

UN MODELLO DI COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE: UNA RICERCA NELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Luigina Malerba¹

INTRODUZIONE

L'ipotesi dalla quale si parte è quella che una buona comunicazione medico-paziente possa migliorare sia il vissuto della malattia che l'aspettativa di vita futura del malato. Si propone quindi un modello di comunicazione che cerca di evidenziare le possibili modalità di comunicazione che si possono osservare fra medico/struttura e paziente in modo da poter comprendere quali siano i contesti comunicativi più efficaci. A questo scopo viene predisposto un piano sperimentale dove a due gruppi, di oltre cento degenti ciascuno, vengono sottoposti due differenti messaggi di tipo verbale, con informazioni sull'intervento chirurgico che dovranno sostenere. Il primo messaggio, quello sperimentale, prevede una comunicazione delle informazioni secondo una modalità più "empatica", che tenga

¹ Psicologa – Specialista in Psicoterapia

conto anche delle perplessità suscitate nel paziente cercando, per quanto possibile, di rassicurarlo; il secondo messaggio, quello di controllo, prevede una comunicazione “standard”, come quella in uso presso l’ospedale, rivolgendo una media attenzione alle risposte emotive dei soggetti. I risultati hanno dimostrato che il gruppo sperimentale percepiva il medico più “aperto” rispetto al gruppo di controllo, ma, soprattutto, si autopercepiva molto più attivo e partecipe nella cura, evidenziando così un contesto comunicativo più favorevole. Questo diverso stimolo iniziale si ritiene che abbia innescato, gruppo sperimentale, una maggiore motivazione e capacità di autoterapia, la quale ha probabilmente determinato in questi soggetti il miglior vissuto della malattia e la più positiva aspettativa di vita, rispetto a quanto è invece emerso nel gruppo di controllo.

I risultati presentati sono soltanto preliminari e solo successive e più estese ricerche potranno confermare la validità di quanto qui sostenuto. Tuttavia si è convinti che anche un piccolo cambiamento all’interno di un rapporto così rigido e stereotipato, quale è quello esistente fra medico e paziente, potrebbe alleviare significativamente il carico di sofferenza che deriva dalla patologia della comunicazione, oltre che dalla malattia stessa.

INDICE

INTRODUZIONE	80-81
1. Programma di ricerca	83
1.1. Modello di comunicazione	88
2. Metodologia della ricerca	100
2.1. Ipotesi	101
2.2. Metodo	101
2.3. Soggetti	102
2.4. Materiale	103
3. Risultati	107
4. Discussione	124
5. Conclusioni	136
BIBLIOGRAFIA	137

1. PROGRAMMA DI RICERCA

La maggior parte dei lavori condotti in ambito sanitario sul tema del rapporto medico-paziente hanno come prospettiva prevalente quella dell'analisi delle problematiche del paziente esaminate quasi esclusivamente secondo un'ottica medico-scientifica. Il paziente può così essere considerato ansioso, depresso o “normale” **ma viene sempre visto come un “oggetto” di studio non un soggetto** protagonista del rapporto con pari dignità del medico.

In questo lavoro l'accento passa dall'interpretazione tradizionale del rapporto medico-paziente, in cui è dominante la lettura in chiave psicologica e soprattutto psicopatologica del termine “rapporto”, ad una analisi della **comunicazione medico-paziente** nella quale si pone invece l'attenzione sul tipo di comunicazione che emerge dall'interazione fra medico e paziente, ovvero prendendo in esame, in modo prioritario, il **punto di vista del paziente**, che diventa così soggetto di valutazione delle informazioni ricevute dal medico e del suo modo di porsi verso di lui; ma anche soggetto di autovalutazione delle proprie richieste e del proprio atteggiamento verso il personale sanitario.

A questo punto viene presentato in dettaglio il **programma di ricerca adottato**, con la specifica delle fasi seguite e dei tempi impiegati per la loro realizzazione.

Il programma ha avuto come oggetto di ricerca: “La comunicazione medico-paziente nella struttura ospedaliera: aspetti psicologici sociali e bioetici”, ponendosi come **obiettivo**:

"Analizzare gli effetti che le informazioni diagnostico-terapeutiche, ed in particolare quelle relative alla procedura del ‘consenso informato’ possono avere sul rapporto che si instaura fra ospedale ed utenza e, più specificamente, fra medico e paziente. A tal fine, presso un reparto di Chirurgia di un Ospedale romano, si sono confrontate due modalità di comunicazione delle informazioni da parte del medico: una più “empatica” e partecipativa, l’altra più “standard” e meno personalizzata, pur essendo ambedue equivalenti in merito al numero delle informazioni fornite al paziente. Poi sono stati valutati i possibili effetti di tali modalità comunicative sia sulla qualità del rapporto medico-paziente che sul vissuto della malattia e sulla aspettativa di vita futura del paziente. Il programma di ricerca si è articolato in quattro fasi, per ciascuna delle quali viene, qui di seguito,

precisato l'obiettivo, il metodo e la durata temporale (espressa in mesi).

Prima fase

Obiettivo: Definizione dei diversi modi attraverso cui viene generalmente espresso il 'consenso informato'. Richiesta del permesso alla Direzione Sanitaria della struttura ospedaliera per l'effettuazione della ricerca e richiesta di collaborazione ai medici dell'istituto.

Metodo: In questa fase, attraverso l'analisi della letteratura medica del settore (di cui si riportano in bibliografia i lavori di riferimento consultati, vedi *Nota*) ed, in particolare, leggendo i documenti prodotti ed utilizzati all'interno dell'ospedale, si è pervenuti alla conoscenza delle varie modalità proposizione al paziente del 'consenso informato' Sono state inoltre condotte interviste ai responsabili ed ai membri più rappresentativi del comitato di bioetica, per ottenere sia informazioni rispetto alla prassi standard

Nota : Per ulteriori approfondimenti riguardo il consenso informato e la comunicazione medico-paziente si rimanda ai seguenti Autori: Athlin L, 1992; Ayzenberg A, 1995; Chase Biring MS ,1984; Gilbar O, 1989; Gilbar O, 1991; Hietanen PS, 1996; Holli K, 1993; Kedziera P, 1994; Lee JM, 1993; Lexander M, 1996; Lioux C, 1993; Lynoe N, 1993; Mechanich D, 1992; Peteet JR, 1992; Righetti A, 1994; Schwenk TL, 1992; Singer PA, 1991; Todd CJ, 1984; Tomamichel M, 1995;

di consenso informato praticata presso la struttura, sia per richiedere il permesso di effettuare la ricerca; ma soprattutto per verificare la disponibilità dei medici a collaborare con il loro intervento in prima persona nella ricerca stessa. Dopo innumerevoli incontri si è finalmente riusciti ad ottenere la disponibilità del Primario di un reparto di Chirurgia, insieme all'équipe medica composta da medici strutturati e dagli specializzandi. Su circa dieci medici che facevano parte del team solo sei di loro hanno accettato di partecipare, sempre dopo aver ricevuto molte rassicurazioni che non si trattava di un'attività interferente con il loro normale lavoro quotidiano e che non avrebbe in alcun modo comportato, da un punto di vista deontologico, possibili differenze nel trattamento degli ammalati.

E' da sottolineare come ci sia stato consentito di frequentare il reparto solamente nelle ore pomeridiane dei giorni feriali ed in quelle della mattina nei giorni festivi, onde non interferire con la normale attività assistenziale, con la precisa raccomandazione di somministrare i questionari rispettando il più completo anonimato sia della struttura ospedaliera che dei pazienti stessi.

Durata : 6 mesi.

1.1. Seconda fase – Modello di comunicazione

Obiettivo: Definizione ed operazionalizzazione del “**Modello della comunicazione Struttura-Utente**” (Fig. 1).

Metodo: In questa fase si sono rese operative, mediante un questionario, le dimensioni concettuali del “Modello della comunicazione Struttura-Utente”, elaborato in fase di progettazione della presente ricerca.

Questo modello considera da un lato il **clima organizzativo** della struttura e dall’altro l’**atteggiamento dell’utente**. La comunicazione è intesa come la risultante del rapporto fra il clima che si evidenzia in un dato reparto (esaminando gli atteggiamenti degli operatori sanitari, essenzialmente i medici) e l’atteggiamento prevalente individuabile nell’utente. Il clima della struttura viene analizzato in base alla quantità e qualità di informazioni fornite all’utente. Si distinguono tre condizioni tipo: **Clima aperto** (quando prevalgono comportamenti e messaggi tesi a prendersi attivamente cura della persona nella sua interezza, favorendo lo scambio completo delle informazioni con l’utente, senza frapporre alcun tipo di barriere);

MODELLO DELLA COMUNICAZIONE
STRUTTURA-UTENTE

ATTEGGIAMENTO DELL'UTENTE

C L I M A D E L L A S T R U T T U R A	<u>Accogliente</u>	<u>Collaborativo</u>	<u>Passivo</u>	<u>Oppositivo</u>
		1	2	3
		S < ----- > U bidirezionale non conflittuale	S ----- > U unidirezionale	S -- > < - U bidirezionale conflittuale
	<u>Distaccato</u>	4	5	6
		S < ----- U unidirezionale	S U comunicazione carente	S < ----- U unidirezionale
		7	8	9
	<u>Respingente</u>	S - > < -- U bidirezionale conflittuale	S ----- > U unidirezionale	S - > < - U bidirezionale conflittuale

Fig. 1

Legenda

S = Struttura U = Utente
 < - - > = Direzione della comunicazione non conflittuale
 < - | | - > = Direzione della comunicazione conflittuale

Clima neutro (quando prevalgono comportamenti caratterizzati dall'essere rivolti prevalentemente alla cura della malattia, l'utente non viene sufficientemente informato e sono carenti sia i messaggi verso l'utenza che quelli recepiti realmente da essa); *Clima chiuso* (quando prevalgono comportamenti rivolti esclusivamente alla cura della malattia, con tendenza al rifiuto delle informazioni interne ed esterne).

L'atteggiamento dell'utente viene analizzato in base al tipo di partecipazione che esprime nei riguardi della struttura. Si distinguono tre atteggiamenti tipo: *Atteggiamento collaborativo* (quando l'utente generalmente collabora in modo attivo, chiedendo ed offrendo informazioni); *Atteggiamento passivo* (quando l'utente manifesta, prevalentemente, passiva accettazione delle prescrizioni del medico o disinteresse); *Atteggiamento oppositivo* (quando l'utente si esprime generalmente in modo polemico ed oppositivo, contestando e talvolta rifiutando le informazioni ricevute). Il modello della comunicazione Struttura-Utente individua così **nove possibili contesti di comunicazione**, ottenuti dalla combinazione dei tre tipi di clima della struttura con i tre diversi atteggiamenti configurabili per l'utente.

