

LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE. IL RUOLO DELLA CULTURA BIOETICA CATTOLICA E LAICA: DUE CENTRI ONCOLOGICI A CONFRONTO

a cura di Riccardo Capozzi

1. Introduzione

Nell'odierno dibattito bioetico sono messi prevalentemente in luce i dilemmi che emergono a fronte delle difficili scelte che il medico deve compiere. Nel caso di un malato terminale di cancro ci si chiede se sia lecito continuare ad oltranza la terapia, avendo presente come teorica alternativa il ricorso all'eutanasia. Riguardo a questi, come ad altri cruciali temi di grande attualità, si scontrano etiche e culture distanti fra loro. Questa ricerca intende perciò occuparsi, in modo teorico ed empirico, degli aspetti sociali e comunicativi della bioetica, con particolare riferimento agli effetti che due diverse culture bioetiche, cattolica e laica, possono esercitare sul rapporto che si instaura fra una struttura ospedaliera e la sua utenza; ovvero fra il medico, l'infermiere ed una specifica categoria di pazienti come quelli oncologici.

In particolare viene analizzato il rapporto medico-paziente cercando di non commettere quegli errori metodologici che spesso si osservano negli studi del settore. Infatti la maggior parte dei lavori condotti in ambito medico su tale tema *non* considerano la cultura bioetica di riferimento del centro ospedaliero presso cui il medico lavora; inoltre la prospettiva di analisi è prevalentemente psicologica e dal punto di vista del medico. 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.

Quindi nella presente ricerca si considera il ruolo della cultura bioetica del centro, e per questa ragione vengono posti a con-

fronto un ospedale di orientamento laico, come l'Istituto Regina Elena, ed uno di ispirazione cattolica, come il Fatebenefratelli, entrambi di Roma. Inoltre 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» in quanto relazione, 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 muovendo la riflessione esclusivamente dal *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: passando in questo modo da una dimensione di persona reificata dalla malattia e dalla medicina, ad una realtà ontologica di valore pur nella sofferenza e nella violenza del male.

176

A questo punto si presenta il dettaglio del programma di ricerca adottato, con la specifica delle fasi seguite e dei tempi impiegati per la loro realizzazione.

2. Programma di ricerca

Il programma ha interessato il seguente oggetto di ricerca: «La comunicazione medico-paziente: il ruolo della cultura bioetica cattolica e laica: due centri a confronto».

Avendo quale obiettivo:

«Analizzare gli effetti che due culture bioetiche, di ispirazione cattolica e laica, possono avere sul rapporto che si instaura fra ospedale ed utenza, ed in particolare fra *medico e paziente*. A tal fine si sono confrontati due centri ospedalieri romani, il Fatebenefratelli e l'Istituto Regina Elena, valutando gli effetti che i due orientamenti bioetici hanno sul rapporto, espresso in modalità di comunicazione, fra questi centri, le équipes mediche, e l'utenza costituita da malati oncologici ospedalizzati.

Il programma di ricerca si è articolato in quattro fasi per cia-

scuna delle quali viene precisato l'obiettivo, la metodologia e la durata in mesi prevista.

Prima fase

- Obiettivo: definizione delle due culture bioetiche.
- Metodologia: in questa fase si sono definiti nel modo più articolato possibile gli assunti bioetici distintivi dei due centri considerati (Fatebenefratelli ed Istituto Regina Elena). Questo obiettivo verrà conseguito attraverso l'analisi bibliografica bioetica cattolica e laica, e anche attraverso l'esame dei documenti prodotti da ciascun centro. Sono state inoltre condotte interviste ai responsabili e ai membri più rappresentativi dei due comitati di bioetica. In particolare si sono approfonditi gli orientamenti in tema di eutanasia e nella sperimentazione farmacologica in ambito oncologico.
- Durata : 6 mesi.

Seconda fase

- Obiettivo: operazionalizzazione del «modello della comunicazione Struttura-Utente».
- Metodologia: in questa fase si sono rese operative, mediante un questionario, le dimensioni concettuali del «modello della comunicazione Struttura-Utente», già elaborato in fase di progettazione della presente proposta (Fig. 1).

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 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:

- a) *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		
		Collaborativo	Passivo	Oppositivo
C L I M A D E L L A S T R U T T U R A	Aperto	1 S <----> U bidirezionale non conflittuale	2 S .-> U unidirezionale	3 S --><- U bidirezionale conflittuale
	Neutro	4 S < U unidirezionale	5 S U comunicazione corrente	6 S <----- U unidirezionale
	Chiuso	7 S -><-- U bidirezionale conflittuale	8 S -----> U unidirezionale	9 S -> <- U bidirezionale conflittuale

178

- b) *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);
- c) *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 del centro. Si distinguono tre atteggiamenti tipo:

- a) *Atteggiamento collaborativo* (quando l'utente generalmente collabora in modo attivo, chiedendo ed offrendo informazioni);

- b) *Atteggiamento passivo* (quando l'utente manifesta passiva accettazione delle prescrizioni del medico o disinteresse);
- c) *Atteggiamento oppositivo* (quando l'utente si esprime prevalentemente 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.

È necessario fare riferimento soprattutto ai due contesti che si suppone siano quelli più discriminanti l'esito della comunicazione.

Il contesto n. 1 (Aperto-Collaborativo) è caratterizzato da una comunicazione reciproca (bidirezionale) da parte degli operatori della struttura e dell'utente, avente come elementi distintivi l'alto numero di informazioni scambiate ed accolte dall'utente senza eccessive critiche e contestazioni (non-conflittuale). Si ritiene che sia questo il contesto più valido nel quale realizzare i migliori risultati di assistenza ed informazione sanitaria.

Il contesto n. 5 (Neutro-Passivo) è l'unico dove si suppone che non vi sia apprezzabile comunicazione (Assente), in quanto ad un clima neutro deficitario sia nel sostegno che nelle informazioni, corrisponde un atteggiamento passivo e rinunciatario dell'utente. Si ritiene che sia questo il contesto nel quale l'assistenza e l'informazione sanitaria trovino le maggiori difficoltà ed ottengano i risultati più deludenti.

Naturalmente 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 specifici.

Tenendo presente il modello descritto l'ipotesi dalla quale si parte assume che la cultura bioetica diffusa da un centro ospedaliero sia attiva a livello di vertice della struttura, direzione sanitaria, comitato bioetico, ma che sia presente in qualche modo anche nello specifico di un reparto oncologico, in modo da contri-

buire all'instaurarsi di un particolare contesto comunicativo. Tale contesto sarà caratterizzato, oltre che dalla quantità delle informazioni circolanti, soprattutto dalla qualità delle stesse in termini di immagine della malattia e della cura da parte del centro e, per quanto riguarda l'utente, come vissuto-immagine della malattia e della cura, del futuro, della vita e delle relazioni sociali possibili.

Operativamente si sono dovuti trovare degli indicatori empirici adeguati a descrivere sia il clima della struttura che l'atteggiamento dell'utenza.

– Durata: 6 mesi.

180

Terza fase

- Obiettivo: costruzione, somministrazione del questionario di prova con effettuazione della item analysis, e successivamente di quello definitivo.
- Metodologia: in questa fase la metodologia è stata suddivisa in due parti:

A) Costruzione dei due questionari

Il primo questionario esplorativo, che è stato rivolto ai pazienti degenti ospedalizzati dei due centri, ha avuto per oggetto domande aperte e chiuse sulla loro esperienza ospedaliera e anche di cultura bioetica. L'intento è stato quello di stimare in via preliminare quale siano le domande più importanti da rivolgere alle persone e quali gli indicatori 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 costruito sulla base del pre-test del primo e ha avuto per oggetto domande sia di orientamento bioetico, sia sul tipo di rapporto stabilito con il reparto oncologico, 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. Questo complesso di fattori costituisce

quello che si potrebbe definire un *Contesto culturale-comunicativo-esperienziale* fenomenologicamente unitario e dinamico.

Il questionario somministrato è costituito da un totale di 50 item a scelta multipla, suddivisi nelle seguenti nove aree di dati:

- A – Socio-anagrafici;
- B – Informazioni sul ricovero;
- C – Informazioni sull'intervento chirurgico;
- D – Informazioni sulla terapia;
- E – Comunicazione utente-struttura;
- F – Vissuto della malattia;
- G – Aspettativa di vita futura;
- H – Valori etici;
- I – Informazioni sul questionario.

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, prima presentato (Fig. 1), in un item realizzato attraverso nove vignette che ne rappresentano i nove diversi contesti comunicativi (Fig. 2). Questo ha facilitato di molto il riconoscimento della situazione prevalente di comunicazione medico-paziente nella quale la persona meglio si riconosceva. Sarebbe stato altrimenti proibito spiegare a parole cosa si intendeva

per un contesto di comunicazione «aperto-collaborativo» o anche «neutro-passivo». A parole si sarebbe verificata una grande 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.

B) Somministrazione dei due questionari

La somministrazione è avvenuta presso entrambi i centri. Il primo questionario è stato sottoposto ad un pre-test su un numero limitato (50 soggetti) di pazienti volontari afferenti ai due nosocomi considerati, al fine di scartare tutti gli item 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 questionari a pazienti degenti da almeno una settimana presso il reparto onde consentire l'instaurarsi di un minimo rapporto medico-paziente.

– Il campione: il questionario è stato somministrato ad un campione finale costituito da 200 soggetti di ambo i sessi, metà degenti presso l'ospedale Fatebenefratelli (38 maschi e 62 femmine), e metà presso l'Istituto Regina Elena (30 maschi e 70 femmine). Come si nota vi è in entrambe le strutture una maggioranza, quasi equivalente di femmine. Per arrivare a formare questo campione i pazienti contattati sono stati oltre 1000, ma si sono dovuti ridurre a soli 200 per varie ragioni quali: il rifiuto a rispondere anche se in completo anonimato (oltre 500 Ss), l'incompleta compilazione del questionario, la non comprensione di molti items, le differenti condizioni di salute, ecc. (circa 300). Questa auto selezione del campione ne limita la sua rappresentatività all'utenza complessiva dei rispettivi ospedali, tuttavia sono stati contattati tutti i pazienti che arrivavano nei due reparti oncologici nell'arco di un anno.

– Durata: 18 mesi.

Sintesi del Programma di Ricerca

	<i>Obiettivo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Durata</i>
<i>Prima fase</i>	definizione delle due culture bioetiche, cattolica e laica, in particolare presso il Fatebenefratelli e l'Istituto Regina Elena di Roma.	analisi bibliografica e interviste ai responsabili ed ai membri più rappresentativi dei due comitati di bioetica .	6 mesi
<i>Seconda fase</i>	operazionalizzazione del «modello della comunicazione Struttura-Utente».	selezione degli indicatori più validi a rappresentare le dimensioni concettuali del «modello della comunicazione Struttura-Utente».	6 mesi
<i>Terza fase</i>	costruzione, somministrazione di due questionari e predisposizione, effettuazione della item analysis.	items analysis e content analysis.	18 mesi
<i>Quarta fase</i>	valutazione dei risultati e resoconto finale.	comparazione dei risultati conseguiti dai due centri e costruzione di una tipologia riassuntiva.	6 mesi
<i>Durata totale:</i>			36 mesi

Quarta fase

- Obiettivo: valutazione dei risultati e resoconto finale.
- Metodologia: 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.

Il resoconto finale della ricerca disegna inoltre un profilo comparativo dei due centri, il Fatebenefratelli e l'Istituto Regina Elena, da cui muove la discussione critica conclusiva.

- Durata: 6 mesi.

Il progetto di ricerca BIOETICA E SOCIETÀ si potrà considerare veramente compiuto se riuscirà a fornire il giusto stimolo intellettuale e scientifico ai comitati bioetici dei due nosocomi romani, ma anche al comitato bioetico nazionale e agli studiosi del settore, realizzando un modello sociologico della comunicazione struttura-utente che consenta operativamente di monitorare gli effetti delle due culture bioetiche, cattolica e laica; permettendo così un più articolato confronto, più che sul piano etico-formale, su quello, non meno importante, della valutazione del loro impatto sociale.

3. Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta prima all'interno dei due gruppi IRE e FBF di 100 soggetti ciascuno, confrontando fra loro le risposte dei maschi con quelle delle femmine per ognuno dei 50 item del questionario. Successivamente sono stati confrontate le risposte dei maschi dell'IRE con quelle dei maschi del FBF e altrettanto per le femmine.

Il tipo di analisi statistica utilizzata è il Test esatto di Fisher per le tabelle 2×2 ed il Chi quadrato per le tabelle 3×2 . Il livello di significatività prescelto è quello dello 0.05 per respingere l'ipotesi nulla e quello dello 0.10 per accettarla. I risultati che vengono

discussi sono solo quelli significativi al di sotto dello 0.05, e vengono raggruppati per ciascuna area di indagine oggetto del questionario.

A) *Dati socio-anagrafici*

Per quanto riguarda i dati socio-anagrafici, dal confronto sia interno che tra i due ospedali emerge come dato generale che la famiglia attuale (item 8A) è costituita in prevalenza da coniugati con o senza figli (oltre il 44%), oppure dal single con o senza figli (oltre il 15%).

Età (item 2A)- I maschi del FBF risultano molto più anziani sia delle femmine del FBF, che dei maschi dell'IRE (Tab. 1). (Il 76.3% dei maschi FBF sono nati prima del 1935 contro il 35.5% delle femmine FBF il 13.3% dei maschi IRE, e il 34.3% delle femmine IRE). I maschi IRE sono più giovani delle femmine IRE (il 66.7% è nato nel periodo 1946-1975 contro il 42.9%).

Luogo di nascita (item 3A)- per le femmine FBF è soprattutto il centro-nord rispetto alle femmine dell'IRE (Tab. 2). (Il 90.3% contro il 57.1%).

Residenza attuale (item 4A)- per le femmine FBF è anche qui soprattutto il centro-nord rispetto alle femmine IRE (Tab. 3). (Il 93.5% contro il 63.9%). Stessa cosa si nota fra i maschi del FBF e quelli dell'IRE. (Il 94.7% il 73.3%).

