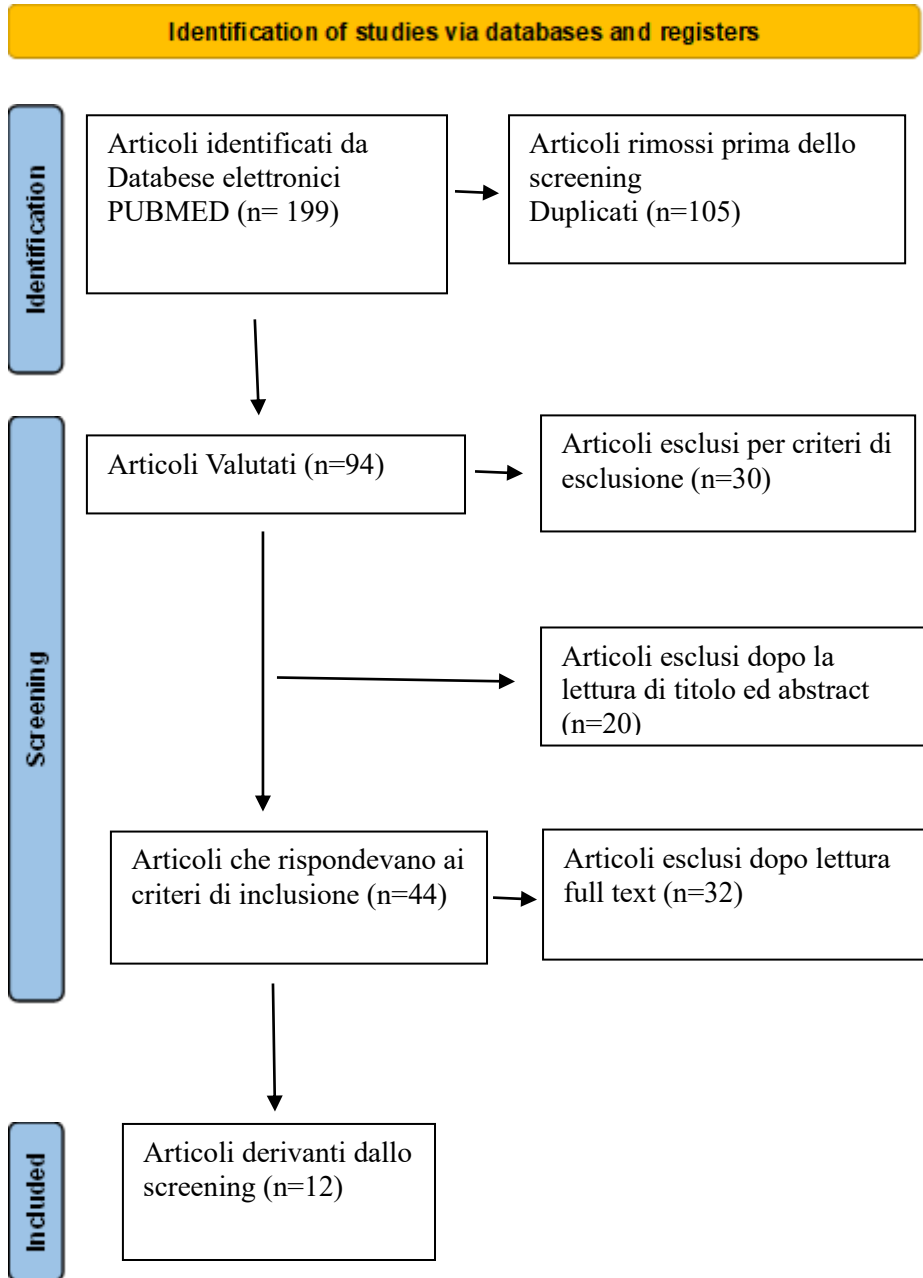
La revisione della letteratura condotta ha l'obiettivo di documentare gli impatti positivi della comunicazione nel contesto oncologico, con particolare attenzione all'adesione al trattamento e alla qualità della vita dei pazienti. Il suo scopo principale è chiarire come una comunicazione empatica, chiara e sensibile possa agire come elemento terapeutico essenziale, contribuendo al miglioramento del benessere complessivo dei pazienti oncologici. La ricerca si propone di evidenziare le pratiche di comunicazione più efficaci, offrendo una base teorica solida per sostenere le iniziative nel settore sanitario volte a potenziare gli aspetti comunicativi delle cure oncologiche. Inoltre, la revisione della letteratura mira ad esplorare in dettaglio gli effetti terapeutici della comunicazione tra il personale sanitario e i pazienti oncologici, focalizzandosi sull'adesione al trattamento e sulla qualità della vita. L'obiettivo è valutare come una comunicazione empatica ed efficace possa contribuire al benessere generale del paziente oncologico, influenzando positivamente la gestione dello stress, la partecipazione attiva al percorso di cura e la costruzione di rapporti fiduciosi. La revisione della letteratura si prefigge di fornire una visione approfondita di come la comunicazione possa agire come strumento terapeutico nel contesto oncologico, con l'intento di avanzare nelle pratiche assistenziali e migliorare l'esperienza complessiva del paziente durante il percorso di cura.