E' necessario ora illustrare in sintesi le particolarità di ciascun contesto, ricordando che ogni contesto identifica uno "stile" prevalente di comunicazione; per questo definizioni come *monodirezionale*

oppure *bidirezionale* si riferiscono a tipizzazioni riguardanti la direzione prevalente della comunicazione (che viene così rappresentata dal punto di vista formale). Inoltre, come rileva giustamente De Coro, i contesti comunicativi possono anche rappresentare “*modalità di interazione suscettibili di variare nel corso di un processo terapeutico*” (De Coro 1990, p.43), come nel corso dell’esperienza di ospedalizzazione.

Il contesto N° 1 (Aperto-Collaborativo) è caratterizzato da una comunicazione reciproca (bidirezionale) da parte degli operatori della struttura e dell’utente, in particolare dal medico verso il paziente ed avente come elementi distintivi un numero rilevante di informazioni scambiate ed accolte dall’utente senza eccessive critiche e contestazioni (non-conflittuale). In sostanza il medico comunica spontaneamente informazioni diagnostico-terapeutiche ed il paziente è disponibile a riceverle ed a chiedere ulteriori informazioni a sua volta. Si ritiene che sia questo il contesto più valido nel quale realizzare i migliori risultati di assistenza ed informazione sanitaria.

Il contesto N° 2 (Aperto-Passivo) è caratterizzato da una comunicazione prevalentemente unilaterale (monodirezionale) dal medico verso il paziente ed avente come elementi distintivi l’alto numero di informazioni ricevute dall’utente, cui non segue alcun

commento o richiesta di chiarimenti da parte del paziente (non-conflittuale). In sostanza il medico comunica spontaneamente informazioni diagnostico-terapeutiche ed il paziente, a differenza del contesto precedente, mostra un'accettazione passiva nel riceverle senza chiedere ulteriori informazioni a sua volta.

Il contesto N° 3 (Aperto-Oppositivo) è caratterizzato da una comunicazione reciproca (bidirezionale) dal medico verso il paziente e viceversa, avente come elementi distintivi un numero cospicuo di informazioni offerte dal medico ma, in gran parte, rifiutate o criticate dal paziente (conflittuale). In sostanza il medico comunica spontaneamente informazioni diagnostico-terapeutiche ed il paziente è oppositivo nel riceverle o nel richiederne a sua volta.

Il contesto N° 4 (Neutro-Collaborativo) è caratterizzato da una comunicazione essenzialmente unilaterale (monodirezionale) dal paziente verso il medico, avente come elementi specifici un basso numero di informazioni ricevute dall'utente, nonostante le numerose richieste e solleciti a fornire informazioni. In sostanza il paziente richiede al medico chiarimenti o informazioni diagnostico-terapeutiche ed il medico è restio nel darle, limitando al minimo indispensabile la comunicazione.

Il contesto N° 5 (Neutro-Passivo) è l'unico dove si suppone che non vi sia apprezzabile comunicazione (comun. carente), in quanto ad un clima neutro della struttura, deficitario sia nel sostegno che nelle informazioni, corrisponde un atteggiamento passivo e rinunciatario dell'utente. In sostanza qui né il medico fornisce spontaneamente informazioni, né il paziente si attiva per richiederle. Si ritiene che sia questo il contesto nel quale l'assistenza e l'informazione sanitaria trovino le maggiori difficoltà e si ottengano i risultati più deludenti.

Il contesto N° 6 (Neutro-Oppositivo) è caratterizzato da una comunicazione prevalentemente unilaterale (monodirezionale) dal paziente verso il medico, avente come elementi distintivi un basso numero di informazioni ricevute dall'utente, nonostante i numerosi rilievi critici e le contestazioni per ottenere informazioni (conflittuale). In sostanza il paziente si oppone al medico sia chiedendo chiarimenti diagnostico-terapeutici, sia contestando quelli che riceve; il medico, da parte sua, è restio nel dare informazioni, limitando al minimo indispensabile la comunicazione.

Il contesto N° 7 (Chiuso-Collaborativo) è caratterizzato da una comunicazione essenzialmente unilaterale (monodirezionale) dal paziente verso il medico, avente come elementi caratteristici il numero esiguo di informazioni ricevute dall'utente, nonostate le sue numerose

richieste e solleciti a fornire informazioni. In sostanza il paziente richiede al medico chiarimenti o informazioni diagnostico-terapeutiche ed il medico è molto restio nel darle, rifiutando quasi la comunicazione.

Il contesto N° 8 (Chiuso-Passivo) è caratterizzato da una comunicazione prevalentemente unilaterale (monodirezionale) dal medico verso il paziente ed avente come elementi specifici il numero molto scarso di informazioni ricevute dall'utente, cui non segue, da parte di quest'ultimo, alcuna osservazione o richiesta di informazioni supplementari (non-conflittuale). In sostanza il medico non fornisce spontaneamente informazioni diagnostico-terapeutiche ed il paziente non si attiva per richiederle.

Il contesto N° 9 (Chiuso-Oppositivo) è caratterizzato da una comunicazione bilaterale (bidirezionale) dal medico verso il paziente e viceversa, avente come elementi distintivi il numero molto scarso di informazioni ricevute dall'utente, nonostante i numerosi rilievi critici e le contestazioni per ottenere informazioni (conflittuale). In sostanza il paziente si oppone al medico sia chiedendo chiarimenti diagnostico-terapeutici, sia contestando quelli che eventualmente riceve; il medico, da parte sua, è molto restio nel dare informazioni, rifiutando quasi la comunicazione.

Naturalmente non solo il contesto “aperto-collaborativo” ma anche i contesti dove si evidenzia l'atteggiamento oppositivo del paziente sono molto interessanti ai fini della ricerca, anche se, in mancanza di dati in letteratura, è difficile fare delle ipotesi specifiche sui loro effetti. Tuttavia tenendo presente il modello descritto, l'ipotesi che si intende verificare è quella che vede nel Contesto N° 1 “aperto-collaborativo” quello più favorevole ad ottenere buoni risultati terapeutici rispetto a tutti gli altri otto contesti. Inoltre si ipotizza che questo contesto sia più facilmente percepibile da pazienti che hanno ricevuto informazioni clinico-terapeutiche in una modalità meno fredda ed asettica e più partecipativa.

E' stato poi necessario individuare degli indicatori empirici adeguati a descrivere sia il clima della struttura e dei medici che l'atteggiamento dell'utenza.

Durata: 2 mesi.

Terza fase

Obiettivo: Costruzione, somministrazione del questionario di prova con effettuazione della item analysis; successiva somministrazione del questionario definitivo.

Metodo: Questa fase si è articolata attraverso due stadi successivi:

A) Elaborazione di due questionari.

Il primo questionario esplorativo, è stato rivolto ai pazienti degenti ospedalizzati nel reparto chirurgico ed ha avuto per oggetto domande aperte e chiuse sulla loro esperienza ospedaliera e riguardanti temi generali di pertinenza bioetica. L'intento è stato quello di stimare, in via preliminare, quali fossero le domande più importanti da rivolgere ai pazienti e quali gli indicatori adatti per cogliere al meglio la loro esperienza sia in termini di comunicazione con gli operatori sanitari che di vissuto della malattia.

Il secondo questionario, definitivo, è stato elaborato sulla base del pre-test del primo ed ha avuto per oggetto domande sia di orientamento bioetico che relative al tipo di rapporto stabilito con gli operatori del reparto chirurgico, con approfondimento delle problematiche relative al vissuto della malattia e della cura, all'aspettativa e alla qualità della vita futura. In questo modo si è potuto valutare nello stesso tempo la modalità di comunicazione ed il vissuto esperienziale della malattia. Il questionario verrà presentato in dettaglio nella sezione sui "Materiali" utilizzati per la ricerca. Questo complesso di fattori costituisce quello che si potrebbe definire un

Contesto culturale-comunicativo-esperienziale, fenomenologicamente unitario e dinamico.

B) Somministrazione dei due questionari.

Il primo questionario è stato sottoposto ad un pre-test su un numero limitato (50 soggetti) di pazienti volontari afferenti al nosocomio, al fine di scartare tutti gli items meno discriminanti o rivelatisi poco comprensibili.

Il secondo questionario è stato poi dato, sempre con la libera scelta di rispondervi, ai pazienti appartenenti al campione definitivo della ricerca. La regola principale era quella di somministrare il questionario a **pazienti degenti da almeno una settimana** presso il reparto chirurgico onde consentire l'instaurarsi di un minimo rapporto medico-paziente.

Il campione: Il questionario definitivo è stato somministrato ad un campione finale costituito da 213 soggetti di ambo i sessi (95 maschi e 118 femmine), degenti presso l'ospedale. Come si può notare, vi una lieve prevalenza di femmine. Per arrivare a formare questo campione i pazienti contattati sono stati oltre 260, ma si sono dovuti ridurre a soli 213 per varie ragioni quali: il rifiuto a rispondere, anche se in completo anonimato (oltre 22 Ss); l'incompleta compilazione del

questionario oppure la non comprensione di molti items (25 Ss). Questa auto selezione del campione ne limita la sua rappresentatività all'utenza complessiva del reparto, anche perchè sono stati contattati, nel periodo di marzo 1995 / marzo 1996, solo i pazienti che venivano visitati dal gruppo di medici partecipanti alla ricerca, che come detto, erano sei su dieci. In sostanza il reparto ha 25 posti letto con un ricambio di circa 30 pazienti mensili che formano un'utenza annua di circa 360 malati sui quali si ha un campione di 213 Ss, il 59%, che rappresenta sempre una notevole proporzione del totale.

Durata: 12 mesi.

Quarta fase

Obiettivo: Valutazione dei risultati e resoconto finale.

Metodo: In questa fase si sono valutati i risultati emersi dalla somministrazione dei questionari, cercando di ottenere una tipologia delle modalità prevalenti di comunicazione Struttura-Utente, e ponendo in relazione a questi contesti comunicativi il vissuto esperienziale della malattia.

Durata: 4 mesi.

Prospetto sintetico del Programma di Ricerca

Prima fase

Obiettivo: Definizione dei diversi modi attraverso cui viene generalmente formulata la procedura del consenso informato nella struttura ospedaliera. Richiesta alla Direzione Sanitaria del permesso per l'effettuazione della ricerca e richiesta di collaborazione ai medici dell'istituto.