Stato civile (item 5A) – nei maschi IRE si vede una prevalenza di celibi rispetto alle femmine IRE che sono soprattutto coniugate o rimaste senza partner per separazione o morte del coniuge (Tab. 4). (Il 40.0% di celibi contro il 8.6%). Anche fra maschi IRE e FBF si assiste ad un'analogha differenza. (Il 40.0% contro il 10.5%).

Titolo di studio (item 6A) – nei maschi IRE è più elevato di quello delle femmine IRE (Tab. 5). (Il 53.3% di diplomati o laureati contro il 17.1%). Ma anche più elevato dei maschi FBF. (Il 53.3% contro il 26.3%). Inoltre le femmine FBF hanno titoli più elevati di quelle dell'IRE. (Il 35.5% di diplomate o laureate contro il 17.1%).

Famiglia di origine (item 7A) – nei maschi FBF era costituita in

prevalenza da un solo genitore rispetto a quella delle femmine FBF (Tab. 6). (Il 52.6% di orfani contro il 25.8%).

Occupazione (item 9A) – si vede una prevalenza di occupati fra i maschi rispetto alle femmine (Tab. 7). (Nell'IRE il 66.7% contro il 20.0%, mentre nel FBF il 44.7% contro il 18.3%).

B) *Dati sul ricovero*

In generale tutti i soggetti intervistati si trovano nei due ospedali in maggioranza (oltre il 65%) da almeno una settimana di degenza (item 10B), su suggerimento del medico di famiglia o, in egual misura, dello specialista dell'ospedale che ha suggerito il ricovero (item 11B). Infine gran parte dei pazienti (oltre il 78%) riferisce che, nel caso dovesse venire a conoscenza di avere una malattia grave, preferirebbe sapere subito la diagnosi vera senza aspettare o essere ingannati (item 15B).

Ricoveri (item 12B) – i maschi IRE hanno subito più ricoveri (73.3% contro il 37.1%) delle femmine IRE; invece nel caso dei maschi FBF si nota come ne abbiano subito molti di meno delle femmine FBF (52.6% contro 83.9%); tra i maschi non risultano differenze apprezzabili; sono le femmine IRE a distinguersi da quelle FBF avendo avuto un numero notevolmente inferiore di precedenti ricoveri presso lo stesso istituto (37.1% contro il 83.9%) (Tab. 8).

Diagnosi (item 13B) – la diagnosi comunicata all'atto del ricovero è molto diversa fra i maschi FBF e le femmine FBF, per i primi si tratta in egual misura di una diagnosi di tumore o di altre patologie, mentre per le femmine la percentuale di diagnosi oncologiche è molto maggiore (52.6% contro il 89.7%); una differenza ancora più marcata si evidenzia fra le femmine IRE e quelle del FBF che si segnalano così come le più informate sulla propria malattia al momento del ricovero (35.7% contro il 89.7%) (tab. 9).

Informazioni (item 14B) – riguardo le informazioni ricevute sono le femmine a lamentarsi più dei maschi, ritenendole, in maggior misura, insufficienti (vi sono solo il 20.0% di maschi IRE insoddisfatti a fronte del 40.0% delle femmine IRE, per i maschi FBF

e le femmine FBF il confronto vede il 10.5% contro il 29.0%); in particolare le femmine IRE sono quelle che ritengono di essere state meno bene informate (tab. 10).

C) *Dati sull'intervento chirurgico*

In almeno il 50% di casi dell'IRE è stato proposto di fare un intervento chirurgico, mentre questa percentuale sale al 70% nel FBF (item 16C). La maggioranza delle persone (oltre il 55%) riferisce di provare poca paura ad affrontare l'intervento chirurgico, mentre le femmine IRE si dividono esattamente a metà fra quelle che ne hanno molta e quelle che ne riferiscono poca o nulla (item 20C).

Scelta intervento (item 17C) – la scelta dell'intervento chirurgico è stata decisa in oltre il 70% dei casi, in particolare, nel caso dell'Ire ciò è avvenuto con una netta prevalenza di una scelta dell'intervento compiuta insieme fra paziente, medico e familiari per i maschi (83.3%) rispetto a quella delle femmine (45%) (tab. 11).

Intervento compiuto (item 18C) – nell'IRE l'80% sia dei maschi che delle femmine non ha ancora effettuato l'intervento chirurgico, mentre nel FBF questa percentuale scende per entrambi i sessi, ed in particolare si osserva una netta differenza fra le femmine che non hanno fatto l'intervento nell'IRE (80%) e nel FBF (51.7%) (tab. 12).

Informazioni intervento (item 19C) – riguardo le informazioni avute sui rischi e le conseguenze dell'intervento, la maggioranza dei maschi riferisce di aver ricevuto sufficienti informazioni rispetto alle femmine; ciò è vero per ogni ospedale IRE (M 87.5% ; F 55%), FBF (M 69.2%; F 41.7%) (tab.13).

Paura di mutilazioni (item 21C) – Nella maggioranza dei casi i soggetti riferiscono di non avere grande paura di subire delle mutilazioni, asportazioni di parti del corpo, fanno eccezione le femmine IRE (57.6%) che in confronto ai maschi IRE (30.8%) riferiscono di avere una notevole paura. Da notare, a riguardo, come i pazienti IRE in gran maggioranza (80%) non hanno ancora effettuato l'intervento, per questo si suppone possano avere mag-

giore paura di mutilazioni dei pazienti FBF che in almeno il 50% dei casi hanno già effettuato l'intervento chirurgico (tab. 14).

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 Ire presentano una percentuale significativa di persone che riferiscono di avere molta paura della cicatrice (39.4%) a fronte della modesta cifra dei maschi Ire (7.7%); questo risultato trova conferma, come tendenza ($p = 0.026$), nel confronto fra le femmine IRE (39.4) e quelle FBF (21.4%). Vale anche qui la considerazione precedente sul numero maggiore di soggetti non operati nell'IRE rispetto al FBF (tab. 15).

Condivisione dell'intervento (item 23C) – La stragrande maggioranza (oltre il 90%) dei pazienti, sia maschi che femmine, dell'IRE condivide le scelte che sono state fatte riguardo l'intervento, mentre nel FBF i soggetti si dividono al 50% tra favorevoli e contrari a quanto deciso dai medici, forse proprio perchè in maggior numero hanno già fatto l'esperienza dell'intervento e nutrono perciò aspettative meno miracolistiche sugli esiti dell'intervento. Questa differenza si evidenzia nel confronto fra le femmine favorevoli IRE (97.4%) e quelle FBF (50%); una analoga situazione si nota, come tendenza ($p = 0.033$), fra i maschi favorevoli (IRE 93.3%) e quelli del FBF (50%) (tab. 16).

D) Dati sulla terapia

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 (dal 70% in su) (item 25D), tuttavia sono poi state date nella maggioranza dei casi (oltre il 60%) sufficienti informazioni sui benefici e sui disturbi che la terapia provoca (item 26D). La quasi totalità dei pazienti sottoposti a terapia condivide la scelta fatta, ritenendola evidentemente inevitabile (item 28D).

Tipo di terapia (item 24D) – la terapia oncologica viene effettuata nella gran parte dei casi (oltre il 70%), con l'eccezione delle femmine IRE che la seguono solo nel 47.1% dei casi a fronte del 93.3% dei maschi IRE e del 90.2% delle femmine FBF (tab. 17).

Dolore durante la terapia (item 27D) – per analizzare il tipo e l'intensità del dolore provato durante la terapia sono stati considerati separatamente tre tipi di possibili situazioni di sofferenza (tab. 19):

- **Dolore fisico:** Le femmine FBF nel 66.7% riferiscono di provare molto dolore fisico rispetto ai maschi FBF che in nessun caso dicono di provare un dolore molto intenso, evidenziando una tendenza generale (oltre il 60%) a provare poco dolore fisico;
- **Dolore psicologico:** I maschi FBF nel 50% riferiscono di provare molto dolore psicologico rispetto al 100% delle femmine FBF. I maschi IRE mostrano di sentire nel 100% dei casi molto dolore psicologico contro solo il 50% dei maschi FBF.
- **Dolore fisico e psicologico:** Il 56.3% delle femmine FBF dice di provare molto dolore sia fisico che psicologico mentre nessun maschio FBF riferisce tale disagio. Nel caso IRE invece la gran parte sia dei maschi 71.4% che delle femmine 75% prova molto dolore fisico e psicologico. I maschi IRE nel 71.4% provano molto dolore fisico e psicologico, a fronte di nessun maschio FBF.

Come affrontare la malattia (item 29D) – In maggioranza le persone avrebbero preferito affrontare la malattia con un intervento chirurgico, piuttosto che con una lunga terapia, fa eccezione il gruppo dei maschi IRE che si divide esattamente al 50% fra le due scelte differenziandosi dalle femmine IRE che nel 76.7% dei casi preferiscono l'intervento (tab. 18).

E) Dati sulla comunicazione utente-struttura

La gran maggioranza delle persone (oltre il 70%) desidererebbe ricevere maggiori informazioni sul proprio stato di salute (item 30E). Inoltre più del 79% dei soggetti giudica molto efficiente l'organizzazione dell'ospedale (item 31E).

Comunicazione paziente-infermiere – per analizzare la comunicazione esistente fra la persona e il personale infermieristico sono state proposte tre domande:

– **Disponibilità al rapporto degli infermieri**

(item 32E) – I maschi del FBF esprimono nel 100% la loro unanime e positiva percezione degli infermieri che riconoscono ca-

paci di stabilire sempre un buon rapporto, in confronto ai maschi IRE che la condividono «solo» nel 73.3%. Analoga situazione si verifica fra le femmine FBF che nel 100% dei casi ritiene molto abbastanza umano il comportamento degli infermieri rispetto al 84.8% delle femmine IRE (tab. 20).

– **Facilità nel rapporto con gli infermieri** (item 33E) – In generale vi è una propensione dei pazienti a stabilire un buon rapporto con gli infermieri, fino a raggiungere il 100% nei maschi FBF rispetto alle femmine FBF che invece lo manifestano «solo» nel 83.9% dei casi (tab. 21).

190 – **Tipo di impegno degli infermieri** (item 34E): I maschi IRE ritengono nel 78.6% che l'impegno degli infermieri si rivolge sia alla cura della salute fisica che psicologica, mentre solo il 54.5% delle femmine IRE condivide questa valutazione, a fronte di un 45.5% di femmine IRE che sostengono di ricevere un sostegno rivolto unicamente ai problemi fisici. Situazione opposta si verifica fra i maschi FBF i quali sentono nel 57.9% di ricevere cure solo fisiche, contro il 74.2% delle femmine FBF che ritiene di essere curata per il fisico e per lo psicologico, in modo completo. Le differenze si evidenziano anche fra i maschi IRE che nel 78.6% dicono di ricevere un impegno di cura completo a fronte del 57.9% dei maschi FBF che invece vedono solo l'impegno verso l'aspetto fisico. Infine le femmine IRE nel 45.5% ritengono di ricevere attenzione solo alla salute fisica, mentre quelle FBF nel 74.2% affermano di trovare un impegno di cura completo (tab. 22).

Comunicazione preferita del paziente (item 35E) – Nessun soggetto ha indicato come interlocutore preferito gli infermieri, inoltre in generale la preferenza viene accordata ai familiari e agli amici (oltre il 40%) rispetto agli altri malati e ai medici. Fanno eccezione i maschi FBF che nel 52.9% scelgono come miglior interlocutore i medici, contro le femmine FBF che invece preferiscono, dopo i familiari (42.3%), parlare con le altre malate (30.8%). I maschi FBF sono quelli che scelgono di più il colloquio con i me-

dici mentre le femmine IRE sono quelle che lo gradiscono meno (12.5%) (tab. 23).

Tipo di impegno dei medici (item 36E) – I pazienti dell'IRE ritengono che i medici si dedicano soprattutto alla cura del corpo (oltre il 60%); mentre quelli del FBF sostengono che i medici si dedicano sia alla cura della salute fisica che psicologica (57.9%). Questa differenza si evidenzia nel confronto fra le femmine IRE che nel 61.8% ritengono la cura fisica e quelle FBF ne 64.5% integrata, e, come tendenza, si presenta la stessa cosa anche fra i maschi IRE e FBF (tab. 24).

Facilità di dialogo in generale con i medici (item 37E) – La maggioranza dei soggetti (oltre 80%) dichiara di riuscire ad avere un buon dialogo con l'eccezione delle femmine IRE che riconoscono di avere un buon rapporto solo nel 54.3% e nel 45.7% non riescono a stabilire un rapporto. Questa differenza si evidenzia fra maschi IRE con l'80% di buon rapporto contro il 54.3% delle femmine IRE; e fra le femmine IRE 54.3% confrontate con quelle FBF che nel 83.9% dicono di avere un buon dialogo. I maschi FBF sono quelli che più di tutti (94.7%) sostengono di stabilire un buon rapporto con i medici (tab. 25).

Comunicazione medico-paziente (item 38E) – In generale (oltre il 50%) il comportamento del medico viene percepito dai pazienti aperto, o neutro nel 28% ma quasi in nessun caso chiuso (1% a carico di femmine IRE oppositive). L'atteggiamento dei pazienti viene dagli stessi autovalutato soprattutto collaborativo (39%), poi passivo (28%) e da ultimo oppositivo (10%). In questo senso tra maschi IRE e FBF non vi sono gran differenze.

Da notare, invece, come ad essere oppositive siano in gran parte le femmine IRE che costituiscono il 70% di tutti i pazienti che si sono autodefiniti oppositivi. Nell'ambito delle femmine IRE quelle oppositive sono il 24.2% dei casi, quelle collaborative il 42.4% e quelle passive il 33.3%; confrontandole con le femmine FBF la differenza è sostanziale con un 3.3% di oppositive, un 60% di collaborative ed un 36.7% di passive.

Inoltre le femmine IRE percepiscono il comportamento del medico neutro nel 33.3% dei casi contro solo il 13.3% di quelle FBF,

in entrambi i casi prevale una percezione del medico aperto, e da notare, anche fra le sole femmine IRE oppositive con un 87.5%. (tabb. 26 e 27). Ciò dimostra come queste pazienti, nonostante il loro atteggiamento oppositivo, siano in grado di valutare obiettivamente il medico. Un altro confronto, solo fra le femmine collaborative, mostra che quelle IRE ritengono il comportamento del medico nel 50% aperto e nel 50% neutro; mentre le femmine FBF lo vedono aperto nel 86.7% e solo nell'13.3% neutro (Test esatto di Fisher $p = 0.001$). Si giunge così ad un risultato inatteso fra le femmine IRE dove il medico è visto più aperto tra le oppositive che non tra le collaborative. È una conferma dell'indipendenza della percezione del medico dall'atteggiamento che si ha verso di lui.