4.2 Materiali e Metodi

Per realizzare la seguente revisione della letteratura è stata scelta una revisione della letteratura basata sulla seguente domanda di ricerca iniziale: "Quali sono gli effetti positivi di una comunicazione efficace sul paziente oncologico?" La ricerca è stata condotta con l'obiettivo di identificare le competenze relazionali e comunicative degli infermieri. Le ragioni che hanno motivato la scelta di questa metodologia sono molteplici; essa può contribuire significativamente alla comprensione di fenomeni precedentemente studiati e consente di restringere il campo di ricerca su tematiche pertinenti al tema selezionato. Le componenti principali di una revisione della letteratura comprendono l'identificazione, la selezione, l'analisi critica e la descrizione

delle informazioni esistenti. Il formato seguito in questa revisione è l'"IMRAD" (introduzione, metodi, risultati, discussione).

4.3 Risultati



Titolo	Autore(i)	Anno	Disegno di studio	Obiettivo (i)	Risultati principali
Communication in healthcare	Vincenzo Gianfredi , Chiara Grasci, Daniele Nucci, Valeria Parisi, Massimo Moretti	2015	Rassegna della letteratura narrativa.	Presentare gli aspetti più importanti della comunicazione in ambito sanitario	Adeguate strategie di comunicazione possono contribuire a ridurre le barriere socioculturali e l'adozione consapevole di comportamenti che promuovono lo stato di salute.
Communicative skills: Delivering bad news, conducting a meeting with the care goals family.	Caitlin N Baran, Justin J Sanders	2019	Revisione della letteratura	Rivedere le strategie per coinvolgere i pazienti in conversazioni difficili durante l'intero ciclo di vita.	Bisogna avere capacità di comunicazione per facilitare le conversazioni difficili, attraverso l'assegnazione di una delega per l'assistenza sanitaria e avere conversazioni su malattie gravi
Goals of care conversations in serious illness: A practical guide	Nelia Jai, Rachelle E Bernacki	2020	Studio descrittivo- qualitativo	L'acquisizione di abilità comunicative e richiede formazione, pratica e feedback per sviluppare la giusta competenza	Una comunicazione di qualità garantisce che i trattamenti o gli interventi medici offerti siano in linea con i valori e le preferenze dei pazienti

Nurses' perceptions of palliative care and end-of-life communication	Kathleen J Sawin Kathleen E Montgomery Claretta Yvonne Dupree, Joan E Haase, Celeste R Phillips, Verna L Hendricks- Ferguson	2019	Studio fenomenologico empirico	Lo scopo di questo studio è stato quello di descrivere le prospettive dei professionisti sanitari di oncologia pediatrica sulla comunicazione tra cure palliative e fine vita	I professionisti sanitarie erano costantemente vigili per le opportunità di migliorare la comunicazione e promuovere l'assistenza centrata sulla famiglia nella loro unità.
Experiences of novice nurses with palliative and end-of-life communication	Verna L Hendricks- Ferguson , Kathleen J Sawin, Kitty Montgomery, Claretta Dupree, Celeste R Phillips- Salimi, Barb Carr, Joan E Haase	2015	Studio qualitativo descrittivo	Esplorare le prospettive di comunicazione di 14 infermieri di oncologia con meno di un anno di esperienza.	Gli operatori sanitari riconoscono che la fornitura di una comunicazione efficace con persone che presentano malattie potenzialmente letali è essenziale per le cure palliative e di fine vita, indipendentemente dai loro anni di esperienza lavorativa