Metodo: Analisi bibliografica ed interviste ai responsabili della Direzione Sanitaria ed ai membri più rappresentativi del comitato di bioetica . Durata: 6 mesi.

Seconda fase:

Obiettivo: Operazionalizzazione del “Modello della comunicazione Struttura-Utente”.

Metodo: Selezione degli indicatori più validi a rappresentare le dimensioni concettuali del suddetto modello.

Durata: 2 mesi.

Terza fase:

Obiettivo: Costruzione, somministrazione di due questionari (uno esplorativo e l'altro definitivo) .

Metodologia: Items analysis e content analysis.

Durata: 12 mesi.

Quarta fase:

Obiettivo: Valutazione dei risultati e resoconto finale.

Metodo: Comparazione dei risultati conseguiti e costruzione di una tipologia della comunicazione utenza-struttura.

Durata: 4 mesi.

Durata totale della ricerca: 24 mesi.

2. METODOLOGIA DELLA RICERCA

2.1 Ipotesi

La presente ricerca parte dall'ipotesi generale che la modalità di presentazione delle informazioni clinico-diagnostiche volte ad ottenere il 'consenso informato' possa influire sia sulla percezione del rapporto medico-paziente e della struttura ospedaliera, che sull'esperienza stessa della degenza ospedaliera.

In particolare si ipotizza che una modalità più "empatica" di comunicare al paziente le informazioni, rispetto alla prassi "standard", possa favorire il rapporto medico-paziente e migliorare il vissuto della malattia e l'aspettativa di vita.

2.2. Metodo

Allo scopo di verificare le precedenti ipotesi si è utilizzato un piano sperimentale che prevedeva la somministrazione, da parte dei medici del reparto chirurgico, di due diverse modalità di proporre al paziente le informazioni e la procedura del 'consenso informato':

La prima modalità - quella *sperimentale*- in aggiunta alla semplice esposizione delle informazioni necessarie e preliminari all'intervento operatorio, ha fornito un ascolto delle preoccupazioni del paziente cercando di rassicurarlo sia fornendogli ulteriori

informazioni, sia con un atteggiamento comprensivo rivolto a dare fiducia ed ottimismo;

La seconda modalità -quella di *controllo*- ha fornito, come nella prima modalità, tutte le informazioni necessarie e preliminari all'intervento operatorio, dando, come prassi standard dei medici del reparto, un ascolto rassicurante delle preoccupazioni del paziente, ma rinviando ogni altra eventuale informazione ed incoraggiamento alla visita collegiale che si svolge ogni mattina in presenza del primario.

Il tempo medio occorrente per la modalità di controllo era di circa 10 minuti, mentre quello della sperimentale oscillava intorno ai 20 minuti per paziente.

Dopo almeno una settimana di degenza e sempre dopo qualche giorno dalla proposizione al paziente del 'consenso informato' relativo all'intervento operatorio, secondo una delle due modalità sopra descritte, il questionario veniva sottoposto ai soggetti che erano disposti a rispondere, garantendo il rispetto del più completo anonimato.

2.3. Soggetti

Come prima detto il campione è costituito da **213 Ss di cui 95 maschi e 118 femmine**. Per l'assegnazione dei soggetti al gruppo

sperimentale ed al gruppo di controllo è stata impiegata una semplice procedura di randomizzazione utilizzando il numero del giorno di nascita dei pazienti, ovvero attribuendo al gruppo sperimentale i Ss nati nei giorni di numero dispari ed a quello di controllo i Ss nati nei giorni di numero pari. Questa procedura ha avuto il vantaggio di poter essere utilizzata in modo molto rapido e facile da parte dei medici, che avevano dimostrato già tante resistenze nel partecipare in prima persona alla ricerca.

In questo modo il campione è stato così suddiviso:

Gruppo sperimentale - 105 Ss di cui 47 maschi e 57 femmine;

Gruppo di controllo - 108 Ss di cui 48 maschi e 61 femmine.

2.4 Materiale

Il questionario è stato lo strumento utilizzato per la verifica delle ipotesi. E' costituito da un totale di 55 item a scelta multipla, suddivisi nelle seguenti nove aree di dati:

Area A - Socio-anagrafici	(items 1-9)
“ B - Informazioni sul ricovero	(items 10-15)
“ C - Informazioni sull'intervento chirurgico	(items 16-23)
“ D - Informazioni sulla terapia	(items 24-30)
“ E - Comunicazione utente-struttura	(items 31-39)

- “ F - Vissuto della malattia (items 40-44)
- “ G - Aspettativa di vita futura (items 49-51)
- “ H - Valori etici (items 52-54)
- “ I - Informazioni sul questionario (item 55)

Come si nota la logica seguita nella successione delle aree di indagine cerca di riprodurre il percorso teorico che un paziente compie: dall'ingresso nell'ospedale, con la relativa scheda anamnestica, attraverso il momento della terapia e dell'intervento chirurgico, per finire con le dimissioni e la relativa aspettativa di vita futura. In questo senso si è cercato di proporre una sequenza di domande che fosse il più possibile "ecologica", ovvero che tenesse conto del reale iter che ogni malato oncologico segue dal momento della diagnosi di tumore ai successivi ricoveri in ospedale. Questo ha facilitato notevolmente la comprensione delle domande, consentendo ai pazienti di rispondere in modo più "naturale", tenuto conto della situazione di ospedalizzazione in cui si trovavano al momento della somministrazione.

Una particolarità degna di nota del questionario è l'aver implementato il “Modello di comunicazione struttura-utente”, precedentemente illustrato (Fig. 1), in un item costituito da nove

vignette che rappresentano graficamente i nove diversi contesti comunicativi (Item 39 E).

L'idea di utilizzare vignette per visualizzare la comunicazione medico-paziente è stata ripresa da un lavoro di Degner e Sloan (1992), i quali si sono avvalsi di una serie di vignette per indicare le situazioni "tipiche", in cui il paziente poteva riconoscere più facilmente il ruolo da lui assunto nel rapporto con il medico. Gli Autori hanno preso in considerazione tre tipi di ruoli del paziente, quali l'attivo (protagonista), il collaborativo e il passivo. Tuttavia, un aspetto che può considerarsi "limitante" di tale studio è quello di aver considerato il ruolo del medico sempre collaborativo (quasi "per principio") ed inoltre di non aver preso in considerazione un possibile atteggiamento "oppositivo" da parte del paziente. I risultati dello studio hanno mostrato come la maggioranza dei pazienti (il 59%) assuma un ruolo passivo nel rapporto con il medico, delegando a quest'ultimo l'intera responsabilità della scelta della terapia. Come per gli Autori canadesi, anche nel nostro caso, il ricorso alle vignette ha facilitato di molto l'individuazione, da parte del paziente, del contesto di comunicazione più vicino a quello da lui vissuto con il medico. Sarebbe stato altrimenti problematico spiegare a parole cosa si intendeva per un contesto di comunicazione "aperto-collaborativo" o

anche "neutro-passivo". A parole si sarebbe verificata una tale confusione sui termini da rendere inattendibile ogni risposta. Inoltre questo item a vignette è stato molto gradito dai pazienti, rappresentando anche un momento di respiro nel rispondere alle domande, spesso impegnative, del questionario.

Oltre a questo, vi sono altri due item con vignette (cfr. questionario in all.) che servono a facilitare l'espressione del vissuto malattia e dell'aspettativa di vita. Nel primo caso, si tratta di arredare le pareti di una stanza di un ospedale tipo, con carta da parati che può avere un disegno "animato" come i fiori o "inanimato" come delle righe. L'idea, confermata nel pre-test, è quella che i pazienti che scelgono disegni inanimati esprimono proiettivamente il proprio vissuto depressivo sulle pareti della stanza ospedaliera e quindi si trovano in uno stato di maggior bisogno di sostegno emotivo. Nella seconda vignetta è raffigurata una casa di campagna in un campo aperto ed i Ss possono inserire in questo contesto persone, animali, oppure oggetti inanimati. La logica è analoga a quella della prima vignetta ed è stata confermata dal pre-test.

Vi sono anche due differenziali semantici che sono rivolti uno alla valutazione delle emozioni del vissuto malattia, l'altro a quello dell'aspettativa di vita. Insieme ai differenziali vengono presentate due

domande aperte nelle quali si richiede al paziente di esprimere verbalmente, oppure tramite un disegno, quale immagine gli suggerisce il pensiero della malattia oppure della vita futura. Nel caso dell'item sul vissuto malattia il riuscire a verbalizzare, o a visualizzare, oggetti "astratti" invece che "concreti", generalmente corrisponde ad una buona capacità di elaborazione delle emozioni negative connesse allo stato di malattia. Similmente, l'espressione di immagini positive in risposta all'item sull'aspettativa di vita futura, corrisponde alla capacità del paziente di proiettarsi positivamente nella realtà di vita successiva alla dimissione dall'ospedale. Infatti è emerso nel pre-test che le persone che non riuscivano ad esprimere alcun tipo di immagini erano quelle con maggior sofferenza ed angoscia.

Infine è degno di nota l'item finale che esamina il mondo dei valori individuali ponendo a confronto i valori afferenti all'area dell'avere (come ad es. successo, potere, denaro, bellezza) con quelli appartenenti all'area dell'essere (ad es. onestà, amore, libertà, salute). Generalmente l'esperienza della malattia fa prevalere la sfera dell'essere su quella dell'avere.

3. RISULTATI

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta, inizialmente, all'interno del gruppo di controllo (CON) e del gruppo sperimentale (SPE), confrontando fra loro le risposte dei soggetti maschi con quelle delle femmine, riguardo ciascuno dei 55 item del questionario. Successivamente, sono state confrontate le risposte dei maschi CON con quelle dei maschi SPE ed è stato fatto altrettanto per i due gruppi CON e SPE delle femmine. Per semplificare l'analisi statistica, generalmente, le risposte agli items a scelta multipla (del tipo: molto, abbastanza, poco, per niente) sono state dicotomizzate, ossia sono state raggruppate in due sole modalità: molto/abbastanza; poco/per niente (come risulta dalle Tabelle).