F) Dati sul vissuto della malattia

La maggioranza delle persone (oltre il 60%) riferisce che la malattia non ha creato delle conseguenze nel rapporto con gli altri (item 39F); inoltre la gran parte (oltre il 70%) dei pazienti osserva che nemmeno negli altri la malattia ha creato difficoltà di dialogo con loro (item 41F). Poi l'80% dei pazienti, nel rispondere al differenziale semantico, esprime un vissuto malattia connotato da emozioni positive (item 42F).

Modalità di reazione alla malattia (item 40F) – Il 25.7% delle femmine IRE si chiudono in se stesse rispetto al solo 6.6% dei maschi IRE che rappresentano il gruppo che è meno propenso all'introversione. Diversamente sono i maschi FBF quelli che in maggior numero (42.1%) tendono a chiudersi sia verso le femmine FBF che lo manifestano nel 35.5%, ma soprattutto rispetto ai maschi IRE. Probabilmente una delle cause della introversione dei maschi FBF, può essere dovuta al fatto che sono il gruppo più anziano di tutti (tab. 28).

G) Dati sull'aspettativa di vita futura

La maggioranza dei pazienti (oltre il 51%) riferisce di aver rinunciato a causa della malattia a qualcosa di importante, soprat-

tutto i maschi IRE con il 70%, probabilmente perché sono il gruppo più giovane e quindi in piena età lavorativa (item. 43G). Inoltre, anche in questo caso, rispondendo al differenziale semantico sulla vita futura quasi il 100% dei pazienti risponde di provare emozioni positive (item 45G).

Difficoltà a continuare il lavoro (item 44G) – Il 69.7% delle femmine IRE pensa di non avere molte difficoltà di lavoro fuori dall'ospedale, rispetto a quanto manifestato dalle femmine FBF che, invece, nel 58.6% temono di incontrare molte difficoltà lavorative. Analoga differenza si osserva fra i maschi FBF che nel 63.2% non temono il dopo ospedale, contro il 58.6% delle femmine FBF che temono molte difficoltà lavorative (tab. 29).

Qualità e durata della vita (item 46G) – Le femmine IRE scelgono nel 88.6% di vivere meglio piuttosto che avere comunque una vita più lunga da vivere, contro il 74.2% delle femmine FBF (tab. 30).

H) Dati sui valori etici

Oltre il 94% dei soggetti dovendo scegliere tra valori riferiti all'area «dell'avere» o a quella «dell'essere» opta senza dubbio per quest'ultima.

Come affrontare il problema della morte (item 47H) – Le femmine FBF scelgono nel 74.2% dei casi di affrontare con coraggio la morte, a fronte solo del 47.4% dei maschi FBF. Questo risultato viene accentuato dal confronto fra le femmine FBF che mostrano coraggio nel 74.2% contro solo il 40% delle femmine IRE. Queste ultime, infatti, riferiscono nel 60% dei casi di affrontare la morte con rassegnazione (tab. 31).

Quale fede può aiutare di fronte alla morte (item 48H) – Le femmine, in generale più dei maschi, preferiscono la fede nella religione a quella nella scienza. In particolare le femmine FBF scelgono la religione nel 82.8% contro il 50% dei maschi FBF. Un andamento simile si nota fra maschi IRE con il 66.7% a favore della religione contro il 91.7% delle femmine IRE che si segnalano come il gruppo che in maggior percentuale preferisce la religione alla scienza come aiuto nell'affrontare il problema della morte. Non

è un caso questa marcata sfiducia nella scienza visto il rapporto oppositivo che le femmine IRE hanno con i medici (tab.31).

1) Dati sul questionario

La maggioranza (oltre l'85%) dei soggetti riferisce di aver trovato poche difficoltà nel rispondere al questionario (item 50I).

3.1 Tipologia utente-struttura

Maschi IRE

194

- A) *Dati socio-anagrafici*: questo gruppo di soggetti sono in maggioranza dei giovani (66.7%) nati fra il 1964-1975 e residenti al centro-nord (73.3%), infine sono in larga parte occupati (66.7%) con un diploma o la laurea (53.3%).
- B) *Dati sul ricovero*: molti di loro (73.3%) hanno avuto precedenti ricoveri presso l'ospedale, e sono ricoverati in gran parte con diagnosi di patologia non oncologica (64.3%) dicono di aver ricevuto un numero adeguato di informazioni sulla malattia (80.0%), evidentemente non sulla loro reale patologia trovandosi tutti in un reparto oncologico.
- C) *Dati sull'intervento chirurgico*: hanno concordato più di tutti (83.3%) insieme al medico e ai familiari la scelta dell'intervento, che in gran maggioranza (80%) devono ancora sostenere, ma riconoscono più di tutti (87.5%) di aver ricevuto adeguate informazioni sui rischi dell'operazione, e, probabilmente anche per questo, sono coloro che hanno il maggior numero di persone (69.2%) che non teme le mutilazioni e nemmeno la cicatrice post-intervento (92.3%).
- D) *Dati sulla terapia*: sono il gruppo che più di tutti effettua (nel 93.3%) una terapia oncologica e, diversamente dagli altri pazienti, che in gran parte avrebbero desiderato essere curati ricorrendo ad un intervento chirurgico risolutivo, i maschi IRE si dividono a metà fra quelli che auspicano l'intervento chirurgico e coloro che avrebbero preferito affrontare la malattia con una lunga terapia farmacologica. Inoltre i maschi

IRE dicono di sentire, durante la terapia oncologica, molto dolore psicologico (29.6%) anche molto dolore fisico e psicologico (18.5%). Segnalandosi come il gruppo più sensibile sia al dolore psicologico che alla combinazione dei due tipi di dolore.

- E) *Dati sulla comunicazione utente-struttura:* riconoscono nel 73.3% dei casi che gli infermieri si impegnano abbastanza a stabilire un rapporto umano con i pazienti, e l'86.7% dei maschi IRE si attribuisce la capacità di saper instaurare un buon rapporto con gli infermieri. Ritengono, inoltre, nel 78.6% che l'impegno degli infermieri sia completo rivolgendosi sia alla cura della salute fisica che psicologica. In prevalenza (46.7%) preferiscono parlare della propria condizione di malati con familiari e amici. Per i maschi IRE i medici si dedicano soprattutto (60%) alla cura del corpo; e affermano nell'80% dei casi di avere con i medici generalmente un buon dialogo. Percepiscono in gran parte 85.7% i medici della struttura come aperti, nel 14.3% neutri, in nessun caso chiuso. Si autodefiniscono nel 42.9% collaborativi e nella stessa percentuale passivi, ammettono di essere anche oppositivi nel 14.2% dei casi.
- F) *Dati sul vissuto della malattia:* esprimono rispetto alla malattia una buona reazione aprendosi agli altri (26.7%) o mantenendo gli stessi rapporti (66.7%), e chiudendosi in misura minima (6.6%). È il gruppo meno propenso alla introversione.
- G) *Dati sull'aspettativa di vita futura:* si dividono a metà nel valutare le difficoltà a continuare il lavoro uscendo dall'ospedale: una metà le ritiene molto rilevanti, l'altra poco o per niente. In gran parte (78.6%) preferiscono vivere bene piuttosto che vivere più a lungo. È un gruppo abbastanza ottimista sulla propria vita futura.
- H) *Dati sui valori etici:* in maggioranza (66.7%) scelgono di rassegnarsi di fronte alla morte. Stessa percentuale sceglie la religione alla scienza come aiuto per affrontare la morte. È un gruppo che affronta abbastanza male l'idea della morte.

Femmine IRE

- A) *Dati socio-anagrafici:* questo gruppo di pazienti sono distribuite fra le diverse classi di età con una relativa prevalenza delle giovani (42.9%) nate fra il 1964-1975, il luogo di nascita è (57.1%) il centro-nord ma con una buona percentuale al sud (42.9%), la residenza è oggi in maggioranza (63.9%) centro-nord ma una parte risiede al sud (36.1%); infine sono soprattutto (80.0%) non occupate con la scuola dell'obbligo (82.8%).
- B) *Dati sul ricovero:* hanno subito in minor numero di precedenti ricoveri (37.1%), e sono ricoverate in gran parte con diagnosi non oncologica (64.3%) ricevendo un numero non adeguato di informazioni sulla malattia (40.0%).
- C) *Dati sull'intervento chirurgico:* in maggioranza (55%) non hanno concordato con il medico la scelta dell'intervento che è stata presa solo da lui, la gran parte deve ancora sostenere l'intervento (80%), riferiscono (55%) di avere avuto abbastanza informazioni in merito, temono più di tutti (57.6%) sia di ricevere delle mutilazioni che la cicatrice post-intervento (39.4%), sono tuttavia le più convinte (97.4%) della scelta dell'intervento.
- D) *Dati sulla terapia:* sono quelle che seguono in minor numero la terapia oncologica, solo nel 47.1% e preferiscono nel 76.7% affrontare la malattia con un intervento chirurgico. Dicono di provare poco dolore fisico durante la terapia (31.6%), mentre riferiscono di provare molto dolore fisico e psicologico (31.6%), segnalandosi come il gruppo più sensibile soprattutto alla combinazione dei due tipi di dolore.
- E) *Dati sulla comunicazione utente-struttura:* riconoscono nel 84.8% dei casi che gli infermieri si impegnano abbastanza a stabilire un rapporto umano con i pazienti, e l'85.7% delle femmine IRE si attribuisce la capacità di saper instaurare un buon rapporto con gli infermieri. Solo una lieve maggioranza (54.5%) ritiene che l'impegno degli infermieri sia rivolto ad una cura completa fisico-psicologica. Le femmine IRE sono quelle che

gradiscono di meno (12.5%) parlare della loro condizione di malate con i medici, preferendo nel 56.7% parlare con familiari o amici. Nel 61.8% dei casi ritengono che i medici si dedichino esclusivamente alla cura fisica; e sostengono di avere un buon rapporto con i medici nel 54.3%, rappresentando il gruppo che in misura minore generalmente riesce a stabilire una relazione favorevole con i medici. Le femmine IRE percepiscono nel 66.7% dei casi il comportamento dei medici come aperto, nel 30.3% neutro e nel 3% chiuso (da parte solo delle femmine IRE oppostive); da notare come la percezione del medico aperto prevalga (87.5%) fra le femmine IRE oppostive, a fronte solo del 50% delle femmine IRE collaborative. Si autodefiniscono collaborative nel 42.4%, passive nel 33.3% ed oppostive nel 24.2% (rappresentando così il 70% di tutti i soggetti oppostivi presenti nel campione).

- F) *Dati sul vissuto della malattia:* si chiudono mediamente in se stesse (25.7%), mantenendo gli stessi rapporti nel 40% ed aprendosi agli altri nel 34.3% dei casi. Questo gruppo mostra la minor percentuale di mantenimento degli stessi rapporti insieme alla più alta di apertura verso gli altri. È il gruppo con la maggior disposizione al cambiamento e all'apertura agli altri, in questo senso è quello che esterna in modo più forte la propria richiesta d'aiuto, anche se ai medici viene indirizzata in modo un po' conflittuale.
- G) *Dati sull'aspettativa di vita futura:* ritengono che non avranno molte difficoltà lavorative (69.7%) dopo essere state dimesse dall'ospedale. Inoltre scelgono nettamente (88.6%) di vivere meglio piuttosto che più a lungo. *È il gruppo che ha la migliore aspettativa di vita futura.*
- H) *Dati sui valori etici:* In maggioranza (60%) scelgono di rassegnarsi di fronte alla morte, come i maschi IRE. Con la più alta percentuale (91.7%) le femmine IRE vedono nella fede religiosa un aiuto per affrontare la morte. È questo il gruppo che affronta meno bene l'idea della morte, quando diminuisce la fiducia nella scienza vi può essere un rafforzamento della fede religiosa.

Maschi FBF

- A) *Dati socio-anagrafici*: sono in maggioranza anziani (76.3%) nati prima del 1935 al centro-nord (73.7%) e lì residenti (94.7); la loro famiglia di origine era in prevalenza (52.6%) composta da un solo genitore; oggi sono soprattutto (78.9%) coniugati; infine sono in prevalenza (55.3%) non occupati, pensionati, con la scuola dell'obbligo (73.7%).
- B) *Dati sul ricovero*: hanno subito per metà (52.6%) precedenti ricoveri, e sono anche per metà (52.6%) ricoverati con diagnosi oncologica, ricevendo informazioni adeguate nella maggiore percentuale (89.5%). Anche in questo caso non sempre sulla reale patologia posseduta.
- C) *Dati sull'intervento chirurgico*: hanno in uguale proporzione (36.8%) concordato o non con il medico la scelta dell'intervento, che in maggioranza devono ancora sostenere (68.4%), e riferiscono in buona parte (69.2%) di aver ricevuto abbastanza informazioni sui rischi dell'operazione, in gran parte (69.2%) non temono le mutilazioni e la cicatrice (77.8%), e solo la metà (50%) di loro condivide la scelta fatta dell'intervento.
- D) *Dati sulla terapia*: seguono la terapia oncologica nel 77.8% ma in maggioranza 76.5% dei casi avrebbero preferito affrontarla con un intervento chirurgico risolutivo. Nessun maschio FBF dice di provare molto dolore fisico, nemmeno fisico e psicologico, ma una parte di loro (17.6%) riconosce di provare molto dolore psicologico. *Questo è il gruppo che riconosce di sentire complessivamente minor dolore di tutti gli altri.*
- E) *Dati sulla comunicazione utente-struttura*: esprimono all'unanimità (100%) la loro positiva percezione degli infermieri che riconoscono capaci di stabilire un buon rapporto con i pazienti. Inoltre i maschi FBF sostengono, sempre all'unanimità (100%), di avere una certa facilità nell'instaurare un buon rapporto con gli infermieri. Ritengono in maggioranza (57.9%) di ricevere dagli infermieri cure solo di tipo fisico. Sono l'unico gruppo che preferisce nel 52.9% parlare della

propria condizione di malato con i medici, prima che con i propri familiari e amici (41.2%), e solo nel 5.9% dei casi con gli altri malati. I maschi FBF pensano che i medici si dedicano ad una cura completa dei pazienti sia fisica che psicologica. Sono quelli che più di tutti (94.7%) sostengono di stabilire generalmente un buon rapporto con i medici. Percepiscono il medico come aperto nel 89.5%, neutro nel 10.5% e mai chiuso. Si autodefiniscono collaborativi nel 63.2% e passivi nel 36.8%, mai oppositivi. *Sono il gruppo con il miglior rapporto struttura-utente: medico-paziente ed infermiere-paziente.*

- F) *Dati sul vissuto della malattia:* sono quelli che in maggior numero (42.1%) tendono a chiudersi in sé stessi, mantenendo gli stessi rapporti nel 52.6%, ma riuscendo ad aprirsi agli altri solo nel 5.3%. *È il gruppo più introverso nel reagire alla malattia.*
- G) *Dati sull'aspettativa di vita futura:* in maggioranza (63.2%) non temono difficoltà lavorative dopo le dimissioni. Scelgono in gran parte (78.9%) la qualità della vita sulla durata. È un gruppo abbastanza ottimista sulla propria vita futura, un pò meglio dei maschi IRE.
- H) *Dati sui valori etici:* in maggioranza (52.6%) si mostrano rassegnati di fronte alla morte. Si dividono alla pari fra la fede nella scienza e quella nella religione quale aiuto di fronte alla morte. È un gruppo che cerca di moderare la rassegnazione ricorrendo sia alla scienza che alla fede religiosa, affronta abbastanza bene l'idea della morte.