Hospital nurses' perceptions of death and self-reported end-of-life care performance: the mediating role of attitudes towards end-of-life care	Parco di Hyo-Jin, Yun-Mi Lee, Mi Hwa ha vinto, Sung-Jun Lim, Figli o di Youn-Jung	2020	Disegno di ricerca descrittivo o trasversale e utilizzando il campionamento di convenienza su un totale di 250 infermieri	Valutare l'influenza delle percezioni della morte da parte degli infermieri sulle prestazioni dell'assistenza di fine vita e ad analizzare il ruolo di mediazione dell'atteggiamento nei confronti dell'assistenza di fine vita tra gli infermieri ospedalieri	Per migliorare la percezione positiva della morte da parte degli infermieri ospedalieri, dovrebbero essere sviluppati programmi di formazione integrati e continui relativi alla morte e alla cura dei pazienti morenti sulla base delle loro esperienze cliniche e dell'ambiente di lavoro.
Nurses' perceptions of prognosis-related communication	Ahmad Mahmoud Saleh	2022	Disegno di ricerca fenomenologica. Un totale di 248 membri dell'associazione infermieriistica oncologica locale sono stati invitati a completare questo sondaggio online	Necessità di migliorare la conoscenza e l'atteggiamento dei medici nei confronti del coinvolgimento degli infermieri nella comunicazione correlata alla prognosi	L'istruzione sia a livello universitario che professionale deve applicare più tempo e risorse nella preparazione degli infermieri per la comunicazione con i pazienti, le famiglie e gli altri membri del team sanitario, idealmente in un ambiente interprofessionale.
Communication in psycho-oncology	Kupryjanuk A, Sobstyl M.	2022	Studio qualitativo o descrittivo	L'obiettivo dell'articolo è quello di presentare brevemente i principi di	Una corretta comunicazione, sia all'interno della struttura che con le entità esterne, è

				una comunicazione efficace nelle strutture sanitarie	considerata un fattore importante per migliorare la qualità della vita.
CONFORTO Communication for oncology nurses: Overview of the program and preliminary evaluation of a national-level train-the-trainer course.	Elaine Wittenberg, Betty Ferrell, Gioia Orefice, Sandra L Ragan , Haley Buller	2018	Per valutare il programma sono stati utilizzati sondaggi pre-corso sulle esigenze, feedback post-corso e follow-up a 6 e 12 mesi	Il corso di comunicazione COMFORT per infermieri oncologici è un programma di formazione per formatori finanziato dal National Cancer Institute (R25) che fornisce formazione sulla comunicazione a livello nazionale per migliorare la comunicazione centrata sul paziente nella cura del cancro.	Il corso di comunicazione COMFORT fornisce le competenze e gli strumenti di comunicazione essenziali di cui gli infermieri oncologici hanno bisogno per fornire cure di qualità in tutto il continuum oncologico
National survey on the experience of oncology patients	Andreja Šajnić, Sanja Pleština , Marko Jakopović , Biljana Kurtović	2022	Un sondaggio online di 69 domande è stato tradotto dai paesi partecipanti di lingua madre	Determinare l'esperienza dei pazienti oncologici e di identificare i bisogni e le prospettive dei pazienti oncologici durante il trattamento del cancro.	C'è un grande bisogno di miglioramento dell'esperienza del paziente nel percorso oncologico.