Il tipo di analisi statistica utilizzata per le tabelle 2x2 è il Test esatto di Fisher ed il Test Chi quadrato con la correzione di Yates, mentre per le tabelle 3x2 è solo il Test Chi quadrato. Il livello di significatività prescelto è stato quello di $\alpha \leq 0.05$ per respingere l'ipotesi nulla e quello di $\alpha \leq 0.10$ per accettarla. Poiché sono state formulate solo delle ipotesi generali riguardo i possibili effetti del trattamento sulle variabili dipendenti del questionario, si è deciso di

optare per un livello di significatività a due code (da notare come per il Test esatto di Fisher la probabilità bidirezionale per il livello $\alpha \leq 0.05$ sia $p \leq 0.025$ e per il livello $\alpha \leq 0.01$ sia $p \leq 0.005$).

I risultati che verranno discussi sono solo quelli significativi, ossia quelli inferiori al livello di significatività $p \leq 0.05$, e vengono raggruppati per ciascuna area di indagine, oggetto del questionario. Tuttavia, quando non vi sono differenze significative fra i gruppi, per completezza di esposizione, si è presentata la tendenza generale del campione rispetto agli items in oggetto.

A) Dati socio-anagrafici

Per quanto riguarda i dati socio-anagrafici, dal confronto tra i due gruppi SPE e CON non emergono differenze significative. I due gruppi sono sostanzialmente omogenei per caratteristiche socio-biografiche. L'unica differenza significativa si è evidenziata nel confronto interno ad ogni singolo gruppo fra i maschi e le femmine riguardo alla variabile occupazione. Iniziamo con l'analisi delle caratteristiche socio-biografiche generali del campione:

Sesso (item 1A). Sia il gruppo SPE che quello CON sono caratterizzati da una prevalenza femminile (SPE: Maschi 44.8%, Femmine 55.2%; CON: Maschi 44.4%, Femmine 55.6%).

Età (item 2A). Il 36.7% dei maschi è nato prima del 1935, il 34.3% nel periodo 1936-1945 ed il 29% nel periodo 1946-1975. Per quanto riguarda le femmine il 41.4% sono nate prima del 1935, il 28.2% nel periodo 1936-1945 ed il 30.4% nel periodo 1946-1975.

Luogo di nascita (item 3A). Il Centro-sud è il luogo di nascita nel 90% dei casi, sia per i maschi che per le femmine dei due gruppi.

Residenza attuale (item 4A). Anche la residenza più frequente (90% dei casi) è soprattutto al Centro-sud sia per i maschi che per le femmine dei due gruppi.

Stato civile (item 5A). Relativamente ad ambedue i gruppi, nei maschi si osserva una lieve prevalenza di celibi (15%) rispetto alle nubili (12%). Le femmine sono, in maggioranza, coniugate (62%), e nel 26% dei casi sono rimaste senza partner per separazione o morte del coniuge. I maschi risultano coniugati nel 66% dei casi, oppure sono rimasti senza partner nel 19% dei casi. Questa tendenza si evidenzia, in media, in entrambi i gruppi.

Titolo di studio (item 6A). Nei maschi è più elevato rispetto a quello delle femmine e si dimostra lievemente prevalente in ambedue i gruppi. I maschi, infatti, nel 35% dei casi risultano diplomati o laureati contro il 28% delle femmine.

Famiglia di origine (item 7A). E' costituita in maggioranza (70%) da genitori con uno o due figli, sia per i maschi che per le femmine dei due gruppi.

Famiglia attuale (item 8A). E' costituita prevalentemente da coniugati con o senza figli (64% dei casi) e, secondariamente, da single con o senza figli (35%), dove vi è una percentuale lievemente maggiore di femmine (58% contro il 50% dei maschi).

Occupazione (item 9A). In ambedue i gruppi si è riscontrata una prevalenza di occupati maschi rispetto alle femmine (gruppo SPE: Maschi 68.1%, Femmine 32.8%; gruppo CON: Maschi 64.6%, Femmine 30%).

B) Dati sul ricovero

I pazienti sono stati intervistati prima dell'intervento chirurgico e dopo aver trascorso almeno una settimana di degenza dalla data del ricovero nel reparto di chirurgia.

Durata del ricovero (item 10B). Oltre il 70% dei pazienti erano ricoverati, all'atto dell'intervista, da più di due settimane

Scelta del ricovero (item 11B). Nella gran parte dei casi (poco più del 90%) la scelta del ricovero è stata effettuata dal medico di famiglia o dallo specialista dell'ospedale stesso.

Ricoveri (item 12B). Solo una piccola percentuale di soggetti (5%) aveva già subito dei ricoveri presso la stessa struttura ospedaliera.

Diagnosi (item 13B). Le diagnosi comunicate all'atto del ricovero ai diversi pazienti erano alquanto eterogenee riguardo il tipo di affezione patologica, e prevedevano interventi chirurgici, a parere dei medici, generalmente (95%) di media difficoltà.

Informazioni sulla malattia (item14B). Riguardo le informazioni ricevute dai medici, questo item consente una prima verifica dell'esistenza, nei pazienti del gruppo sperimentale (SPE), di una percezione diversa della modalità di comunicazione rispetto a quella adottata nei riguardi del gruppo di controllo (CON). Nel 63.8% dei casi, infatti, i soggetti maschi SPE, contro il 41.7% dei maschi CON, ritengono di essere stati bene informati ($p \leq 0.05$). Questa differenza subisce un ulteriore incremento se si confrontano fra loro le femmine dei due gruppi. Le femmine del gruppo SPE nel 60.3% dei casi ritengono di aver ricevuto numerose informazioni riguardo la loro patologia, mentre le femmine CON ritengono di essere state bene informate solo nel 35.6% dei casi. Le femmine del gruppo CON mostrano quindi di aver ricevuto la più bassa percentuale di

informazioni e si dimostrano più sensibili, rispetto ai maschi CON, agli effetti del colloquio “standard”.

Comunicazione di malattia grave (item 15B). Oltre l'80% dei pazienti riferisce che, nel caso dovesse venire a conoscenza di avere una malattia grave, preferirebbe saperlo subito, invece che poco per volta oppure non saperlo.

C) Dati sull'intervento chirurgico

Proposta di intervento (item 16C). La proposta di effettuare un intervento chirurgico è stata avanzata nei confronti di quasi il 90% dei soggetti.

Scelta dell'intervento (item 17C). L'indicazione all'intervento chirurgico ha riguardato oltre il 70% dei casi; in particolare, più del 60% dei soggetti dei due gruppi hanno riferito nel questionario che la scelta dell'intervento è stata compiuta insieme fra paziente, medico e familiari.

Intervento compiuto (item 18C). Una ristretta minoranza dei pazienti ha effettuato l'intervento chirurgico prima di essere intervistata (9%). Tale percentuale si distribuisce quasi a metà fra il gruppo SPE (4.6%) e quello CON (4.4%).

Informazioni sull'intervento (item 19C). Riguardo le informazioni ricevute dal medico sui rischi e sulle conseguenze dell'intervento, il 74.5% dei maschi SPE, a fronte del 45.8% dei maschi CON, riferisce di aver avuto numerose informazioni sull'intervento operatorio sia di carattere “descrittivo” sia relativamente alle possibili conseguenze dell'intervento stesso. Questa differenza risulta più accentuata fra le femmine del gruppo SPE (che nel 79.3% dei casi ritengono di essere state bene informate) rispetto a quelle del gruppo CON (che riferiscono di aver ricevuto abbastanza informazioni nel 42.4% dei casi) ($p \leq 0.05$).

Paura dell'intervento e del dolore (item 20C). I maschi del gruppo SPE appaiono coloro che temono di meno l'intervento (nel 76.6% dei casi) rispetto ai maschi del gruppo CON (52.1% dei casi). Le femmine del gruppo SPE nel 65.5% dei casi manifestano la stessa tendenza nei confronti delle femmine del gruppo CON, le quali non temono molto l'intervento solo nel 45% dei casi ($p \leq 0.05$).

Paura di mutilazioni (item 21C). La maggioranza dei soggetti di ambedue i gruppi (oltre l'80%) mostra di avere paura di subire delle mutilazioni od asportazioni di parti del corpo.

Paura della cicatrice (item 22C). Nella maggioranza dei casi i soggetti dicono di non avere una grande paura della cicatrice post-

intervento, tuttavia le femmine del gruppo CON riferiscono in percentuale significativa, di avere molta paura della cicatrice (40%), superiore a quella delle femmine SPE (17.2%) ($p \leq 0.05$).

Condivisione dell'intervento (item 23C). Oltre il 90% dei pazienti, sia maschi che femmine, condivide le scelte che sono state fatte riguardo l'intervento.

D) Dati sulla terapia

Tipo di terapia (item 24D). Una terapia (prevalentemente oncologica) è stata prescritta ad una minoranza di 28 soggetti (13%) ripartiti circa a metà fra il gruppo SPE (12 Ss) e quello CON (16 Ss).

Scelta della terapia (item 25D). In ambedue i gruppi, la scelta del tipo di terapia da seguire è stata effettuata generalmente solo dal medico senza parlare con il paziente o con i suoi familiari (più dell'80% dei casi).

Durata della terapia (item 26D). Poco più del 70% dei pazienti sta effettuando la terapia da almeno un mese.

Informazioni sulla terapia (item 27D). I soggetti (oltre il 70%), sia maschi che femmine, riferiscono di essere stati poco informati sui benefici e sui disturbi che la terapia provoca.

Dolore durante la terapia (item 28D). Per analizzare il tipo e l'intensità del dolore provato durante la terapia sono stati considerati separatamente tre tipi di possibili situazioni di sofferenza:

-**Dolore fisico**: i pazienti, in generale (oltre 75%), mostrano di provare abbastanza dolore fisico durante la terapia farmacologica.

-**Disagio psicologico**: i soggetti, in maggioranza (55% dei casi), riferiscono di provare poco disagio psicologico.

-**Dolore fisico e disagio psicologico**: in oltre il 70% dei casi, i pazienti affermano di provare abbastanza dolore fisico e psicologico.

Consenso sulla terapia effettuata (item 29D). La quasi totalità dei pazienti sottoposti a terapia condivide la scelta fatta, ritenendola, evidentemente, inevitabile.

Come affrontare la malattia (item 30D). In maggioranza (66% dei casi) le persone preferirebbero affrontare la malattia con un intervento chirurgico, piuttosto che con una lunga terapia.

E) Dati sulla comunicazione utente-struttura

Maggiori informazioni sulla malattia (item 31E). I pazienti di ambedue i gruppi, in numero rilevante (oltre il 70%), desidererebbe ricevere molte informazioni sul proprio stato di salute.

Organizzazione della struttura ospedaliera (item 32E). L'85% dei soggetti giudica abbastanza o molto efficiente l'organizzazione dell'ospedale.