Femmine FBF

- A) *Dati socio-anagrafici:* sono distribuite fra le diverse classi di età con una relativa prevalenza delle giovani (38.7%) nate fra il 1946-1975, il luogo di nascita è il centro-nord (90.3%) e sono tuttora lì residenti (93.5%); la famiglia di origine era in maggioranza (74.2%) composta da entrambi i genitori; infine sono soprattutto non occupate (81.7%) con una prevalenza di scuola dell'obbligo (64.5%), ma anche con un buon numero di diplomate e laureate (35.5%).
- B) *Dati sul ricovero:* hanno subito in maggior numero (83.9%)

precedenti ricoveri presso l'istituto, e sono quindi in gran maggioranza (89.7%) informate sulla propria diagnosi oncologica, ammettendo, tuttavia, di non aver ricevuto adeguate informazioni sulla malattia in non pochi casi (29.0%).

- C) *Dati sull'intervento chirurgico:* hanno in uguale proporzione (41.9%) concordato o non con il medico la scelta dell'intervento, che quasi per metà (48.3%) hanno già sostenuto *rap-presentando così il gruppo più numeroso di persone che hanno subito l'intervento*, riferiscono più di tutti (58.3%) di non aver ricevuto adeguate informazioni sui rischi dell'operazione, si dividono quasi a metà nel temere (48.3%) o non (51.7%) le mutilazioni, ma in gran parte hanno invece paura della cicatrice (78.6%), solo la metà di loro condivide la scelta fatta dell'intervento.
- D) *Dati sulla terapia:* effettuano la terapia oncologica nel 90.2% dei casi e nel 74.1% avrebbero preferito affrontare la malattia con un intervento chirurgico risolutivo. Sono il gruppo che sente più dolore fisico di tutti (20.7%), molto dolore psicologico (13.8%) e anche entrambi (31%). *Questo gruppo si evidenzia per provare più dolore fisico di tutti, unitamente a molto dolore psicologico.*
- E) *Dati sulla comunicazione utente-struttura:* esprimono all'unanimità (100%) la loro positiva percezione degli infermieri che ritengono capaci di stabilire un rapporto abbastanza umano con i pazienti. Nel 83.9% dicono di riuscire a stabilire un buon rapporto con gli infermieri. Il 74.2% ritiene di essere curata dagli infermieri in modo completo, sia fisico che psicologico. Preferiscono parlare della loro condizione di malate nel 42.3% con familiari e amici, nel 30.8% con gli altri malati e da ultimo nel 26.9% con i medici. Le femmine FBF ritengono nel 64.5% che i medici si dedicano alla cura completa sia fisica che psichica. Inoltre affermano nel 83.9% di riuscire ad avere in generale con i medici un buon rapporto. Percepiscono il medico come aperto nel 86.7%, neutro nel 13.3% e mai chiuso. Si autodefiniscono collaborative nel 60% e passive nel 36.7%, e oppositive solo nel 3.3%.

- F) *Dati sul vissuto della malattia:* si chiudono abbastanza in se stesse (35.5%), mantengono gli stessi rapporti nel 45.2% e si aprono agli altri nel 19.3%. Dopo i maschi FBF sono il gruppo che mostra una maggiore tendenza introversiva.
- G) *Dati sull'aspettativa di vita futura:* in maggioranza (58.6%) ritengono che avranno molte difficoltà a continuare il loro lavoro dopo l'ospedale. Scelgono «solo» nel 74.2% di preferire la qualità alla quantità di vita. *È il gruppo che mostra un'aspettativa di vita più problematica.*
- H) *Dati sui valori etici:* mostrano coraggio di fronte alla morte in modo maggiore di tutti (74.2%). Scelgono ampiamente la religione (82.8%) quale ausilio di fronte alla morte. *È il gruppo che reagisce meglio all'idea della morte.*

Dopo aver esposto questa sintesi articolata dei risultati significativi, divisa per ognuno dei quattro gruppi, si può procedere alla loro discussione, cercando di porre in risalto le analogie e le differenze, fra l'Istituto Regina Elena e il Fatebenefratelli, nel modo di erogare l'assistenza sanitaria. Un altro punto importante per la discussione è quello di cercare delle ipotesi teoriche esplicative di carattere sociologico e psicologico per le diverse modalità di risposta osservate nei quattro gruppi della tipologia utente-struttura sopra esposta.

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 campioni di soli cento soggetti, tratti inoltre da due ospedali con caratteristiche strutturali abbastanza diverse, tali da non consentire una comparazione in condizioni equivalenti di assistenza sanitaria. L'IRE è uno dei più grandi ospedali oncologici dell'Italia centro-meridionale e assiste una grande quantità di pazienti l'anno, mentre il FBF è una struttura notevolmente più ridotta. I due campioni sono stati estratti da due reparti oncologici di cui quel-

lo IRE aveva una media di circa trenta persone con una équipe medica costituita dal primario e da cinque medici oltre che da una decina di infermieri; mentre quello FBF aveva circa dieci pazienti, e una équipe medica costituita dal primario e da non più di due medici e da cinque infermieri. Infine deve essere tenuto presente che, alla luce dei risultati, sono emersi quattro gruppi di soggetti con caratteristiche socio-biografiche abbastanza diverse, le quali hanno certamente influito sulla comprensione del questionario oltre che sul rapporto medico-paziente, e sullo stesso vissuto della malattia. Purtroppo questi elementi interferenti non si sono potuti evitare in quanto i tempi e i modi per effettuare la ricerca si sono dovuti necessariamente conformare alle necessità degli istituti, e alla possibilità operativa che di fatto ci veniva consentita dagli operatori.

Fatte queste doverose premesse si può ora procedere con l'esposizione di quelle che possiamo definire le linee di tendenza generali, le caratteristiche comuni a tutti e due gli istituti.

4.1 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 molte persone avevano paura che quanto dicevano, anche se in completo anonimato, potesse essere riconosciuto e causa di problemi con il personale dell'istituto. 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 e alla comunicazione con i pazienti.

Inoltre, in entrambi gli istituti, la gran parte dei pazienti ha sostenuto di vivere delle emozioni positive pensando alla propria malattia. 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, quello che è lontano dalla coscienza. Questa strategia può funzionare solo a livello superficiale, infatti non si spiegherebbe altrimenti come sia presente in tutti i pazienti un forte desiderio di comunicare a qualcuno la propria sofferenza.

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». Tutte le emozioni legate all'idea di vita futura sono nettamente positive, sia per i maschi che per le femmine. È 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 costruire una speranza di vita, almeno nella fantasia.

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 questi valori sono quattro: libertà, onestà, salute e amore; in contrasto con quelli dell'avere che sono: successo, denaro, potere e bellezza. Sembra che la condizione di malattia, e, da sottolineare, di una malattia purtroppo erroneamente ritenuta a livello popolare quasi sempre terminale, promuove nelle persone una riscoperta o, comunque, una valorizzazione dei valori più intimamente legati con la vita e con la sua difesa.

Queste caratteristiche sono comuni ai due istituti, poiché il contesto dei valori bioetici che dovrebbe distinguere un ospedale laico da uno cattolico, in realtà non agisce sul comportamento reale dei medici, come non influenza il vissuto profondo della malattia e della speranza di vita, e, da ultimo, non può certo mutare un orientamento valoriale costruito in un'intera vita ed influenzato essenzialmente dalla propria storia di essere umano. In sostanza l'area di riferimento bioetico di un nosocomio non incide su quella che si potrebbe definire la «identità nucleare» di una persona che rappresenta il livello più profondo e radicato di conoscenza della vita, ovvero quella vasta zona del sapere individuale dove si possono collocare i valori, le credenze, i pregiudizi, i ruoli sociali, gli affetti familiari, i quali sono acquisiti durante tutto il

corso della vita tramite complesse esperienze di socializzazione e di apprendimento. Sono tutti quei fattori che collocano un individuo nel mondo, consentendogli di rappresentarsi come persona particolare, unica e dotata di senso. Volendo ricorrere ad una metafora, consentono di rappresentare una persona sul piano verticale, di centrare la sua posizione rispetto al resto del mondo.

Vi sono, invece, notevoli differenze fra un ospedale laico e cattolico riguardo quelle caratteristiche che attengono non alle convinzioni più intime, ma a quelle che servono per destreggiarsi nella vita, riferibili all'esperienza della vita quotidiana e quindi più facilmente modificabili delle prime, soprattutto a seguito di un'esperienza così traumatica. Questo livello più superficiale ed esteso del primo potrebbe essere definito come la «identità strutturale» di una persona, dove hanno sede i rapporti sociali convenzionali, le strategie di adattamento a situazioni o persone nuove, i progetti di lavoro, le amicizie, le quali si possono trasformare e ridisegnare nel corso della vita in base alle esperienze ed alle necessità del momento. Sono tutti quei fattori che permettono ad una persona di estendere il proprio spazio vitale e relazionale nel mondo. Utilizzando sempre la precedente metafora, consentono di rappresentare una persona sul piano orizzontale, disegnando l'estensione del suo essere nel mondo. Rispetto a questo secondo ambito di variabili si sono osservate notevoli caratteristiche differenziali.

204

4.2 Caratteristiche differenziali

Dai risultati sono emersi quattro profili distinti di utenza: i maschi IRE, le femmine IRE, i maschi FBF e le femmine FBF, ne vedremo ora le caratteristiche differenziali.

Le femmine IRE sono il gruppo di pazienti che ha il più difficile rapporto con i medici e hanno le seguenti caratteristiche: sono in prevalenza giovani, disoccupate e con la sola scuola dell'obbligo; sono alla prima esperienza di ricovero ospedaliero e non hanno ancora ricevuto comunicazione di diagnosi di tumore; il medico ha scelto da solo, senza discuterne con loro, di ef-

fettuare l'intervento chirurgico che devono in gran parte ancora effettuare, ed anche per questa ragione sono il gruppo che teme più di tutti sia di subire mutilazioni del proprio corpo sia la cicatrice post-intervento. Si segnalano durante l'effettuazione della terapia oncologica come *il gruppo più sensibile soprattutto alla combinazione di dolore fisico e psicologico*. In questo senso è come se non vi fosse distinzione fra i due tipi di sofferenza, quasi che l'angoscia si intrecciasse a tal punto con il dolore del corpo da non poter fare distinzione. Parlano poco con i medici della loro condizione di malate, pur percependo il medico in larga parte come una figura aperta e disponibile al rapporto. Quasi un terzo di loro sviluppa un comportamento oppositivo nei confronti del medico, che rappresenta la percentuale più alta rispetto a tutti gli altri tre gruppi di pazienti. Riferiscono un vissuto malattia che mostra la minor percentuale di mantenimento degli stessi rapporti sociali insieme alla più alta di apertura verso gli altri. È il gruppo con la maggior disposizione al cambiamento ed all'apertura agli altri, in questo senso è quello che esterna in modo più forte la propria richiesta d'aiuto, anche se ai medici viene indirizzata in modo conflittuale. *In sostanza è il gruppo più spaventato dalla malattia e con meno risorse per fronteggiarla*. Infatti di fronte a questa nuova e traumatica esperienza sia per il basso livello socio-culturale, che per la giovane età è come se non disponessero delle possibilità psicologiche, né dell'esperienza necessarie per gestire la situazione. Per questo una parte di loro si chiude in se stessa, mentre un'altra parte reagisce con rabbia verso il medico che non riesce a corrispondere al loro forte bisogno di rassicurazione e di ascolto. Questo accade perché una grande struttura come l'Istituto Regina Elena non consente un rapporto più personale con il paziente. Da notare, infatti, come le pazienti IRE ritenga quasi sempre il medico aperto, ma a fronte di questa apparente disponibilità riconosciuta è il loro comportamento a non accettare questo livello di cura desiderando altra attenzione e sensibilità, che tenga conto del loro forte bisogno di aiuto. Allora si comprende perché queste donne si rassegnano più di tutti di fronte al pensiero della morte e, inaspettatamente per una strut-

tura laica, più di tutti scelgono la fede come aiuto di fronte alla morte stessa. Così è la mancanza di un ascolto commisurato alle loro angosce che spinge queste pazienti verso la religione piuttosto che verso la scienza, la quale le ha abbandonate in un letto con un numero in un'anonima corsia di ospedale.