Communication with oncology patients	Jana Halámková, Ondřej Sláma, Dagmar Adámková Krákorová, Regina Demlová, Josef Kuře	2019		In che modo il professionista sanitario potrebbe fornire cattive notizie	La raccomandazione per la comunicazione, riconosciuta e comprovata a livello internazionale, è costituita dai sei passaggi noti come SPIKES.
Experiences of cancer survivors with disruptions in patient-centered communication	Richard L. Via Jr, Erica Lances, Sara Madrid, Kathleen M. Mazor	2018	Studio descrittivo	Analizzare le esperienze di comunicazione dei sopravvissuti al cancro che non erano incentrate sul paziente.	Le interruzioni della comunicazione incentrate sul paziente creano angoscia che peggiora le esperienze di cura del cancro dei pazienti. La formazione sulle abilità comunicative per i professionisti sanitari dovrebbe riguardare l'ascolto, l'assunzione di prospettiva e la valutazione/soddisfazione delle informazioni e dei bisogni emotivi dei pazienti.
Improving communication and support in cancer care	ELISABETH KUPER, MD, St. Luke's Health System, Eagle, Idaho	2023	Revisione sistematica	Ridurre l'ansia e migliorare la qualità di vita del paziente oncologico	Una comunicazione efficace permette di eliminare dubbi e incertezze nel paziente oncologico.

<p>Conscious communication: Being present</p>	<p>Maryjo Prince-Paul, Carol Kelley</p>	<p>2017</p>	<p>Letteratura pubblicata, sottoposta a revisione paritaria, rapporti di ricerca e risorse basate sul Web.</p>	<p>Esaminare come una comunicazione efficace possa migliorare la relazione paziente/famiglia nell'esperienza della cura del cancro.</p>	<p>Gli infermieri oncologici che utilizzano un approccio alla comunicazione incentrato sul paziente saranno più attrezzati per utilizzare strategie basate sulla consapevolezza che possono potenzialmente cambiare il modo in cui vengono fornite le cure oncologiche.</p>
---	---	-------------	--	---	---

Per raccogliere informazioni relative all'argomento, sono stati consultati libri, di fondamentale importanza i manuali, riviste, articoli e altre fonti documentate. Le fonti utilizzate includono banche dati generali e specialistiche, libri, monografie, riviste scientifiche, il parere di esperti e approfondimenti da materiale web. Le banche dati consultate sono state Pubmed e Google Scholar.

Le parole chiave utilizzate nella ricerca sono state: "Relational skills", "communication", "oncology", "nurse", "cancer patient". Le stringhe di ricerca adottate includono: "communication or relational skills and nurse", "communication/relational skills and nurse and oncology", "cancer patient and communication". Per condurre una revisione esaustiva della letteratura sugli effetti positivi della comunicazione in ambito oncologico, è stata effettuata una ricerca sistematica di articoli scientifici. Al fine di rendere la ricerca più specifica, sono stati stabiliti i seguenti criteri di esclusione: una popolazione di pazienti in cure palliative e una popolazione di pazienti oncologici pediatrici. Gli studi sono stati selezionati mediante la lettura critica dei titoli e degli abstracts, valutandone la pertinenza rispetto agli obiettivi prefissati all'inizio del lavoro di tesi. Gli studi non in lingua inglese sono stati esclusi. Gli studi inclusi nella revisione dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione: essere articoli peer-reviewed, pubblicati negli ultimi dieci anni, concentrarsi sulla comunicazione in contesti oncologici e riportare specificamente gli effetti positivi della comunicazione sulla salute dei pazienti. Gli studi inclusi nella revisione sono stati selezionati sulla base di criteri chiari. Sono stati inclusi solo articoli peer-reviewed che si concentravano sulla comunicazione tra professionisti della salute e pazienti oncologici, evidenziando gli effetti positivi della comunicazione sulla gestione della malattia e la qualità della vita. Studi qualitativi, quantitativi e revisioni sistematiche sono stati considerati per garantire una visione completa. I dati estratti dagli studi inclusi hanno riguardato le seguenti variabili: caratteristiche degli studi (disegno, partecipanti, periodo di studio), metodologie di comunicazione utilizzate, misure di risultato (quali miglioramenti nella qualità della vita, aderenza al trattamento, riduzione dello stress), e conclusioni chiave. I risultati sono stati sintetizzati e presentati in modo chiaro, organizzati per temi chiave come la migliorata qualità della comunicazione, l'efficacia delle strategie di comunicazione, e gli impatti sulla salute mentale e fisica dei pazienti oncologici. Le evidenze sono state interpretate criticamente e sono state discusse eventuali limitazioni

degli studi inclusi, al fine di fornire una visione completa del panorama attuale degli effetti positivi della comunicazione in ambito oncologico.