Comunicazione paziente-infermiere. Per analizzare la comunicazione esistente fra la persona ed il personale infermieristico sono state proposte tre domande:

-Disponibilità al rapporto degli infermieri (item 33E). I pazienti esprimono in netta maggioranza (87% dei casi) una positiva percezione degli infermieri.

-Facilità nel rapporto con gli infermieri (item 34E). In generale (oltre l'80%) vi è una propensione dei pazienti a stabilire un buon rapporto con gli infermieri.

-Tipo di impegno degli infermieri (item 35E). Il 78% dei soggetti ritiene che l'impegno degli infermieri si rivolge sia alla cura della salute fisica che psicologica.

Comunicazione preferita del paziente (item 36E). Nessun soggetto ha indicato come interlocutore preferito gli infermieri. In generale (70%), la preferenza viene accordata ai familiari e agli amici.

Tipo di impegno dei medici (item 37E). I pazienti dei due gruppi (60%) ritengono che i medici si dedichino sia alla cura della salute fisica che psicologica.

Facilità di dialogo in generale con i medici (item 38E). La maggioranza dei soggetti (65% dei casi) dichiara di riuscire ad avere sempre un buon dialogo con i medici.

Comunicazione medico-paziente (item 38E). In generale (oltre il 50% dei casi) il comportamento del medico viene percepito dai soggetti come “aperto”. L’atteggiamento dei pazienti viene, dagli stessi, autovalutato in prevalenza “collaborativo” oppure “passivo”. Riferendoci al “Modello di comunicazione struttura-utente” (Fig. 1), sembra quindi che prevalgano, essenzialmente, due contesti di comunicazione distinti. Per i pazienti del gruppo SPE, sia maschi che femmine (in oltre il 60% dei casi), emerge il contesto di comunicazione *Aperto-Collaborativo* (Contesto N. 1), mentre per i pazienti del gruppo CON, sia maschi che femmine, emerge il contesto di comunicazione *Aperto-Passivo* (Contesto N. 2) (intorno al 50% dei casi).

Ciò sembrerebbe dimostrare che il trattamento sperimentale, tramite colloquio più “empatico” e personalizzato, riesce a motivare in modo significativamente maggiore i pazienti alla collaborazione con il medico che, tuttavia, viene percepito come aperto anche dai soggetti del gruppo CON. Questo metterebbe in evidenza che il livello “standard” di assistenza terapeutica, pur rivelandosi sufficiente agli occhi del paziente, non riesce tuttavia a stimolare nel paziente stesso le sue risorse più attive e vitali, ossia le risorse “autoterapeutiche”. I dati emersi, quindi, avvalorerebbero l’ipotesi da cui muove la presente ricerca, che individua nel contesto “aperto-collaborativo” la situazione comunicativa e terapeutica ottimale.

Entrando nel dettaglio, vediamo quali sono le differenze per i due gruppi:

- i maschi del gruppo SPE si autodefiniscono in larga parte (66%) collaborativi, nel 29.8% dei casi passivi e nel 4.2 % oppositivi. Valutano il medico prevalentemente come aperto (76.6% dei casi), neutro (17%) oppure chiuso (6.4%), I maschi del gruppo CON si autodefiniscono collaborativi nel 31.3% dei casi, passivi (56.3%), oppure oppositivi (12.5%). Valutano il medico soprattutto come aperto (52.1% dei casi, neutro (29.2%), oppure chiuso (18.8%) ($p \leq 0.05$).

- le femmine del gruppo SPE si autodefiniscono in gran parte (74.1% dei casi) collaborative, passive (20.7%), oppure oppositive (5.2%). Valutano il medico come aperto (90%), oppure neutro (10%). Le femmine del gruppo CON si autodefiniscono collaborative (40% dei casi), passive (48.3%), oppure oppositive (11.7%). Valutano il medico come aperto (60% dei casi), neutro (20%), oppure chiuso (20%) ($p \leq 0.05$).

F) Dati sul vissuto della malattia

Rapporto con le persone (item 40F). La maggioranza dei soggetti (poco più del 60%) dice che la malattia non ha creato delle conseguenze nel rapporto con gli altri.

Modalità di reazione alla malattia (item 41F). Solo il 5.2% delle femmine del gruppo SPE si chiudono in sè stesse, rispetto alle femmine del gruppo CON (45%) e agli stessi maschi SPE (17%) e rappresentano il gruppo che è meno propenso all'introversione. I maschi del gruppo CON tendono a chiudersi nel 37.5% dei casi, mostrandosi più introversi dei maschi SPE ($p \leq 0.05$).

Difficoltà degli altri nel dialogo (item 42F). Gran parte (oltre il 70%) dei pazienti osserva che lo stato di malattia non ha creato, negli altri, difficoltà di dialogo con loro.

Immagine della malattia (item 43F). A dare una immagine astratta della malattia sono stati, in media, meno del 4% dei soggetti; per questo viene considerato solo il confronto tra l'aver espresso una immagine concreta e il non averne espressa alcuna.

Le femmine del gruppo SPE riescono a produrre, in una percentuale molto alta (82.1% dei casi) immagini concrete della loro malattia, oppure non riescono ad esprimere immagini (nel 17.9% dei casi). I maschi SPE esprimono immagini concrete nel 59.1% dei casi, oppure non esprimono immagini (40.9%). Nel gruppo CON un numero rilevante di maschi (75.8%) non riesce ad esprimere alcuna immagine della malattia, e, in percentuale minore (24.2%) i soggetti riferiscono immagini concrete. Le femmine CON mostrano immagini concrete solo nel 31% dei casi; in prevalenza non riescono ad esprimere alcuna immagine della loro malattia (69% dei casi). Si può rilevare, quindi, che i maschi del gruppo SPE, dopo le femmine SPE, costituiscono il gruppo che riesce ad esprimere più immagini della propria malattia ($p \leq 0.05$).

Differenziale semantico sul vissuto malattia (item 44F). I pazienti di entrambi i gruppi esprimono, in maggioranza (oltre il 90%), emozioni positive (come coraggio, speranza, lotta) rispetto a quelle negative (come paura, disperazione, rassegnazione).

Vignetta tematica sul vissuto malattia (item 45F). Le femmine del gruppo SPE, mostrano di scegliere in prevalenza (70.7%) carte da parati con disegni a fiori (elementi animati), rispetto alle femmine del gruppo CON che scelgono tali disegni solo nel 41.7% dei casi. Anche i maschi del gruppo SPE scelgono in maggioranza (55.3%) disegni a fiori, rispetto ai maschi del gruppo CON (31.3%) ($p \leq 0.05$).

Rinuncie a causa della malattia (item 46F). La maggioranza dei pazienti (oltre il 71%) riferisce di non aver rinunciato, a causa della malattia fisica, ad attività importanti, quali il lavoro o i rapporti familiari e sociali.

G) Dati sull'aspettativa di vita futura

Difficoltà a continuare il lavoro (item 47G). I maschi dei due gruppi ritengono che avranno più difficoltà a continuare il lavoro dopo l'intervento chirurgico. In particolare i maschi SPE si preoccupano molto nel 57.4% dei casi, rispetto al 34.5% delle femmine SPE. I maschi del gruppo CON sono molto preoccupati nel 62.5% dei casi, a fronte del 38.3% delle femmine CON ($p \leq 0.05$).

Immagine della vita futura (item 48G). In media, meno del 5% dei pazienti dei due gruppi ha fornito immagini inanimate della propria vita futura. Per questa ragione si è scelto di mettere a confronto

soltanto i dati di coloro che non hanno fornito alcuna immagine con coloro che hanno fornito immagini animate.

Le femmine del gruppo SPE riescono, nel 74.1% dei casi, a dare immagini animate della propria vita futura (ad es. pensano di incontrare persone, di fare dei viaggi con amici, ecc.), contro solo il 43.3% delle femmine del gruppo CON. Analoga tendenza si nota fra i maschi del gruppo SPE (66% di immagini animate) contro il 41.7% dei maschi CON. All'interno dei due gruppi non vi sono differenze significative ($p \leq 0.05$).

Differenziale semantico sull'aspettativa vita futura (item 49G). I pazienti di entrambi i gruppi riferiscono di provare, in gran maggioranza (oltre il 90%), emozioni positive rispetto a quelle negative.

Vignetta tematica aspettativa vita futura (item 50G). Oltre il 95% dei soggetti di ambedue i gruppi di fronte alla vignetta proiettiva fornisce risposte positive, ossia sceglie soggetti vitali come ad es. bambini, contadini o animali, piuttosto che oggetti non vitali come il pozzo, il recinto o il box auto.

Qualità vs durata della vita (item 51G). I pazienti dei due gruppi ritengono nell'88% dei casi, di voler vivere meglio piuttosto che avere comunque una vita più lunga da vivere.

H) Dati sui valori etici

Come affrontare il problema della morte (item 52H). Le femmine del gruppo SPE ritengono nel 65% dei casi che la morte si debba affrontare con coraggio, a fronte del 43.3% delle femmine del gruppo CON. Questo risultato non viene confermato dal confronto fra i maschi del gruppo SPE, che ritengono si debba affrontare con coraggio nel 66% dei casi, ed il maschi del gruppo CON che sostengono questo nel 47.9% dei casi. Sembra quindi che le femmine del gruppo SPE siano quelle ad aver più beneficiato del rapporto empatico con il medico, più degli stessi maschi SPE, al punto di esprimere più coraggio anche di fronte all'idea della morte ($p \leq 0.05$).

Quale fede può aiutare di fronte alla morte (item 53H). Le femmine, in generale più dei maschi, preferiscono la fede nella religione a quella nella scienza. In particolare, le femmine del gruppo SPE scelgono la religione nel 65.5%, a fronte del 37.8% dei maschi SPE. Inoltre le femmine del gruppo CON sono le pazienti che scelgono di più la fede religiosa (80% dei casi), rispetto al 65.5% delle femmine del gruppo SPE. Dai dati si rileva una maggiore fiducia nella scienza fra i maschi SPE (62.2%) rispetto ai maschi CON (35.4%) ($p \leq 0.05$). Questi risultati mostrano, probabilmente, che l'effetto del

colloquio più “empatico” con il medico ha incrementato la fede nella scienza soprattutto nei maschi del gruppo sperimentale (Tabella 14).

Valori esistenziali (item 54H). La maggioranza dei pazienti (95%) di entrambi i gruppi sceglie i valori che si riferiscono all’area dell’*essere* (quali onestà, libertà, salute, amore) rispetto a quelli che si riferiscono all’area dell’*avere* (quali potere, successo, denaro e bellezza).