Da un punto di vista sociologico si potrebbe pensare, ricordando Durkheim, ad un'effetto di *anomia* presente nei grandi ospedali dove, oltre all'effetto noto di istituzionalizzazione che annulla la persona in quanto tale reificandola in un numero, vi potrebbe anche essere una mancanza di principi condivisi. Ovvero una carenza in termini di solidarietà che non si realizza rispetto a valori comuni, una lacuna proprio degli universali di vita che sono di sostegno nei momenti più difficili dell'esistenza, come certamente sono quelli del ricovero in un reparto oncologico. Ciò non dipenderebbe quindi dalla presenza di un contesto bioetico laico o cattolico, bensì sarebbe la grandezza della struttura a facilitare o meno la diffusione dei valori di riferimento lì esistenti, quali che siano, in modo che possano diventare regole di vita realmente tali, presenti e vissute dai pazienti come dagli stessi operatori sanitari.

Tuttavia, nonostante questo problema, anche i medici dell'IRE, oltre a quelli del FBF, sono stati percepiti in larga parte come aperti, anche se, evidentemente, non quanto basta. Infatti quello che differisce è soprattutto la risposta del malato che esprime, in base alla sua esperienza della malattia ed allo stadio in cui si trova, ma anche alle proprie caratteristiche socio-culturali, un bisogno diverso di ascolto, variabile soprattutto in funzione delle fasi della cura. Questo può essere in gran parte esaudito, soprattutto quando non è molto intenso, e si colloca in una struttura medio-piccola come il FBF; mentre nell'IRE lo standard di comunicazione del medico, pur essendo aperto, non si dimostra sufficientemente flessibile ad incontrare i bisogni dei pazienti, in particolare di quelli con maggiori necessità di rassicurazione come le femmine IRE.

I maschi IRE, diversamente dalle femmine IRE, sviluppano un migliore rapporto medico-paziente meno oppositivo (gli opposi-

tivi sono solo un settimo dei maschi IRE) ma piuttosto collaborativo o passivo in egual misura. Sono il gruppo che è costituito dalla maggiore percentuale di giovani, occupati con un diploma o laurea. In maggioranza devono ancora sostenere l'intervento e ritengono di essere stati ben informati sia sulla malattia che sui rischi dell'intervento. Anche per questa ragione non temono le mutilazioni e la cicatrice post-intervento. Effettuano più degli altri la terapia oncologica avvertendo molto dolore psicologico, e anche fisico e psicologico insieme, ma *sono il gruppo con minor percezione del dolore fisico*, pur essendo quelli che effettua più di tutti la terapia. È come se la paura fosse indipendente dal dolore del corpo. Ciò potrebbe significare che questo gruppo, pur vivendo una condizione di angoscia, riesce comunque ad arginarla e in qualche modo cerca delle soluzioni nella realtà. *Nel vissuto malattia sono il gruppo meno propenso all'introversione*, mantengono gli stessi rapporti sociali di prima della malattia, ma si aprono anche abbastanza agli altri. Esprimono una richiesta di aiuto rivolta perlopiù ai familiari, ma anche ai medici. Al pensiero della morte si mostrano rassegnati e scelgono di essere aiutati dalla fede piuttosto che dalla scienza. Essendo un gruppo in gran parte composto da occupati, temono che dopo l'intervento possano avere difficoltà nel proprio lavoro. Costituiscono un gruppo molto spaventato per il proprio futuro ed esprimono la loro richiesta d'aiuto in modo più controllato e meno conflittuale a parenti e medici.

Si nota come, essendo un gruppo che ha molto bisogno di ascolto, reagisce in modo o collaborativo o passivo, e marginalmente oppositivo. A questo concorre il suo livello socio-culturale oltre al fatto di non essere alla prima esperienza di ricovero. Tuttavia l'effetto anomia della struttura si manifesta anche qui facendo diminuire la percentuale di collaborativi. In sostanza il bisogno inascoltato, a seconda delle caratteristiche dei gruppi, si esprime in modo conflittuale o con la passività del paziente.

I maschi FBF sono il gruppo con il miglior rapporto con il medico, in larga parte collaborativo e nessun oppositivo. Sono anziani in pensione con la scuola dell'obbligo. Sono stati già ricoverati al-

tre volte e devono ancora fare l'intervento. Si ritengono sufficientemente informati sulla malattia e non temono mutilazioni e cicatrice post-intervento. Effettuando la terapia provano poco dolore fisico, in piccola parte soprattutto dolore psicologico, quasi per niente la combinazione dei due. *È il gruppo che avverte meno dolore in assoluto*, forse il buon rapporto medico-paziente unito all'età avanzata dei soggetti riesce a far controllare meglio sia il dolore fisico che psicologico. Esprimono una richiesta d'aiuto prima di tutto ai medici e poi ai familiari, *sono tuttavia i più introversi, avendo la più alta percentuale di persone che tendono a chiudersi in sé stesse*, anche perché la metà di loro nell'infanzia ha perduto uno dei genitori. Di fronte alla morte in maggioranza si sentono rassegnati e per metà si affidano a Dio, mentre per l'altra metà confermano la fiducia nella scienza. Non temono problemi lavorativi dopo le dimissioni essendo in gran parte pensionati.

208

In questo caso il buon rapporto medico-paziente è reso possibile in una struttura come il FBF, ed unitamente ad un gruppo di persone con un livello alto di introversione, dovuto anche all'età, riesce ad ottenere un abbassamento della soglia del dolore come un basso timore per le mutilazioni e la cicatrice. A conferma di questo dato, che integra l'effetto della grandezza della struttura ospedaliera con le caratteristiche del gruppo, si può vedere quanto emerso per le femmine.

Le femmine FBF sviluppano, dopo i maschi FBF, il miglior rapporto medico-paziente, con una maggioranza di persone collaborative, poco più di un terzo passive e una minoranza di oppositive. Sono abbastanza giovani, disoccupate, in maggioranza con la scuola dell'obbligo, ma con un terzo di diplomate e laureate. Sono già state ricoverate e la metà ha già effettuato l'intervento chirurgico, si dicono timorose della cicatrice. Si ritengono in maggioranza informate sulla malattia. Durante la terapia oncologica provano molto dolore fisico, molto dolore psicologico e molto dolore fisico e psicologico insieme, *sono il gruppo che prova maggior dolore complessivamente*. Esprimono una richiesta di aiuto ai familiari e ai medici mostrando un notevole spinta a chiudersi in se stesse. Di fronte al pensiero della morte, invece, si mostrano co-

me le più coraggiose di tutte, scegliendo, comunque, in maggioranza la fede alla scienza quale estremo sostegno nella vita. Dopo l'ospedale in gran parte nutrono preoccupazioni sul proprio lavoro. Le femmine FBF, diversamente dai maschi FBF, pur avendo un buon rapporto medico-paziente, reso possibile dalle dimensioni ridotte della struttura, hanno la più alta percezione del dolore fisico. Questo probabilmente è da ricondursi al fatto che il rapporto medico-paziente da solo non è sempre sufficiente a migliorare il vissuto malattia, ma necessita di fattori facilitanti, come la maturità della persona. Quando, invece, come nel caso delle femmine FBF, le pazienti sono di giovane età, con un livello medio-alto di introversione, che per metà hanno già fatto l'intervento, gli effetti del buon rapporto medico-paziente si indeboliscono. Evidentemente in questo caso ci troviamo di fronte ad un gruppo molto diverso dagli altri tre, qui l'intervento per metà è stato già fatto. Quindi il livello di dolore percepibile dopo l'operazione e mentre si fa la terapia può facilmente essere accentuato, rispetto alla terapia effettuata in condizioni di pre-intervento e, in ogni caso, cambiano sicuramente le aspettative terapeutiche. Il coraggio di fronte alla morte porta alla luce gli effetti di un buon rapporto medico-paziente che, nonostante il clima di lutto post-intervento, riesce ancora a motivare positivamente il gruppo.

5. Conclusioni

Da quanto detto emerge che il contesto bioetico dei due ospedali non ha avuto un ruolo significativo nel reale andamento dell'assistenza sanitaria. Inoltre, il rapporto medico-paziente è condizionato dalle dimensioni della struttura ospedaliera, e si è dimostrato molto influente sul vissuto della malattia e sulla percezione del dolore, ma in modo non indipendente dall'esperienza pregressa che i soggetti hanno della malattia e dal livello socio-culturale di appartenenza. Tuttavia, il rapporto medico-paziente non influisce sui valori e sulle convinzioni morali più profonde

delle persone. Queste infatti sono largamente indipendenti anche dal tipo di centro ospedaliero, sia esso cattolico o laico, ciò vuol dire che la cultura bioetica prevalente in un dato nosocomio non filtra attraverso i propri operatori sino all'utente. Il processo di «valorizzazione» che porta all'«identità nucleare» è qualcosa di più profondo e radicato nella storia di vita individuale tale da risultare non facilmente modificabile, anche da esperienze molto dolorose.

La differenza fra i due centri considerati non va perciò vista rispetto ai valori cattolici o laici di cui essi dovrebbero essere teoricamente interpreti; bensì deve essere valutata in base al tipo di comunicazione reale che la struttura ed i suoi operatori pongono in atto con l'utenza. Infatti la migliore qualità della comunicazione percepita dai pazienti del FBF non va proprio riferita alla sua impostazione bioetica cattolica, ma soprattutto alla possibilità per i suoi operatori di stabilire un migliore rapporto con i degenti, a causa delle migliori condizioni di lavoro dovute all'avere dei reparti con pochi letti, rispetto a quelli dell'IRE che sono molto più ampi e che quindi inevitabilmente comportano un maggior anonimato nella relazione terapeutica, accusato in misura maggiore dalle pazienti femmine.

In sintesi è come dire che conta più l'uomo che le sue credenze. La sua umanità prima dei suoi principi. In termini cattolici la pietà viene prima dei comandamenti, dove in termini laici la solidarietà prevale sulle norme morali.

In conclusione si ritiene importante sviluppare il presente indirizzo di ricerca al fine di alleviare la sofferenza umana che non è insita solo nella malattia, ma piuttosto nella condizione di malato.

Il questionario

Vengono presentate le frequenze per tutte le domande del questionario divise per ospedale e per sesso. Il campione è costituito complessivamente da 200 soggetti, intervistati metà all'Istituto Regina Elena (IRE) e metà al Fatebenefratelli (FBF). Quindi il numero dei casi è sempre 200 salvo dove è indicato diversamente.

211

A) Dati socio-anagrafici

1A. Sesso

	<i>IRE</i>	<i>FBF</i>
Maschio	30	38
Femmina	70	62

2A. Anno di nascita

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
< 1935	4	24	29	22
1936-1945	6	16	6	16
1946-1955	10	22	2	22
1956-1965	2	2	1	1
1966-1975	8	6	0	1

2A. Anno di nascita (dati raggruppati in due classi)

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
<1935-1945	10	40	35	38
1946-1975	20	30	3	24

3A. Luogo di nascita

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Nord	0	6	2	14
Centro	18	34	26	42
Sud	12	26	8	4
Isole	0	4	2	2

4A. Residenza attuale

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Nord	0	2	0	0
Centro	22	42	36	58
Sud	8	22	2	4
Isole	0	4	0	0

5A. Stato civile

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Celibe/Nubile	12	6	4	8
Coniugato/a	16	44	30	36
Separato/a	2	0	2	0
Divorziato/a	0	6	2	0
Vedovo/a	0	14	0	18

6A. Titolo di studio (dati raggruppati in tre classi)

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Nessuno – Elementare	0	32	16	32
Media inferiore	14	26	12	8
Media superiore – Laurea	16	12	10	22

7A. Nucleo familiare d'origine

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Con entrambi i genitori essendo figlio/a unico/a	1	2	2	4
Con entrambi i genitori e un fratello o una sorella	9	20	6	16
Con entrambi i genitori e più fratelli e/o sorelle	10	28	10	26
Orfano di uno o due genitori e uno o più fratelli e/o sorelle	10	20	20	16

213

8A. Nucleo familiare attuale

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Con il coniuge	2	6	1	2
Con il coniuge e figlio/i	15	25	30	34
Da solo/a con figlio/i	4	16	3	10
Da solo/a con figlio/i ma non conviventi	2	5	2	2
Con la famiglia d'origine	5	10	1	1
Da solo/a	2	8	4	10

9A. Professione attuale

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Disoccupato/a		4	2	3
Casalinga		40	0	26
Studente		4	1	1
Operaio/a		4	1	1
Insegnante		6	0	4
Impiegato/a		10	8	2
Artigiano/a		2	3	0
Commerciante		2	1	3

Libero/a Professionista	6	2	0
Imprenditore	2	1	1
Dirigente	2	1	0
Pensionato/a	18	18	19
Altro	0	0	2

B) Informazioni sul ricovero

10B. Da quante settimane è ricoverato?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Da una settimana	20	46	24	48
Da due settimane	2	6	4	6
Da tre settimane	0	4	6	0
Da quattro settimane	2	2	0	2
Da più di quattro settimane	6	12	4	6
Non sa, non risponde	0	0	0	0

11B. Chi le ha consigliato il ricovero?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Medico di famiglia	6	20	10	18
Medico specialista privato	8	8	4	4
Medico specialista dell'ospedale	14	42	24	40
Non sa, non risponde	2	0	0	0

12B. In questo istituto è stato ricoverato altre volte?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Sì	22	26	20	52
No	8	44	18	10
Non sa, non risponde	0	0	0	0

Questo è un motivo del rapporto migliore nel Fbf.