La pratica oncologica attuale riconosce l'importanza della collaborazione con pazienti e famiglie nell'affrontare la malattia. Secondo la revisione di Baile & Aaron (2005), la comunicazione tra operatori e pazienti oncologici ha un impatto significativo, con implicazioni cruciali per lo sviluppo della formazione in campo oncologico. È evidente che una comunicazione empatica ed efficace influisce sui risultati della cura, incidendo sulla qualità della vita, la soddisfazione del paziente e gli esiti clinici. Le abilità comunicative emergono come aspetti fondamentali nella cura del cancro, particolarmente durante momenti critici come la diagnosi, la recidiva e la transizione alle cure palliative. Ricerche recenti, come quelle di Bredart (2005), hanno valutato approcci mirati a migliorare la comunicazione tra infermieri e pazienti, evidenziando che la soddisfazione del paziente è l'indicatore che beneficia maggiormente. Per rispondere alle esigenze dei pazienti oncologici, sono state sviluppate diverse strategie per migliorare la comunicazione tra curanti e pazienti. Tay, Hegney & Ang (2011) hanno cercato di individuare le migliori prove disponibili sui fattori che influenzano la comunicazione tra infermieri e pazienti adulti in ambito ospedaliero. La partecipazione attiva e la ricerca di informazioni da parte dei pazienti favoriscono una migliore comunicazione. La positività e la speranza emergono come bisogni essenziali per i pazienti oncologici, influenzando positivamente la gestione della malattia. Corsi sulle competenze comunicative, come quelli di Kissane (2012), dimostrano benefici nella gestione delle notizie negative e nella transizione alle cure palliative. Baer & Weinstein (2012) hanno valutato l'efficacia di un progetto educativo per migliorare le abilità di comunicazione di infermieri oncologici. La comunicazione è considerata un'arte e un'abilità che richiede tempo, pratica e riflessione. Gli infermieri dovrebbero sostenere la formazione interattiva per migliorare queste abilità, contribuendo a una cura centrata sul paziente. L'effetto terapeutico della comunicazione nel percorso di cura dei pazienti oncologici è un aspetto cruciale. Una comunicazione empatica, chiara e accurata tra l'infermiere e il paziente può influenzare positivamente vari aspetti del trattamento e del benessere psicologico. Tra cui:

- **Supporto emotivo:** La comunicazione empatica fornisce sostegno emotivo cruciale al paziente, affrontando le sfide emotive legate alla diagnosi, al trattamento e alle prospettive future.
- **Consapevolezza e comprensione:** Una comunicazione chiara sulle opzioni di trattamento, gli effetti collaterali e le aspettative contribuisce a una maggiore consapevolezza e comprensione del paziente sulla propria situazione.
- **Partecipazione attiva:** Una comunicazione aperta incoraggia il paziente a partecipare attivamente alle decisioni sul trattamento, aumentando il senso di controllo e autodeterminazione.
- **Gestione dello stress:** Una comunicazione efficace aiuta a gestire lo stress legato alla malattia, migliorando la qualità della vita del paziente e influenzando positivamente la risposta al trattamento.
- **Costruzione di rapporti fiduciari:** La fiducia tra il personale sanitario e il paziente è fondamentale, e una comunicazione aperta è essenziale per instaurare e mantenere questa fiducia.
- **Promozione della qualità della vita:** Una comunicazione empatica contribuisce a migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici, offrendo sostegno psicologico e aiutandoli a gestire gli aspetti emotivi della malattia.

Gli effetti della comunicazione sulla salute mentale, fisica e sulla qualità della vita del paziente sono significativi. Una comunicazione efficace e sensibile da parte del personale sanitario può avere impatti positivi sulla gestione delle emozioni, sulla partecipazione attiva del paziente, sulla riduzione dello stress e sull'adesione al trattamento.