1) Dati sul questionario

La gran maggioranza (oltre l’85%) dei soggetti riferisce di aver trovato poche difficoltà nel rispondere al questionario (item 55I).

4. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Prima di iniziare la discussione dei risultati è necessario ricordare le limitazioni di ordine metodologico che non consentono un’arbitraria estensione della loro rappresentatività. La presente è una ricerca pilota in quanto il confronto avviene su due gruppi di poco più di cento soggetti ciascuno. Inoltre i tempi ed i modi per effettuare la ricerca si sono dovuti conformare alle necessità dell’organizzazione

ospedaliera ed alla possibilità operativa che di fatto ci veniva consentita dagli operatori, non potendo ad esempio far partecipare tutti i medici dell'equipe e, naturalmente, i pazienti che non desideravano essere intervistati.

Fatte queste doverose premesse si può ora procedere con l'esposizione di quelle che possiamo definire le linee di tendenza generali, le caratteristiche comuni ad entrambi i gruppi: sperimentale (SPE) e di controllo (CON).

Caratteristiche comuni

Innanzitutto il medico è stato sempre ritenuto a maggioranza “**aperto**” verso il paziente. Si ritiene che ciò sia dovuto in parte al fatto che molti pazienti avevano paura che quanto dicevano, anche se in completo anonimato, potesse essere riconosciuto e causare dei problemi con il personale del reparto. Ma sicuramente il tratto aperto, prevalente nei medici, nonostante tutte le difficoltà ad operare nelle strutture ospedaliere, nasce dall'esistenza di uno “standard minimo” di apertura e di disponibilità alla cura ed alla comunicazione con i pazienti.

Inoltre, in entrambi i gruppi SPE e CON, gran parte dei pazienti ha riferito di affrontare lo stato di malattia con sentimenti ed emozioni

positive: ad esempio i sentimenti di sicurezza, lotta e speranza, sono largamente i più riconosciuti rispetto ai loro opposti, quali incertezza, rassegnazione e disperazione. Il desiderio di reagire alla malattia porta a negare le emozioni negative, a rifiutarle alla coscienza, con l'auspicio di riuscire a non temere ciò che non si vede e tentando di allontanarlo dalla coscienza. Questa strategia, tuttavia, può funzionare solo a livello superficiale, verbale, come nella valutazione del differenziale semantico: infatti non si spiegherebbe altrimenti come sia presente un diverso vissuto della malattia nella vignetta tematica, dove la natura proiettiva dell'item ha favorito una più spontanea manifestazione del vissuto d'angoscia.

Analogamente la maggioranza dei pazienti ha anche riferito di avere una buona aspettativa di vita, pensando che il proprio futuro dopo l'intervento significhi il superamento definitivo della malattia ed il ritorno alla "normalità". Nel differenziale semantico, infatti, le emozioni legate all'idea di vita futura sono, generalmente, positive sia per i maschi che per le femmine. E' questa una evidente reazione psicologica al trovarsi in una condizione di precarietà esistenziale, di fronte alla quale l'unica alternativa che il paziente può controllare in prima persona è l'espressione della propria volontà di vita. Inoltre, diversamente dal vissuto malattia, nelle risposte fornite a questa

vignetta tematica, non sono emerse differenze significative fra i due gruppi, confermando il desiderio, emerso nel differenziale semantico, di proiettarsi in un progetto di vita futura.

Infine un dato molto interessante viene dai valori condivisi: la stragrande maggioranza dei soggetti ha individuato nell'area dell'*essere* i valori che sono al centro della loro vita. Nel questionario i valori presi in considerazione sono quattro: libertà, onestà, salute ed amore; in contrasto con quelli dell'*avere* che sono: successo, denaro, potere e bellezza. Sembra che la condizione di malattia promuova nelle persone una riscoperta dei valori più intimamente legati con la vita e con la sua difesa. E' comprensibile che questi aspetti siano comuni ai due gruppi, in quanto il comportamento reale dei medici, non può certo mutare un orientamento valoriale costruito in un'intera vita ed influenzato essenzialmente dalla propria storia di essere umano.

Caratteristiche differenziali

Dai risultati sono emersi i seguenti quattro profili distinti: i maschi SPE, le femmine SPE, i maschi CON e le femmine CON, ne vedremo ora le caratteristiche differenziali.

I maschi del gruppo SPE sviluppano un rapporto medico-paziente prevalentemente “collaborativo” e percepiscono il medico, in gran parte, come “aperto”. Sono in maggioranza occupati e riferiscono di aver avuto molte informazioni sia riguardo la malattia che l’intervento che dovranno effettuare. A questo riguardo esprimono di non aver molta paura sia dell’operazione che delle cicatrici post-operatorie. Lo stato di malattia non provoca, generalmente, in questi pazienti un atteggiamento di chiusura verso gli altri o nei confronti di se stessi. Forniscono, in gran parte una immagine “concreta” della propria malattia (e questo, come è stato rilevato nel paragrafo 4.2., indica una migliore capacità di elaborazione delle emozioni evocate dallo stato patologico). Per quanto riguarda la vignetta tematica sul vissuto malattia è prevalente, in questo gruppo, la scelta di immagini “animate”, vitali (carta da parati con disegni a fiori piuttosto che a righe). Tuttavia, in larga parte, riferiscono di preoccuparsi molto per le difficoltà che incontreranno nel riprendere il lavoro dopo l’intervento operatorio (va rilevato a tale proposito che, anche nei pazienti maschi del gruppo di controllo, si è riscontrata una tendenza maggiore, rispetto alle femmine a preoccuparsi per il lavoro: questo dato è molto probabilmente influenzato anche dalla variabile occupazione che vede nei maschi dei due gruppi un numero maggiore di occupati rispetto

alle femmine). Nonostante tale preoccupazione, i pazienti del gruppo SPE sembrano proiettarsi validamente nella propria vita futura (tendenza che è dominante in tutto il campione) ed inoltre riescono a produrre, più dei gruppi CON, immagini positive e “vitali”. Infine, un dato interessante, che differenzia questi pazienti da quelli degli altri gruppi, è il fatto di nutrire maggiore fiducia nella scienza che nella religione.

Le femmine del gruppo SPE sono il gruppo con il miglior rapporto con il medico, in larga parte “collaborativo” ed in nessun caso “oppositivo”, e percepiscono il medico essenzialmente in modo “aperto”. Si ritengono molto informate sulla malattia e sull’intervento e, probabilmente per questo, non hanno molta paura dell’operazione e della cicatrice post-intervento. Reagiscono alla malattia aprendosi ai rapporti sociali in misura maggiore rispetto ai pazienti degli altri gruppi: è infatti il gruppo in cui vi sono meno reazioni di tipo introversivo. Forniscono, in gran parte, una immagine “concreta” della propria malattia e, nella vignetta tematica, scelgono generalmente immagini “animate”, dimostrando in questo modo di avere un buon vissuto malattia (il migliore rispetto ai pazienti degli altri gruppi). Riferiscono, in maggioranza, di non essere molto preoccupate per la ripresa dell’attività lavorativa dopo l’intervento chirurgico e, in questo

si differenziano dai maschi SPE (tuttavia, come abbiamo prima evidenziato, larga parte delle femmine dei due gruppi non risulta occupata). Vedono la propria vita futura (tendenza che è dominante in tutto il campione) riuscendo, inoltre, ad averne un'immagine "vitale" (superiore agli altri gruppi). Per quanto riguarda il problema della morte, le pazienti del gruppo sperimentale riferiscono, in prevalenza, che deve essere affrontata con un atteggiamento positivo (con coraggio invece che con rassegnazione), ma, diversamente dai maschi SPE ritengono, in percentuale più alta che è la fede nella religione e non quella nella scienza ad essere di aiuto di fronte all'idea della morte.

I maschi del gruppo CON, sviluppano un rapporto medico-paziente prevalentemente "passivo", pur percependo il medico come "aperto". Riferiscono di essere, in maggioranza, occupati e sostengono di non aver ricevuto molte informazioni sia relativamente alla loro patologia, che all'intervento operatorio. Probabilmente per questo motivo sostengono, in gran parte, di avere molta paura dell'operazione e della conseguente cicatrice. Reagiscono alla malattia in modo prevalentemente introverso, chiudendosi in se stessi e non incentivando i rapporti sociali. In gran parte non riescono a produrre immagini della propria malattia e, nella vignetta tematica sul vissuto malattia, scelgono immagini generalmente "inanimate". E' infatti il

gruppo che presenta il vissuto malattia peggiore rispetto agli altri gruppi. Inoltre i pazienti del gruppo CON riferiscono, in larga parte, di essere molto preoccupati per le difficoltà lavorative dopo la dimissione dall'ospedale. Per quanto riguarda l'aspettativa della propria vita futura, anche se condividono la tendenza di tutto il campione a riferire emozioni positive, tuttavia, in prevalenza non riescono a produrre immagini sul loro futuro. Probabilmente per questo, mostrano molta paura di fronte all'idea della morte, rispetto alla quale l'ausilio maggiore è costituito dalla fede religiosa.

Le femmine del gruppo CON sviluppano un rapporto medico-paziente prevalentemente “passivo” pur riferendo, in maggioranza di percepire il medico come “aperto”. Ritengono, generalmente, di aver ricevuto scarse informazioni riguardo la malattia e l'intervento operatorio e, a questo proposito, come nel caso dei maschi CON, sembrano avere molta paura dell'operazione e della cicatrice. Reagiscono alla malattia in modo soprattutto introverso, non riuscendo a produrre immagini della malattia stessa. Nella vignetta tematica scelgono, in prevalenza, disegni “inanimati” (righe piuttosto che fiori) mostrando un vissuto della malattia, nella maggioranza dei casi, negativo. In modo simile alle pazienti del gruppo sperimentale, non risultano, in gran parte, occupate e, probabilmente per questo, non

sembrano preoccupate per la ripresa dell'attività lavorativa dopo le dimissioni dall'ospedale. Generalmente, pur condividendo la tendenza generale di tutto il campione a riferire emozioni positive, non riescono a produrre immagini della propria vita futura. Infatti mostrano, più di tutti gli altri, di temere l'idea della morte: è questo, infatti, il gruppo che privilegia, in grande maggioranza rispetto agli altri pazienti, la fede religiosa alla scienza.

Quanto emerge dai precedenti profili consente di notare come il trattamento sperimentale operato dai medici secondo la modalità più "empatica" rispetto a quella "standard" nel comunicare le informazioni relative all'intervento chirurgico ed, in particolare, al consenso informato, sembra aver avuto un ruolo significativo nel favorire un rapporto più "collaborativo" con il medico e nell'influenzare positivamente soprattutto il vissuto della malattia oltre che l'aspettativa di vita futura del paziente.