13B. Con quale diagnosi è ricoverato?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Con diagnosi di tumore	10	20	20	52
Con altre patologie	18	36	18	6
Non sa, non risponde	2	12	0	4

14B. Ha ricevuto dal medico di questo istituto adeguata informazione sulla sua malattia?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Molto	12	10	10	10
Abbastanza	10	32	24	34
Poco	6	14	2	16
Per niente	2	14	2	2
Non sa, non risponde	0	0	0	0

15B. Nel caso dovesse venire a conoscenza di avere una malattia grave, preferirebbe?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Saperlo subito	28	60	30	48
Saperlo poco per volta	2	4	6	2
Non saperlo	0	4	2	10
Avere una diagnosi non vera	0	0	0	0
Non sa, non risponde	0	2	0	2

C) Informazioni sull'intervento chirurgico

16C. Le è stato proposto presso questo istituto di sottoporsi ad un intervento chirurgico?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Sì	16	40	28	46
No	14	30	10	16
Non sa, non risponde	0	0	0	0

216

17C. Da chi è stata compiuta la scelta dell'intervento?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
La scelta non è stata compiuta	4	0	10	10
Solo dal medico	2	22	14	26
I suoi familiari con il medico	0	0	0	0
Lei insieme al medico	4	6	6	18
Lei, i familiari ed il medico	6	12	8	8
Non sa, non risponde	14	30	0	0

18C. Da quanto tempo è stato effettuato l'intervento?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Da un mese	2	4	2	4
Da sei mesi	2	4	2	6
Da un anno	2	2	6	4
Da più di un anno	0	4	2	14
Non è stato ancora effettuato	24	56	26	30
Non sa, non risponde	0	0	0	4

19C. Ha ricevuto adeguate informazioni sui rischi e le conseguenze dell'intervento?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	6	8	2	6
Abbastanza	8	14	16	14
Poco	0	4	0	8
Per niente	2	14	8	20
Nessun intervento	14	30	12	14
Non sa, non risponde	0	0	0	0

217

20C. Prova paura ad affrontare l'intervento chirurgico ed il dolore fisico che ne conseguirà?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	2	26	8	12
Abbastanza	6	8	8	10
Poco	12	16	6	10
Per niente	6	18	14	26
Non sa, non risponde	4	2	2	4

21C. Ha paura che l'intervento comporti una eventuale asportazione di una parte del suo corpo?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	8	20	8	18
Abbastanza	0	18	8	10
Poco	10	10	2	6
Per niente	8	18	18	24
Non sa, non risponde	4	4	2	4

22C. Le procura disagio pensare alla cicatrice che avrà dopo l'intervento?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	0	16	4	6
Abbastanza	2	10	4	6
Poco	6	12	0	12
Per niente	18	28	28	32
Non sa, non risponde	4	4	2	6

23C. Condivide le scelte fatte riguardo all'intervento?

218

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Sì	14	38	4	6
No	1	1	4	6
Nessun intervento	14	30	0	12
Non sa, non risponde	1	1	2	6

D) Informazioni sulla terapia

24D. Quale terapia sta facendo?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Chemioterapia	24	22	24	54
Radioterapia	4	10	4	1
Altro tipo	0	4	4	2
Nessuna	2	32	4	4
Non sa, non risponde	0	2	2	1

24D. Quale terapia sta facendo?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Una terapia	28	36	32	57
Nessuna terapia	2	32	4	4
Non sa, non risponde	0	2	2	1

25D. Da chi è stata compiuta la scelta della terapia?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Non è stata ancora compiuta	2	0	4	4
Solo dal medico	22	34	28	40
I suoi familiari con il medico	0	0	0	0
Lei insieme al medico	2	2	2	12
Lei i suoi familiari ed il medico	2	4	4	6
Non sa, non risponde	2	30	0	0

219

26D. Il medico le ha spiegato con chiarezza i benefici ma anche i disturbi che la terapia provoca?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Molto	6	10	2	13
Abbastanza	12	13	22	25
Poco	4	2	3	15
Per niente	6	13	3	5
Nessuna terapia	2	32	4	4
Non sa, non risponde	0	0	0	0

27D. Quando lei pratica la terapia cosa prova?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Dolore fisico				
Molto-Abbastanza	2	6	0	12
Poco-Per niente	10	12	6	6
Dolore psicologico				
Molto-Abbastanza	8	4	6	8
Poco-Per niente	0	4	6	0
Entrambi				
Molto-Abbastanza	5	12	0	18
Poco-Per niente	2	4	12	14

Nessuna terapia	2	32	4	4
Non sa, non risponde	0	0	0	0

28D. Condivide le scelte fatte per la terapia?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Sì	28	38	32	56
No	0	0	2	2
Nessuna terapia	2	32	4	4
Non sa, non risponde	0	0	0	0

220

29D. Come avrebbe preferito affrontare la sua malattia?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Con un intervento chirurgico	12	46	26	40
Con una lunga terapia	12	14	8	14
Lasciando che segua il suo corso	0	4	2	2
Non sa, non risponde	6	6	2	6

E) Informazioni sulla comunicazione utente-struttura

30E. Desidererebbe essere più informato sul suo stato di salute?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	18	28	16	38
Abbastanza	4	24	18	8
Poco	0	4	2	4
Per niente	6	12	2	12
Non sa, non risponde	2	2	0	0

31E. Giudica efficiente l'organizzazione di questo ospedale?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Molto	14	28	10	16
Abbastanza	14	28	20	40
Poco	0	6	8	4
Per niente	2	8	0	2
Non sa, non risponde	0	0	0	0

221

32E. Ritiene che il personale infermieristico di questo istituto s'impegni a stabilire un rapporto umano con lei?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Molto	6	24	12	42
Abbastanza	16	32	26	20
Poco	8	10	0	0
Per niente	0	0	0	0
Non sa, non risponde	0	4	0	0

33E. Lei riesce a stabilire un rapporto umano con gli infermieri di questo istituto?

	<i>IRE</i>		<i>FBF</i>	
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
Molto	10	24	10	28
Abbastanza	16	36	28	24
Poco	4	10	0	8
Per niente	0	0	0	2
Non sa, non risponde	0	0	0	0

34E. Gli infermieri di questo istituto, secondo lei, si occupano di più?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Solo della sua salute fisica				
Molto	2	10	6	4
Abbastanza	4	18	14	12
Poco	0	2	2	0
Per niente	0	0	0	0
Della sua salute fisica e psicologica				
Molto	10	8	2	18
Abbastanza	8	24	10	28
Poco	2	2	2	0
Per niente	2	2	2	0
Non sa, non risponde	2	4	0	0

222

35E. Con chi ritiene più facile parlare della sua condizione di malato?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Con i familiari	10	32	12	16
Con gli amici	4	2	2	6
Con gli altri malati	6	22	2	16
Con gli infermieri	0	0	0	0
Con i medici	10	8	18	14
Non sa, non risponde	0	6	4	10

36E. I medici di questo istituto, secondo lei, si occupano di più?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Solo della sua salute fisica				
Molto	10	20	6	6
Abbastanza	6	18	10	16
Poco	4	2	0	0
Per niente	0	2	0	0

Della sua salute fisica e psicologica

Molto	6	6	10	14
Abbastanza	2	16	10	13
Poco	2	2	2	0
Per niente	0	2	0	0
Non sa, non risponde	0	2	0	0

37E. Lei generalmente riesce a stabilire un dialogo, un rapporto con i medici?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	12	8	16	12
Abbastanza	12	30	20	40
Poco	4	24	2	10
Per niente	2	8	0	0
Non sa, non risponde	0	0	0	0

223

38E. Che tipo di rapporto ha con i medici di questo istituto? (in funzione del clima della struttura)

		IRE		FBF	
		M	F	M	F
COLLABORATIVO	{ Clima Aperto	10	14	22	32
	{ Clima Neutro	2	14	2	4
	{ Clima Chiuso	0	0	0	0
PASSIVO	{ Clima Aperto	10	16	12	18
	{ Clima Neutro	2	6	2	4
	{ Clima Chiuso	0	0	0	0
OPPOSITIVO	{ Clima Aperto	4	14	0	2
	{ Clima Neutro	0	0	0	0
	{ Clima Chiuso	0	2	0	0
Non sa, non risponde		2	4	0	2

F) Informazioni sul vissuto della malattia

39F. *La sua malattia le ha creato delle conseguenze nel rapporto con gli altri?*

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	2	10	2	10
Abbastanza	4	10	8	10
Poco	8	12	4	14
Per niente	16	36	24	26
Non sa, non risponde	0	2	0	2

224

40F. *In che modo ha reagito alla sua malattia?*

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Aprendosi con gli altri	8	24	2	12
Mantenendo gli stessi rapporti	20	28	20	28
Chiudendosi in sé	2	18	16	22
Non sa, non risponde	0	0	0	0

41F. *Il suo modo di vivere la malattia ha creato negli altri difficoltà di dialogo con lei?*

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	2	6	2	4
Abbastanza	4	14	6	14
Poco	6	6	2	4
Per niente	18	42	28	40
Non sa, non risponde	0	2	0	0

42F. Pensando alla sua malattia cerchi di definire le emozioni che prova scegliendo una sola parola per ciascuna delle seguenti coppie. (Differenziale semantico costituito da 12 coppie di emozioni opposte positive-negative, o neutre)

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Vissuto malattia				
Emozioni positive	22	54	30	48
Emozioni negative	0	8	2	4
Emozioni neutre	2	2	2	0
Non sa, non risponde	6	6	4	10

225

G) Informazioni sull'aspettativa della vita futura

43G. A causa della sua malattia ha rinunciato a qualcosa che per lei era importante?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Sì	20	36	20	40
No	8	34	18	22
Non sa, non risponde	2	0	0	0

44G. Uscendo dall'ospedale pensa che avrà delle difficoltà a continuare il suo lavoro?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	10	8	2	16
Abbastanza	2	12	12	18
Poco	2	12	6	14
Per niente	12	34	18	10
Non sa, non risponde	4	4	0	4

45G. Pensando alla sua vita futura cerchi di definire le emozioni che prova scegliendo una sola parola per ciascuna delle seguenti coppie. (Differenziale semantico costituito da 12 coppie di emozioni opposte positive-negative, o neutre)

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Vita futura				
Emozioni positive	26	62	32	56
Emozioni negative	0	2	0	0
Emozioni neutre	0	2	0	0
Non sa, non risponde	4	4	6	6

226

46G. Per la sua vita futura cosa è più importante?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Vivere di più	6	8	8	16
Vivere bene	22	62	30	46
Non sa, non risponde	2	0	0	0

H) Informazioni sui valori etici

47H. Il problema della morte lei pensa sia meglio...?

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Evitare di affrontarlo	8	18	8	6
Affrontarlo con rassegnazione	12	24	12	10
Affrontarlo con coraggio	10	28	18	46
Non sa, non risponde	0	0	0	0

48H. *Quale fede secondo lei può aiutare ad affrontare meglio il problema della morte?*

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Nessuna fede	4	2	2	2
Fede religiosa	8	44	18	48
Fede nella scienza	4	4	18	10
Non sa, non risponde	14	20	0	2

227

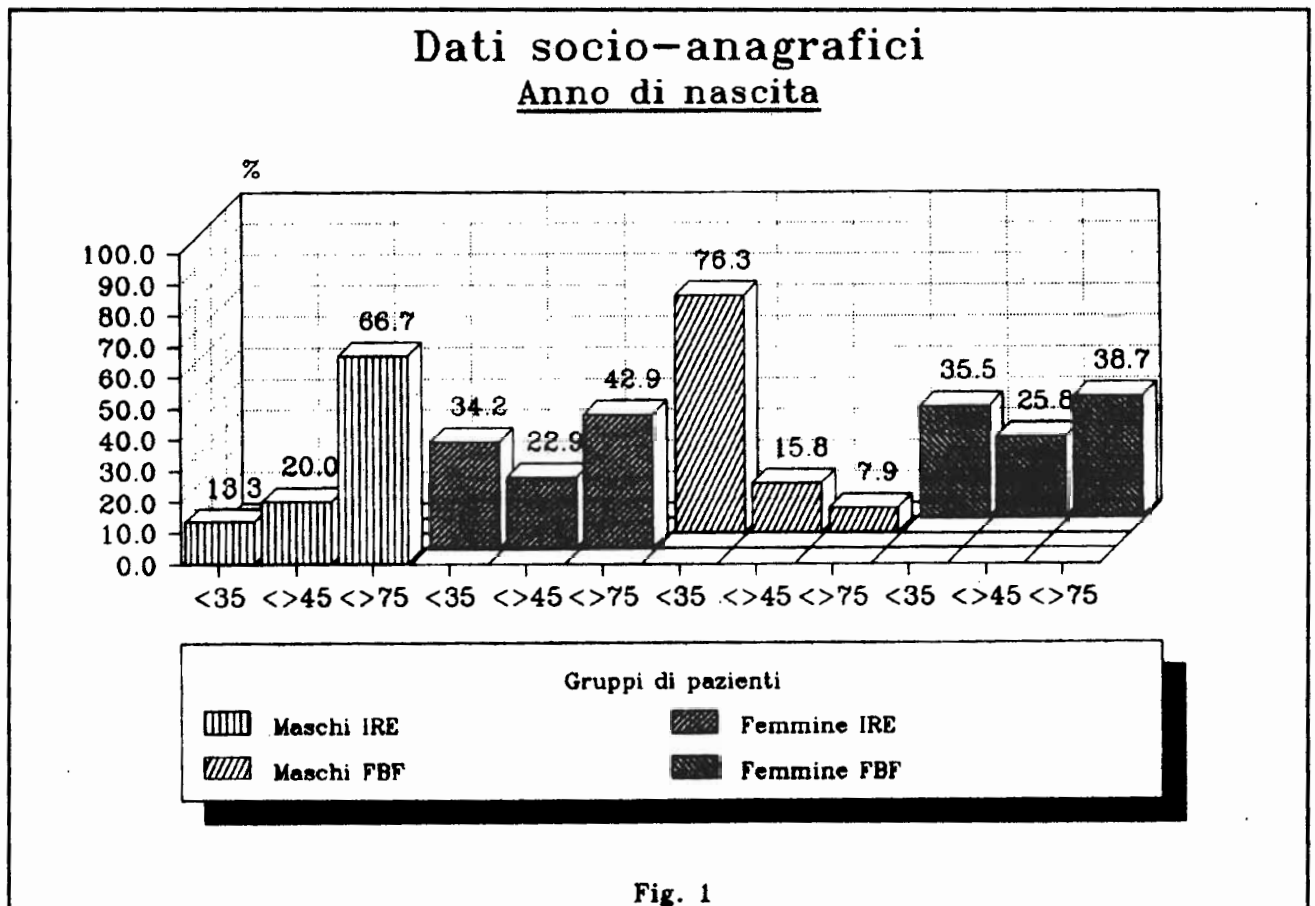
49H. *Quali sono i valori al centro della sua vita? (Ne sono indicati quattro per il concetto di avere: successo, denaro, potere e bellezza; e quattro per il concetto di essere: libertà, onestà, salute ed amore. Si riporta il concetto prevalente)*