4.4 Discussione

Questa revisione della letteratura ha analizzato le competenze comunicative degli infermieri e il loro impiego come strumento terapeutico nel contesto del paziente oncologico. L'ambito oncologico, caratterizzato da situazioni complesse ed emotivamente cariche, richiede agli operatori competenze comunicative e relazionali per comprendere e rispondere alle esigenze dei pazienti. Queste competenze abbracciano vari aspetti della comunicazione, come atteggiamento, sentimenti, emozioni e comportamento, contribuendo al processo comunicativo in oncologia

(Maskor 2013). L'empatia, secondo Farina (2005), permette di comprendere profondamente la prospettiva del paziente e di rispondere sinceramente alle sue esigenze. Aiutare il paziente a utilizzare le capacità cognitive favorisce l'autonomia, integrando l'esperienza attuale con le altre esperienze di vita. La formazione in comunicazione, come indicato da Kissane (2012), sviluppa competenze che migliorano la relazione infermiere-paziente, la conoscenza delle cure e l'aderenza terapeutica. I percorsi formativi favoriscono l'evoluzione progressiva di individui motivati a migliorare le loro competenze comunicative e relazionali. Questa formazione orienta l'attenzione verso gli aspetti emotivi dell'esperienza professionale, rafforzando la consapevolezza di sé e la capacità di sviluppare nuove modalità comunicative nella pratica quotidiana.

4.5 Conclusione

Questo lavoro ha esplorato i modelli e la pragmatica della comunicazione, focalizzandosi sui fondamentali elementi del ruolo di curante. Tra questi, la consapevolezza di sé, l'ascolto, l'informazione e l'empatia sono emersi come fattori cruciali nel supporto ai pazienti, mirando a mitigare fragilità e pregiudizi, e ad evidenziare le risorse di ciascun paziente. La comunicazione dell'infermiere si è rilevata indispensabile nel contesto oncologico. L'analisi dei dati ha delineato raccomandazioni specifiche per la comunicazione nel contesto oncologico, evidenziando anche strategie utili per migliorare le competenze comunicative e relazionali degli infermieri, specialmente nei confronti dei pazienti tumorali. La revisione della letteratura ha permesso di identificare gli elementi chiave delle competenze comunicative degli infermieri in oncologia, sottolineando la loro rilevanza cruciale nel prendersi cura complessivamente di un paziente affetto da tumore. Questo approccio va oltre l'aspetto fisico-patologico, concentrandosi anche sugli aspetti emotivo-relazionali, particolarmente critici nel contesto oncologico. Nella revisione della letteratura, l'attenzione è stata posta su come queste competenze comunicative siano strumenti essenziali per comprendere la soggettività e l'unicità di ogni paziente. Nell'ambito oncologico, tali competenze diventano il fulcro del rapporto di cura, permettendo agli infermieri di navigare le sfumature del vissuto, delle emozioni e dei sentimenti dei pazienti, guidandoli con delicatezza attraverso il percorso di cura. Le competenze

comunicative emergono come veicoli fondamentali per costruire relazioni di cura solide e personalizzate. La comunicazione efficace con i pazienti oncologici non solo è essenziale per fornire informazioni chiare e accurate, ma può anche avere profondi effetti benefici sul loro benessere emotivo, fisico e psicologico. Attraverso la mia ricerca e analisi, ho identificato diversi modi in cui la comunicazione positiva può influenzare positivamente il percorso di cura e la qualità della vita dei pazienti affetti da cancro. Una comunicazione aperta e empatica da parte del personale infermieristico può contribuire a ridurre l'ansia e la paura associata alla diagnosi e al trattamento del cancro. Fornire informazioni chiare e comprensibili sulle opzioni di trattamento, sulle prospettive di guarigione e sulle risorse disponibili può aiutare i pazienti a sentirsi più sicuri e a prendere decisioni informate riguardo alla propria cura. Il sentirsi ascoltati, compresi e supportati emotivamente può alleviare la solitudine e l'isolamento che spesso accompagnano la malattia, contribuendo così a migliorare l'umore e la qualità della vita. In conclusione, la comunicazione efficace rappresenta un elemento cruciale nella cura del paziente oncologico, con effetti benefici che si estendono oltre il mero trattamento medico. Investire nella formazione del personale sanitario per migliorare le competenze comunicative e promuovere una cultura di ascolto attivo può contribuire significativamente a migliorare l'esperienza complessiva del paziente e a ottimizzare i risultati clinici.