Il trattamento "sperimentale" ha favorito il gruppo delle femmine rispetto a quello dei maschi: esse infatti hanno percepito il medico in modo un pò più "aperto" e, di conseguenza, hanno manifestato un miglior vissuto malattia. Invece tra i maschi CON e le femmine CON, a parte il lavoro e le preoccupazioni connesse al suo svolgimento futuro, non sono emerse particolari differenze. Quindi i

due gruppi SPE e CON, alla luce dei risultati del questionario, risultano omogenei al loro interno ed alquanto diversificati tra di loro: questo sembra convalidare le ipotesi che hanno guidato la presente ricerca. Infatti, diversamente dal gruppo sperimentale, quello di controllo, che ha ricevuto la comunicazione dell'intervento operatorio secondo modalità più "standard" e meno personalizzate, ha sviluppato generalmente un rapporto più "passivo" con il medico ed un più problematico vissuto della malattia e progetto di vita futura. Perciò si potrebbe pensare che il trattamento sperimentale abbia favorito una diversa risposta da parte del paziente più che determinare una radicale differenza nella percezione del comportamento del medico (valutato da entrambi i gruppi, anche se in misura diversa, come "aperto"). In questo senso, la modalità di comunicazione "empatica" favorisce una maggiore collaborazione del paziente alla cura, migliorando così l'alleanza terapeutica nella lotta contro la malattia.

Considerati in questa ottica, i risultati positivi manifestati dal gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, non sarebbero connessi esclusivamente alla diversa modalità di colloquio a cui i due gruppi sono stati esposti, ma anche alle personali risorse emotive e psicologiche evocate da uno specifico contesto di rapporto interpersonale, nel quale il paziente può reagire in modo più

“partecipativo”. Si può ritenere quindi che coloro che hanno ricevuto uno stimolo “empatico” siano stati motivati più degli altri a prendersi cura attivamente della propria salute e ciò può aver influito positivamente sia sul vissuto della malattia che sull’aspettativa di vita futura. In sostanza il colloquio sarebbe servito da “catalizzatore” delle risorse psicologiche di autosostegno, risorse che di fronte alla modalità “standard” non sono state sufficientemente suscitate determinando un rapporto del paziente con il medico prevalentemente passivo. Situazione questa, del resto, tipica dei contesti di istituzionalizzazione dove la situazione di abbandono e di distacco nel rapporto con il medico disincentiva le persone a prendersi cura di sè stesse, delegando al medico ogni iniziativa riguardante il recupero del proprio stato di salute.

Bisogna, infine, osservare che se la condizione di ospedalizzazione costituisce un’esperienza, di per sè, difficile per il paziente, quella dell’intervento chirurgico evoca una situazione ancora più ansiogena, naturalmente in proporzione all’entità dell’intervento, alla gravità della patologia ed alla personalità del soggetto. In ogni caso, comunque, l’operazione chirurgica, dal punto di vista psicologico, viene vissuta dal malato come una “*aggressione proveniente dall’esterno alla propria identità personale, al proprio Io*”

corporeo ed alla propria sicurezza personale” (Pinkus, 1985, p.68). Il contatto con i pazienti del reparto chirurgico durante la somministrazione del questionario ha consentito di evidenziare quanto importante sia per il paziente ricevere dal medico informazioni esatte su cosa avverrà durante l'intervento, ossia informazioni di tipo descrittivo, il più possibile comprensibili dal paziente stesso; così come è per lui importante esprimere i propri dubbi e le paure relative agli eventuali rischi dell'operazione. I medici, in generale, sottovalutano questi aspetti, non considerando che un intervento chirurgico rappresenta inconsciamente per l'individuo una modifica “violenta” del proprio corpo e suscita particolari vissuti emotivi, come ad es. la paura (spesso confermata dalla realtà dell'intervento) che l'operazione possa lasciare cicatrici evidenti o che possa comportare gravi mutilazioni di parti del corpo. Per questo i pazienti ricoverati in un reparto chirurgico sono estremamente sensibili al tipo di rapporto che il medico -in questo caso il chirurgo- instaura con loro soprattutto prima dell'intervento operatorio, come ampiamente confermano i risultati della presente ricerca.

5. CONCLUSIONI

La comunicazione delle informazioni diagnostico-terapeutiche ed in particolare, quelle relative all'intervento chirurgico ed al 'consenso informato', se veicolata in maniera più "empatica" ed attenta a rassicurare il paziente dalle inevitabili angosce relative ad una "aggressione" al proprio corpo, quale è quella dell'intervento chirurgico, promuove nel malato le risorse emotive e psicologiche indispensabili per poter affrontare la propria malattia. Ciò consente al paziente di avere fiducia soprattutto in se stesso, oltre che nel proprio medico, ed è per tale ragione che possono avvenire i miglioramenti osservati nel vissuto malattia e nell'aspettativa di vita futura. Questo dimostra quanto poco basterebbe per alleviare la sofferenza umana che non è insita solo nella malattia ma piuttosto nella condizione di malato.

BIBLIOGRAFIA

- Agrami C., Crisciani, L.
(1980) *Malato, medico e medicina nel medioevo*,
Loescher Ed., Torino
- Annas G.A.
(1975) *The rights of hospital patients. The Basic
ACLU Guide to a Hospital Patient's rights*.
New York: Avion Books.
- Aste C.
(1994) *Sociologia e salute: Modelli a confronto*. In:
La rivista di servizio sociale, n. 3.
- Athlin L., Engstrom B.,
Enstrom I.
(1992) *Information to patients following surgery
for cancer*. Vard Nord Utveckl Forst.
12 (1): 4-7.
- Ayzenberg A.
(1995) *Problematic communication between
physicians and oncological patients*.
Harefuah., 128 (7): 414-416, 463.
- Balint M.
(1961) *Medico, paziente, malattia*. Feltrinelli, Milano
- Bellino F.
(1993) *I fondamenti della Bioetica, aspetti antropo-
logici, ontologici e morali*. Città Nuova.
- Berger M.
(1980) *Le possibilità di aiuto psicologico ai morenti*,
p.139-162. In: Guyotat J, Le psicoterapie
mediche. Vol.2, 139-162. Masson Italia Ed.
Milano.

- Berlinguer G.
(1989) *Bioetica quotidiana e Bioetica di frontiera. In Bioetica (a cura di) Di Meo A., Mancina C. Laterza ed., Bari*
- Berti L.
(1984) *La razionalità pratica tra scienza e filosofia Libreria Gregoriana Editore, Roma*
- Bompiani A.
(1992) *Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze. EDB, Bologna*
- Bowlby J.
(1982) *Costruzione e rottura dei legami affettivi. Raffaello Cortina Ed.*
- Cacciari C.
(1983) *La comunicazione fra medico e paziente. Una rassegna critica. In: Psicologia clinica, 3*
- Capuana L.
(1939) *Il dottor Ficicchia., In: Le più belle novelle, Edizioni Sandron, Milano*
- Carli R., Paniccia R.M.
(1981) *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni. Il Mulino Ed., Bologna.*
- Carli R. Paniccia R.M.
(1989) *Psicosociologia dell'ospedale: riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico. In: Rivista di Psicologia Clinica, 2, 148-160. NIS Ed. Roma.*
- Cassem NH, Stewart RS
(1975) *Management and care of the dying patient. Int. J. Psychiatry Med., 6: 293-304.*

- Cassileth B., Supkis R.,
Sutton-Smith K.
(1980) *Informed consent: why are its goals imperfectly realized?* New Engl. J. Med., 302: 896-900.
- Cattorini P.
(1987) *Un scelta di saggezza.* In Progress, 66. Prato.
- Cesa-Bianchi M, Sala G.
(1989) *Ospedale e psicologia.* In: Rivista di Psicol. Clinica, 2, 139-146. NIS Ed., Roma.
- Chaitchik S., Kreitler S,
Shaked S. et al.
(1992) *Doctor-patient communication in a cancer ward.* J.Cancer Education, Vol.7, N.1: 41-54. Pergamon Press Ltd. USA.
- Chase Boring C, Brokman E,
Causey N et al.
(1984) *Patient attitudes toward physician consent in epidemiologic research.* Am J Public Health, 74 (12): 1406-1407.
- Codice di Deontologia Medica
(1995)
- Congregazione per la Dottrina
della fede
(1987) *Istruzione Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione* 22 febbraio.
- Crotti N., Morasso G.
(1986) *La comunicazione scomunicata: l'informed consent form.* Milano, Politeia, 243 ss.

- De Coro A., Grasso M.
(1988) *La consultazione psicologica in un Centro di Psicologia Clinica: note sull'osservazione del transfert nella fase di valutazione.* In: Rivista di Psicologia Clinica, 2: 149-159. NIS Ed., Roma.
- De Coro A.
(1990) *Diagnosi e narrazione nella cura psicoanalitica.* Borla Ed., Roma.
- Degner L.F., Sloan J.A.
(1992) *Decision making during serious illness: what role do patients really want to play?* J. Clin. Epidemiol., 45 (9): 941-950.
- Delfosse M.C.
(1988) *I Comitati di etica in Belgio,* In: I Comitati di etica in ospedale, (a cura di) Spinsanti S., NIS pp.101-110, Roma.
- De Nardis P.
(1988) *L'equivoco sistema.* F. Angeli Ed., Milano.
- Derman U, Serbest M.
(1993) *Cancer patient's awareness of disease and satisfaction with services: the influence of their general education level.* J. Cancer Education, Vol.8, N.2: 141-144, 1993. Pergamon Press Ltd. USA.
- Deschamps-Latscha B.
(1988) *Il Comitato Consultivo Francese.* In: I Comitati di etica in ospedale (a cura di) Spinsanti S., NIS, pp. 129-140
- Donati P.
(1983) *Introduzione alla sociologia relazionale,* Franco Angeli Ed., Milano

- Donati P.
(1987) *Manuale di sociologia sanitaria*, Franco Angeli, Milano
- Donati P.
(1992) *Teoria relazionale della società* Franco Angeli, Milano
- D'Onofrio F.
(1994) *Bioetica e biologia: per il cammino dell'uomo*, Piemme, Casalemonferrato
- Engelhardt Jr. H.T.
(1991) *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano
- Ferro F.M.
(1989) *Passioni nella mente e nella storia*. In: Vita e Pensiero, Milano.
- Fiori A.
(1993) *Problemi attuali del consenso informato*. In: Medicina e morale, 6: 1123-1138.
- Galli P.F.
(1961) *Prefazione a "Medico, paziente e malattia"* di Balint M., Feltrinelli Ed., Milano
- Gilbar O.
(1989) *The attitude of the doctor to the refusal of the cancer patient to accept chemotherapy*. Med Law, 8: 527-534.
- Gilbar O.
(1991) *The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy*. Soc. Sci. Med. 32 (12): 1337-1340.
- Grudner T.
(1980) *On the readability of surgical forms*. New Engl. J. Med. 1980; 302: 900-902.