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Avere	0	4	0	2
Essere	24	66	38	58
Non sa, non risponde	6	0	0	0

I) Informazioni sul questionario

50I. *Ha trovato delle difficoltà a rispondere al questionario?*

	IRE		FBF	
	M	F	M	F
Molto	0	4	2	0
Abbastanza	4	2	2	2
Poco	10	26	8	16
Per niente	16	38	26	42
Non sa, non risponde	0	0	0	2

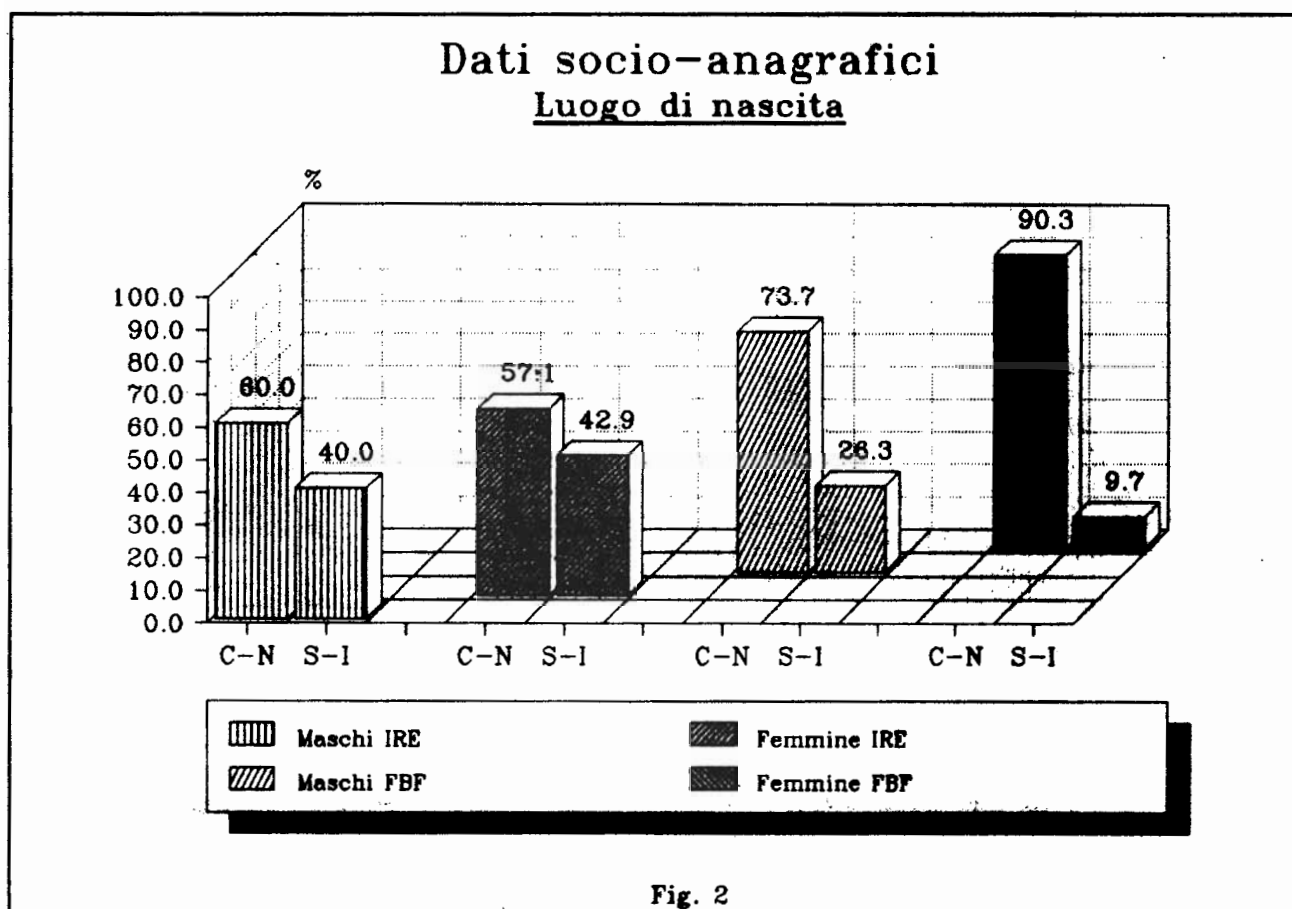


Tab. 1. Anno di nascita

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
≤ 1935	13.3	34.3	76.3	35.5
1936-1945	20.0	22.9	15.8	25.8
1946-1975	66.7	42.9	7.9	38.7
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 1a. Chi quadrato

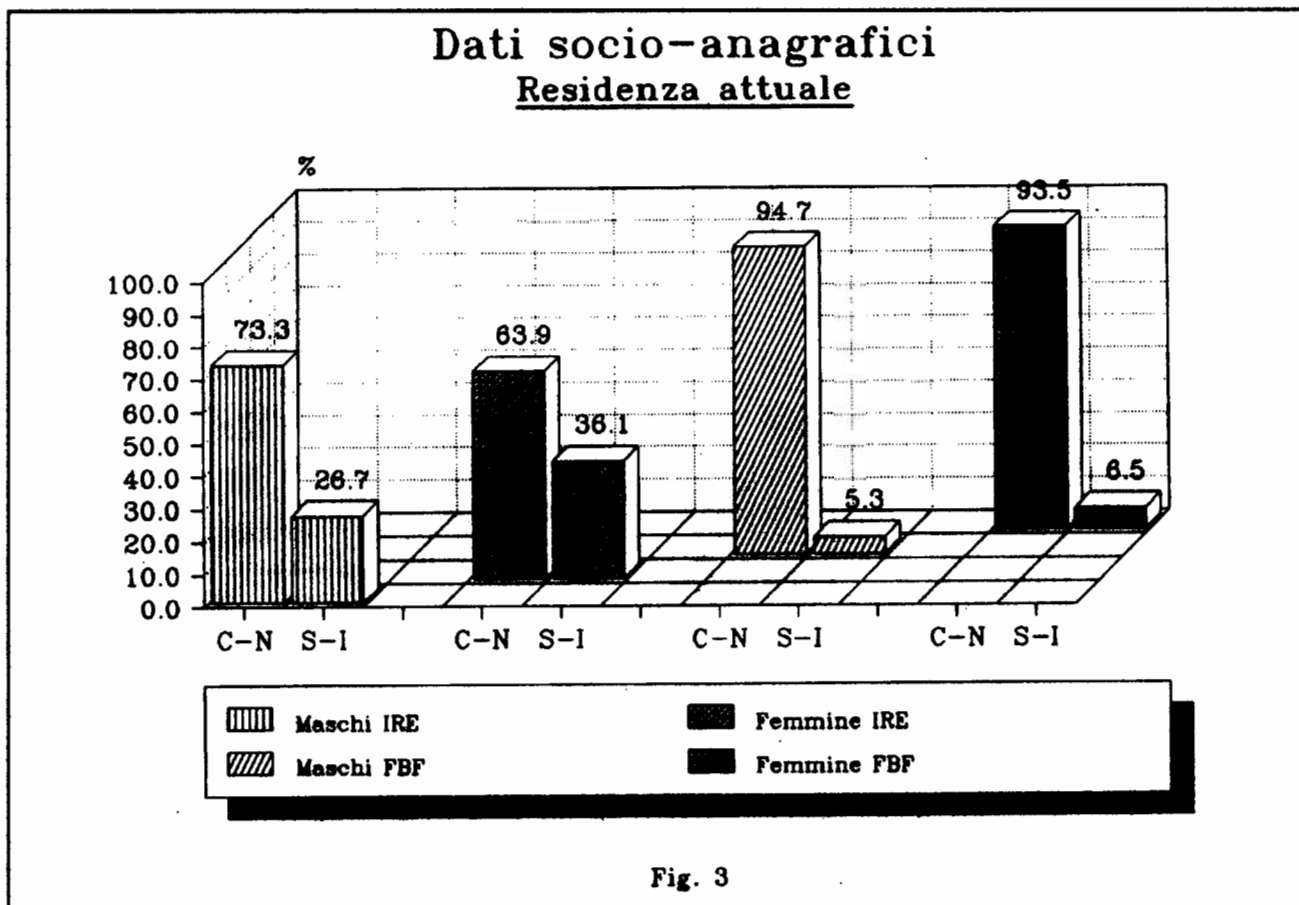
Confronti:		Chi quadrato	DF	p
(IRE)	M vs F	5.75	2	n.s.
(FBF)	M vs F	17.06	2	0.000
(IRE/FBF)	M vs M	30.99	2	0.000
(IRE/FBF)	F vs F	0.27	2	n.s.

Tab. 2. *Luogo di nascita*

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Centro-Nord	60.0	57.1	73.7	90.3
Sud-Isole	40.0	42.9	26.3	9.7
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 2a. *Chi quadrato e Test esatto di Fisher*

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.00	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	3.69	1	0.055	0.029
(IRE/FBF) M vs M	0.88	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	16.61	1	0.000	0.000



Tab. 3. Residenza attuale

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Centro-Nord	73.3	63.9	94.7	93.5
Sud-Isole	26.7	36.1	5.3	6.5
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 3a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.48	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	0.04	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	4.54	1	0.034	0.016
(IRE/FBF) F vs F	15.20	1	0.000	0.000

Dati socio-anagrafici
Stato civile

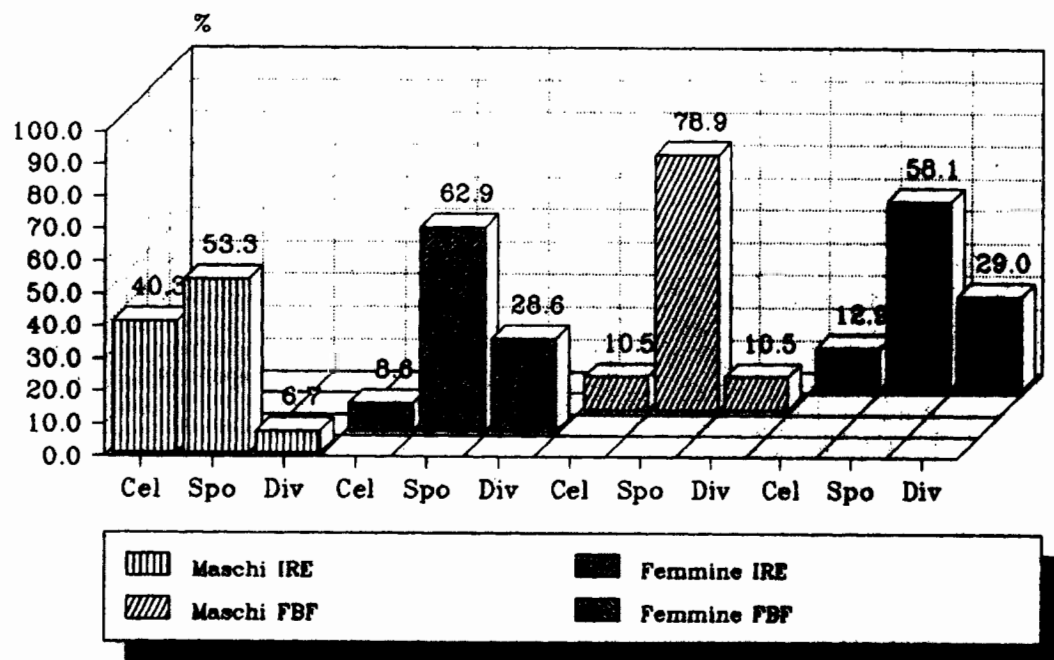


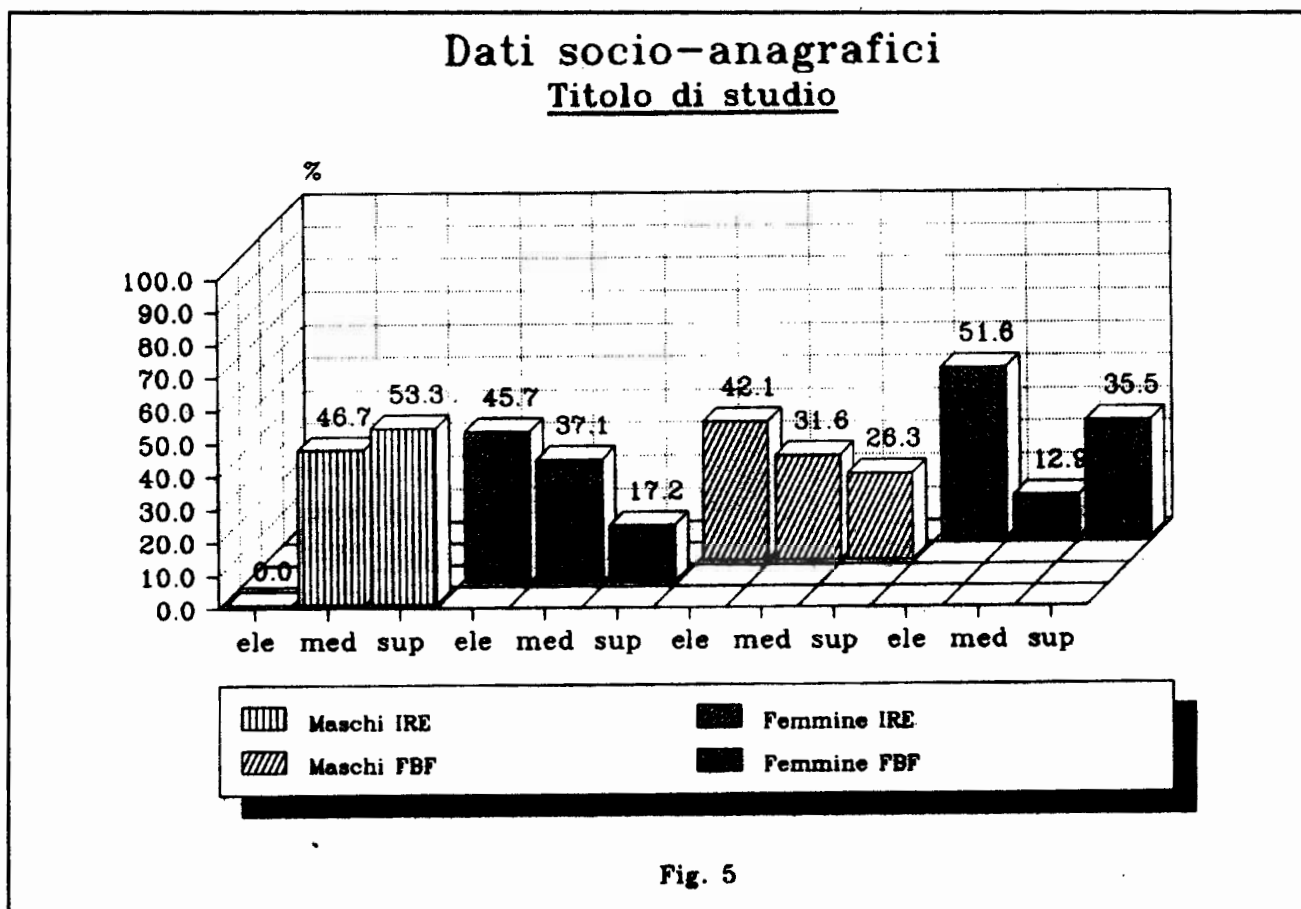
Fig. 4

Tab. 4. Stato civile

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Celibi/Nubili	40.0	8.6	10.6	12.9
Sposati	53.3	62.9	78.9	58.1
Divorziati/Separati	6.7	28.6	10.5	29.0
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 4a. Chi quadrato

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	
(IRE)	M vs F	16.42	2	0.000
(FBF)	M vs F	5.34	2	0.070
(IRE/FBF)	M vs M	8.10	2	0.018
(IRE/FBF)	F vs F	0.71	2	n.s.