Bibliografia

- BUCKMAN R., (1994), *La comunicazione della diagnosi*, Cortina, Milano.
- BORGNA E., (2015), *Parlarsi. La comunicazione perduta*, Einaudi, Torino.
- Butow PN, Dunn SM, Tattersall MHN, Jones QJ. Patient participation in the cancer consultation: evaluation of a question prompt sheet. *Annals of Oncology*, 1994; 5(3): 199-204.
- Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MH, Dunn SM. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology*. 2002;11(1):47-58. doi:10.1002/pon.564
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
- Carlsson ME. Cancer patients seeking information from sources outside the health care system: change over a decade. *Eur J Oncol Nurs* 2009;13:304-5.
- Caruso A, et al. La formazione alla relazione in ambito oncologico. In: Morasso G, Tonamichel M (Ed.). *La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento*. Roma: Carocci; 2005. p. 139-53.
- CIPOLLA C., MATURO A., (2009), *Con gli occhi del paziente: una ricerca nazionale sui vissuti di cura dei malati oncologici*, Franco Angeli, Milano.
- Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH, et al. Asking questions can help: development and preliminary evaluation of a question prompt list for palliative care patients. *Br J Cancer*. 2003;89(11):2069-2077. doi:10.1038/sj.bjc.6601383
- Cheli E. *Teorie e tecniche della comunicazione interpersonale. Una introduzione interdisciplinare*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- Cheli E. *Relazioni in armonia*. Milano: Franco Angeli; 2009.
- Communication in healthcare*, Vincenzo Gianfredi, Chiara Grasci, Daniele Nucci, Valeria Parisi, Massimo Moretti 2015
- Communication in psycho-oncology* Kupryjaniuk A, Sobstyl M, 2022
- Communicative skills: Delivering bad news, conducting a meeting with the care goals family*. Caitlin N Baran, Justin J Sanders, 2019
- CONFORTO *Communication for oncology nurses: Overview of the program and preliminary evaluation of a national-level train-the-trainer course*. Elaine Wittenberg, Betty Ferrell, Gioia Orefice, Sandra L Ragan, Haley Buller, 2018
- DE SANTI A., MOROSINI P., NOVIELLO S., (2007), *La comunicazione con il paziente oncologico. Valutazione e interventi*, Erickson, Trento.

Epstein RM, Street Jr RL. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225; 2007.

Epstein RM, Street Jr RL. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225; 2007.

Experiences of novice nurses with palliative and end-of-life communication, Verna L Hendricks-Ferguson, Kathleen J Sawin, Kitty Montgomery, Claretta Dupree, Celeste R Phillips-Salimi, Barb Carr, Joan E Haase, 2015

Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 2000; 36(13): 1595-1597.

Goals of care conversations in serious illness: A practical guide Nelia Jai, Rachelle E Bernacki, 2020

Goldeberg RJ. Disclosure of information to adult cancer patients: issues and updates. *J Clin Oncol* 1984; 2: 948-55.

Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *Journal of Clinical Oncology*, 2004; 22(9): 1721-1730.

Hospital nurses' perceptions of death and self-reported end-of-life care performance: the mediating role of attitudes towards end-of-life care Parco di Hyo-Jin, Yun-Mi Lee, Mi Hwa ha vinto, Sung-Jun Lim, Figlio di Youn-Jung, 2020

Jenkinson C, et al. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:335-9.

Johnson JD, Roter D, Powe NR, Cooper LA. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *American Journal of Public Health*, 2004; 94(12): 2084-2090.

Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology*, 2012; 30(11): 1242-1247.

Meharabian A. Non-verbal communication. Chicago: Aldine Publishing Co.; 1972.

Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ*, 1996; 313(7059): 724-726.

National survey on the experience of oncology patients, Andreja Šajnić, Sanja Pleština, Marko Jakopović, Biljana Kurtović, 2022

Nurses' perceptions of palliative care and end-of-life communication, Kathleen J Sawin
Kathleen E Montgomery Claretta Yvonne Dupree, Joan E Haase, Celeste R Phillips,
Verna L Hendricks-Ferguson, 2019

Nurses' perceptions of prognosis-related communication, Ahmad Mahmoud Saleh, 2022

Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news
about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*,
2001; 19(7): 2049-2056.

Rogers C. *Terapia centrata sul cliente*. Molfetta (BA): La Meridiana; 2007

Rutten LJ, et al. Information needs and sources of information among cancer patients: a
systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns* 2005;57:250-61.

Street Jr RL, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in
medical consultations: Why some patients are more involved than others. *Medical Care*,
2005; 43(10): 960-969.

Street Jr RL, Voigt B, Geyer Jr C, Manning T, Swanson GP. Increasing patient
involvement in choosing treatment for early breast cancer. *Cancer*, 1995; 76(S6): 2275-
2285.

Truccolo I, et al. Un codice deontologico per informare il paziente. *Biblioteche Oggi*
2009;81-4.

Walling A, Lorenz KA, Dy SM, et al. Evidence-based recommendations for information
and care planning in cancer care. *J Clin Oncol*. 2008;26(23):3896-3902.
doi:10.1200/JCO.2007.15.1746

Watzlawick P, et al. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio
Ubalдини; 1971

Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H.
Association of perceived physician communication style with patient satisfaction,
distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J*
Cancer. 2003;88(5):658-665. doi:10.1038/sj.bjc.6600798

Ringraziamenti

Un grazie di cuore alla Professoressa e Relatrice Letizia Tesei, per il suo straordinario supporto e guida durante il mio percorso di ricerca. La sua competenza, il suo impegno e la sua pazienza hanno reso possibile il completamento di questo importante percorso universitario. Le sono grata per il tempo e l'attenzione che ha dedicato a discutere le mie idee, a fornire suggerimenti preziosi, per aver reso ogni incontro e discussione stimolante e costruttiva.

Un ringraziamento speciale alla mia Tutor e Professoressa, Mara Marchetti, per il suo costante impegno e dedizione nel guidarmi durante l'intero percorso. La sua passione per l'insegnamento si è manifestata chiaramente attraverso le sue lezioni coinvolgenti e stimolanti. Mi ha ispirato non solo con la sua conoscenza, ma anche con la sua gentilezza e il suo sostegno costante. Le sono grata per il tempo e l'energia che ha dedicato a rispondere alle mie domande e incoraggiarmi a dare il meglio di me stessa. Spero che il suo prezioso lavoro continui a ispirare e motivare gli studenti come ha fatto con me.

Alla mia Tutor Anna Rita Lampisti, per il sostegno e la guida che mi ha offerto durante il mio percorso universitario, per aver condiviso la sua conoscenza, la sua esperienza e il suo entusiasmo. Sapere di poter contare su di Lei mi ha dato fiducia e determinazione. Rimarrà per sempre un punto di riferimento nella mia esperienza universitaria. Grazie di cuore per essere stata un tutor straordinaria e per aver reso il mio percorso di apprendimento così gratificante e significativo.

Gentili Docenti, desidero esprimervi la mia gratitudine per il prezioso contributo dato alla mia formazione. Nel corso degli anni, avete condiviso con me conoscenze, esperienze e passioni legate alla professione infermieristica, attraverso lezioni coinvolgenti e un costante sostegno. Riflettendo sul mio percorso in infermieristica, mi sento profondamente grata per tutto ciò che ho imparato e per le opportunità che mi avete offerto. Sono pronta ad affrontare le sfide future con fiducia e determinazione, consapevole di possedere solide basi grazie a voi. Vi ringrazio di cuore per il vostro impegno nel plasmare il mio futuro professionale e nel prepararmi per una carriera gratificante e significativa nell'ambito sanitario.

Tusino Angela Pia