- Guerra G, Ancona L.
(1979) *Note sui problemi della formazione in ambito ospedaliero.* In: (a cura di) Cesa-Bianchi M. Psicologia e ospedale generale. F. Angeli Ed, Milano.
- Guyotat J.
(1980) *Un problema di psicologia medica: le coterapia.* In: Guyotat J. Le psicoterapie mediche. Vol.2, 179-187. Masson Italia Ed. Milano.
- Hietanen P.S.
(1996) *Measurement and practical aspects of quality of life in breast cancer.* Acta Oncologica, 35 (1): 39-42.
- Holli K., Hakama M.
(1993) *Continuity of the doctor-patient relationship during the routine follow-up of a breast cancer patient.* Support Care Cancer, 1(5): 263-265.
- Iandolo C.
(1979) *L'approccio umano al malato.* Armando Ed.
- Iandolo C.
(1986) *L'assistenza psicologica del malato,* Pozzi Ed., Milano.
- Iandolo C.
(1989 a) *Aspetti etici della relazione tra il malato ed il personale sanitario.* In (a cura di) Randazzo A. Problemi etici di vita ospedaliera, Piccin Padova
- Iandolo C.
(1989 b) *Introduzione all'etica clinica.* Pozzi Editore, Milano.

- Ippocrate di Coo
(V sec. a.c.) *Il Giuramento.*In: Enciclopedia Rizzoli,
Rizzoli Editore, Milano
- Jeammet Ph., Reinaud D.,
Consoli S.
(1987) *Psicologia medica.* Masson, Milano.
- Katz J.
(1976) *Who's afraid of informed consent?*
J. Psychiatr. Law, 315-325.
- Katz J.
(1994) *Reflection on unethical experiments and the
bennings of bioethics.* In: Kennedy Institute
of Ethics Journal, Vol.4, N.2.
- Kedziera P., Levy M.H.
(1994) *Collaborative practice in oncology.*
Semin. Oncol., 21(6): 705-711.
- Langs R.
(1990) *Guida alla psicoterapia. Una introduzione
all'approccio comunicativo.* Bollati Borin-
ghieri Ed., Torino.
- Lasswell H.
(1979) *Il linguaggio della politica.* ERI Ed., Torino.
- Lee J.M.
(1993) *Screening and Informed Consent.* The New
England J Med., 328 (6): 438-440.
- Lega C.
(1979) *Deontologia medica, principi generali.*
Piccin Ed., Padova.

- Lega C.
(1991) *Manuale di bioetica e deontologia medica*, Giuffrè, Milano
- Lekander M., Furst C.J.,
Rotstein S. et al.
(1996) *Social support and immune status during and after chemotherapy for breast cancer. Acta Oncologica*, 35 (1): 31-37.
- Leonardi F.
(1968) *Forme e processi culturali*. In: Elementi di sociologia (a cura di) Biaga G., Altan CT, Ammassari P.
- Leone S.
(1990) *Quali valori per i comitati*. In: I Comitati etici (a cura di) AA.VV., Orizzonte Medico
- Ley P., Spelman M.
(1965) *Communications in and out-patients setting. Br. J. Social. Clin. Psychol.*, 4:114-116.
- Lioux C., Demoly P.,
Godard P. et al.
(1993) *Huriet's law in cancerology. Reflexions on physician-patient relation and informed consent in thoracic oncology. Bull. Cancer Paris*, 80 (10) : 900-902
- Mambriani S.
(1994) *La comunicazione nelle relazioni di aiuto: guida pratica ad uso di familiari e operatori sanitari e sociali*, Cittadella, Assisi
- Margotti R.
(1967) *Medicina nei secoli*, Mondadori, Milano
- Mascilli Migliorini E.
(1992) *La comunicazione nell'indagine sociologica*. NIS Ed., Milano

- Mazzi, P.
(1978) *Studi sull'esercizio della medicina negli ultimi tre secoli del medioevo*, Laterza ed., Bari
- Mechanic D.
(1992) *Health and illness behavior and patient-practitioner relationships*. Soc. Sci. Med. 34(12): 1345-50.
- Medina M.C.
(1989) *Modalità didattiche e tecniche terapeutiche in un Servizio ospedaliero di Psicologia Clinica*. In: Rivista di Psicologia Clinica, 2, 161-166. NIS Ed., Roma.
- Melotti, U. et altri
(1985) *Evoluzione biologica e culturale*. Dip. studi politici e sociali Univ.di Pavia
- Minarelli, M.L.
(1984) *La medicina nell'antica Roma*. In: Storia, n.7, Mondadori, Milano
- Morrow G, Gootnick J.
Schamale A.
(1978) *A sample technique for increasing cancer patient's knowledge of informed consent to treatment*. Cancer 42: 793-799.
- Morrow G.
(1980) *How readable are subject consent forms?* JAMA; 244:56-58.
- Morrow G., Hoagland A.
(1981) *Physician-patient communication in cancer treatment*. Proc. Am. Cancer Soc., 3th National Conference, Washington, April 23-25.

- Niccoli A.
(1974) *Dizionario della lingua italiana*. Istituto Editoriale Europeo, Roma.
- Palombella A.
(1993) *Ospedali più umani: come?*, Piccin Padova
- Parma E.
(1995) *Pratica medica e non-compliance*. In: La partecipazione del paziente al suo trattamento: compliance e non-compliance (a cura di) V. Ghetti, Franco Angeli, Milano
- Parsons T.
(1964) *La relazione medico-paziente*. In: Il sistema sociale, Comunità, Milano (I ed. 1951)
- Pegoraro R.
(1991) *Comunicazione della verità al paziente, riflessioni etico-teologiche*. Medicina e Morale, 6: 959-986.
- Perico G.
(1992) *Problemi di etica sanitaria*., Ancora Edizioni, Milano
- Peteet J.R., Ross D.M., Medeiros C. et al.
(1992) *Relationships with patients in oncology: can a clinician be a friend*. Psychiatry, 55 (3): 223-229.
- Pomata, G.
(1994) *La promessa di guarigione: malati e curatori in antico regime* Laterza Ed., Bari
- Pinkus L.
(1985) *Psicologia del malato*. Edizioni Paoline. Cinisello Balsamo (Mi).

- Pinkus L.
(1986) *Teoria della psicoterapia analitica breve.*
Edizioni Borla, Roma.
- Pinkus L.
(1989) *Psicosomatica.* NIS Ed., Roma.
- Potter V.
(1971) *Bioethics: Bridge to the Future.* Prentice
Hall, New Jersey.
- Reich W.T.
(1978) *Encyclopedia of Bioethics.* The Free Press,
New York, Vol. 2.
- Reich W.T.
(1986) *Comunicazione al Simposio “Comitati Etici”,*
CISF-Fatebenefratelli, Milano.
- Reich W.T.
(1990) *La sperimentazione sui soggetti
umani e L’istituzionalizzazione
della bioetica in USA in (a cura di)
C. Viafora: Vent’anni di bioetica.*
- Righetti A., Giorgio G.
(1994) *Factors influencing the communication of the
diagnosis to patients who have cancer.*
J. Cancer Educ., 9 (1): 42-45.
- Santos Z.M., Santos G.
Abrantes P.
(1994) *Physician-patient communication in
oncology.* Acta Med. Port., 7 (6):
361-365.
- Schwenk T.L.,
Romano S.E .
(1992) *Managing the difficult physician-patient
relationship.* Am. Fam. Physician 46 (5):
1503-1509.

- Scneider P. R.
(1979) *Psicologia medica*. Feltrinelli, Milano.
- Sgreccia E.
(1991) *Manuale di Bioetica. Vol II. Aspetti medico-sociali*. Milano.
- Sgreccia E.
(1992) *Il dibattito attuale sulla fondazione etica in bioetica*. In: *Medicina e Morale*, 5.
- Sgreccia E.
(1994) *Manuale di bioetica. Volumi I e II*. Vita e Pensiero, Milano.
- Shorter, E.
(1986) *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano
- Singer P.A., Tasch E.S.,
Stocking C. et al.
(1991) *Sex or survival: trade-offs between quality and quantity of life*. *J Clin. Oncol.* 9 (2): 328-334.
- Spagnolo A.G.
Sgreccia E.
(1989) *I Comitati di Bioetica. Sviluppo storico, presupposti, tipologie*. In: *Vita e Pensiero*, 7-8, 500-514. Milano.
- Spagnolo A.G.
Sgreccia E.
(1990) *La situazione italiana dei CdB sotto il profilo giuridico ed operativo*. In: *I Comitati di etica (a cura di) AA.VV.* pp.105-110, *Orizzonte medico*.
- Spinsanti, S.
(1988 a) *Guarire tutto l'uomo: la medicina antropologica di Viktor Von Weizsacker* Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo

- Spinsanti S.
(1988 b) *L'Alleanza terapeutica. Le dimensioni della salute.* Città Nuova Ed.
- Taidelli
(1995) *I fattori individuali come motivazioni alla non-compliance.* In: La partecipazione del paziente al suo trattamento: compliance e non compliance (a cura di) V. Ghetti Franco Angeli, Milano.
- Todd C.J., Still A.W.,
(1984) *Communication between general practitioners and patients dying at home.* Social Science & Medicine. Pergamon Press Ltd. USA.
- Tomamichel M., Sessa C.,
Herzig S. et al.
(1995) *Informed consent for phase I studies: evaluation of quantity and quality of information provided to patients.* Ann. Oncol., 6 (4): 363-369.
- Viafora, C.
(1991) *Fondamenti di bioetica.* Ambrosiana, Milano
- Vella C., Quattrocchi P.,
Bompiani, A.
(1988) *Dalla bioetica ai Comitati etici* Ancora Edizioni, Milano
- Watzlawick P, Beavin J.H.,
Jackson D.D.
(1971) *Pragmatica della comunicazione umana.* Astrolabio Ed., Roma.
- Weber M.
(1968) *Economia e società.* Vol. I., Milano, Comunità.