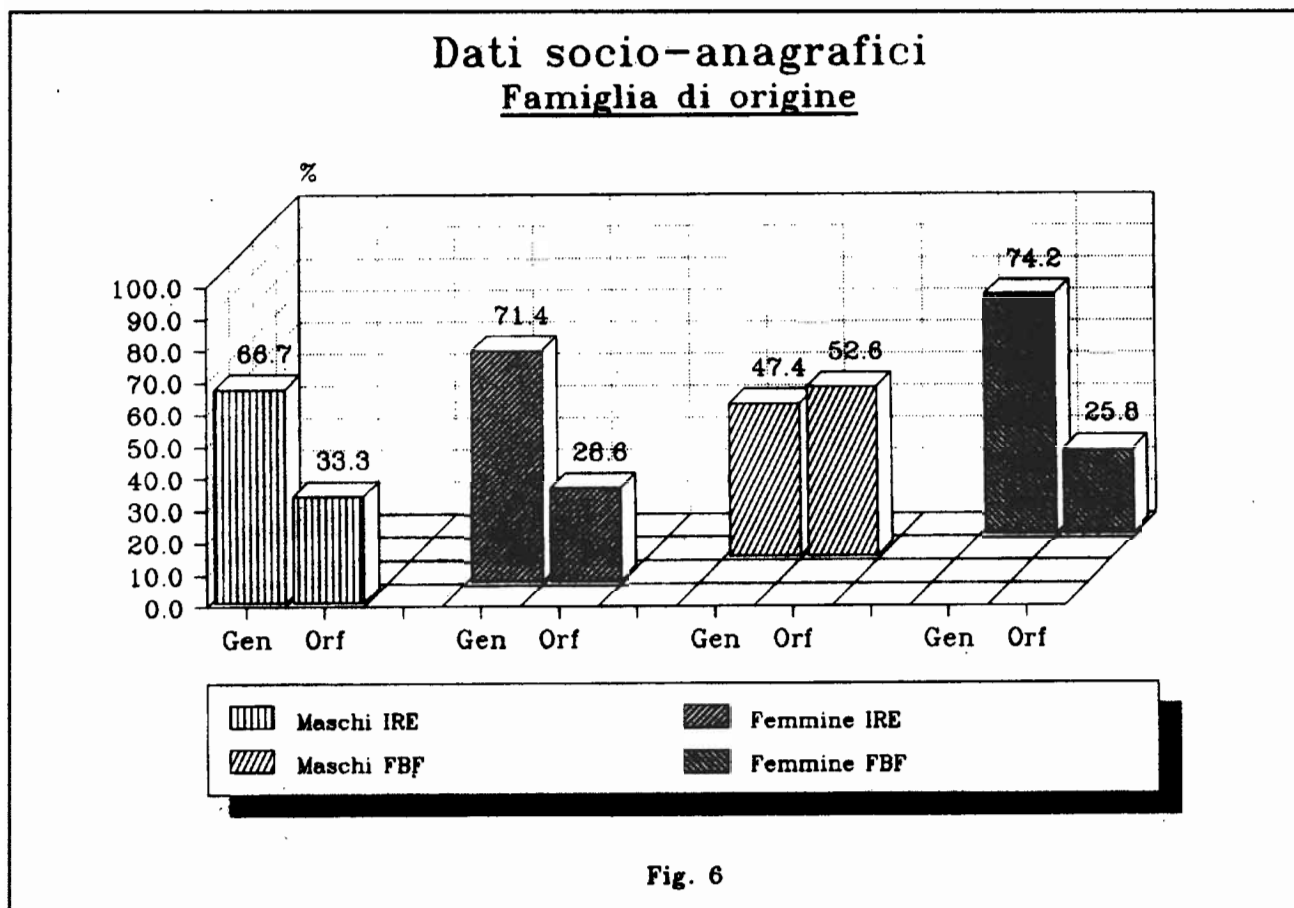


Tab. 5. Titolo di studio

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Nessuno-Elementare	0	45.7	42.1	51.6
Media inferiore	46.7	37.1	31.6	12.9
Media superiore-Laurea	53.3	17.2	26.3	35.5
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 5a. Chi quadrato

Confronti:	Chi quadrato	DF	p
(IRE)	M vs F 24.01	2	0.000
(FBF)	M vs F 5.17	2	n.s.
(IRE/FBF)	M vs M 16.83	2	0.000
(IRE/FBF)	F vs F 12.03	2	0.003

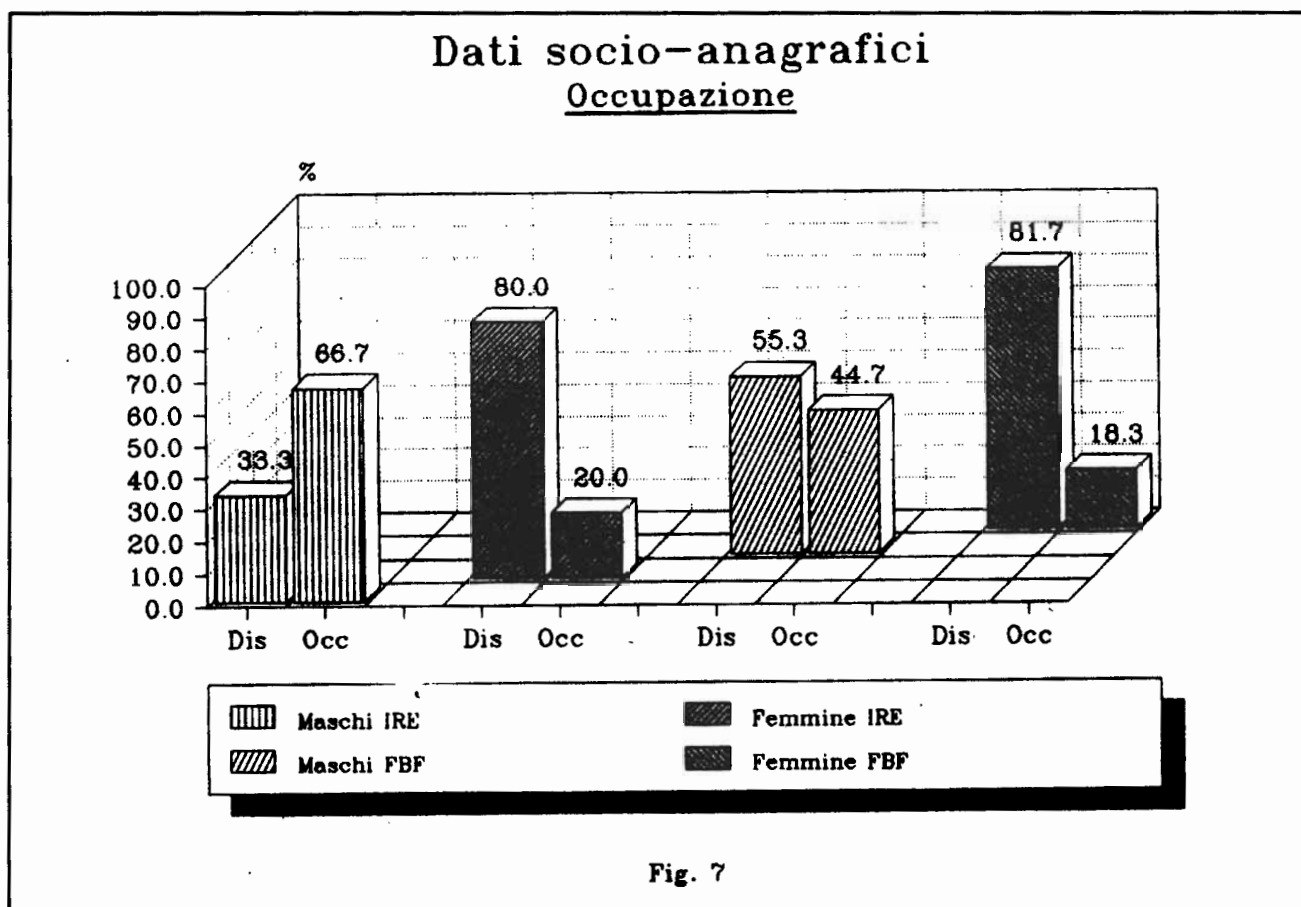


Tab. 6. Famiglia di origine

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Con entrambi i genitori	66.7	71.4	47.4	74.2
Orfano di 1 o 2 genitori	33.3	28.6	52.6	25.8
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 6a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.06	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	6.24	1	0.013	0.006
(IRE/FBF) M vs M	1.81	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	0.03	1	n.s.	n.s.

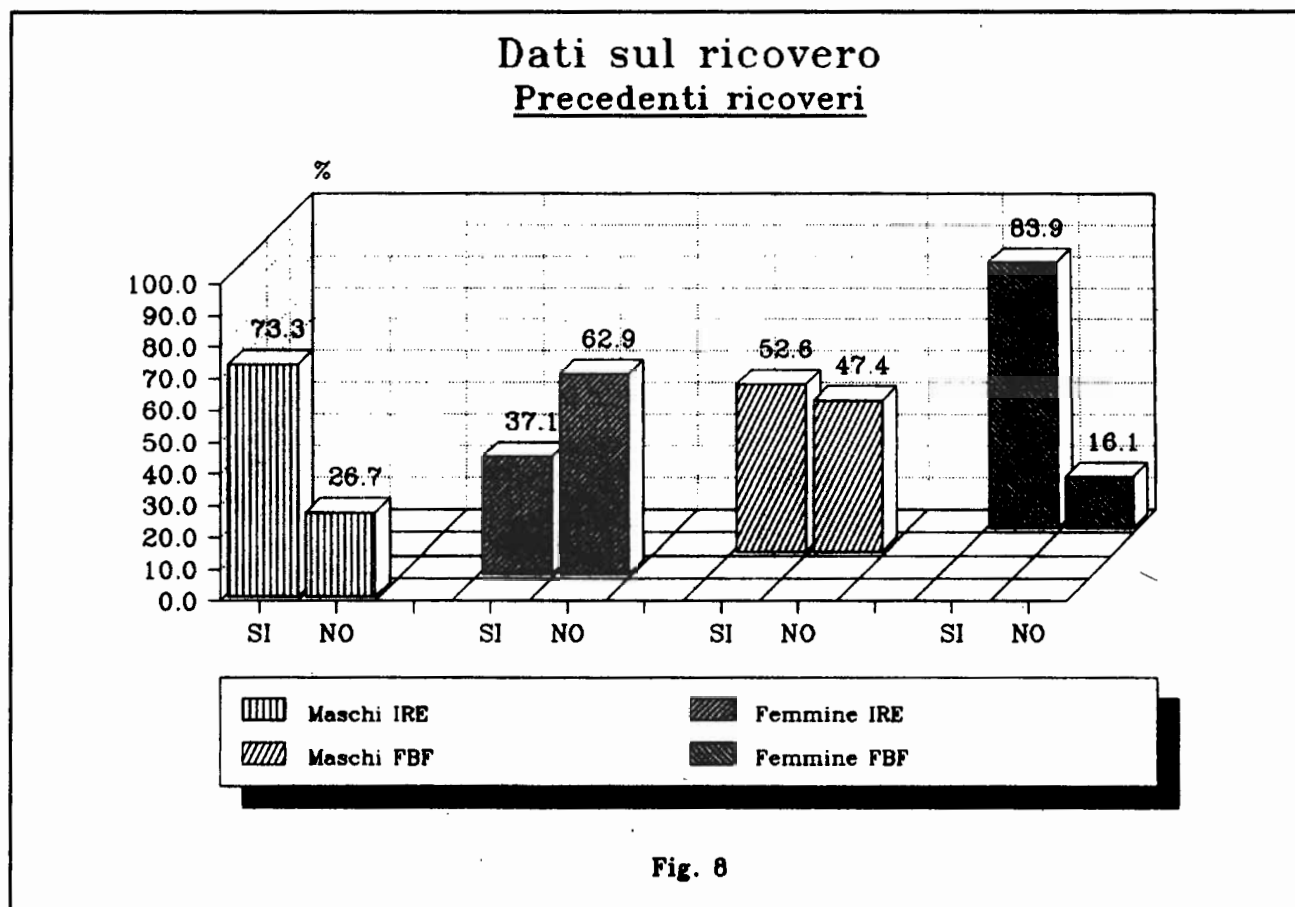


Tab. 7. Occupazione

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Disoccupati	33.3	80.0	55.3	81.7
Occupati	66.7	20.0	44.7	18.3
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 7a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	18.35	1	0.000	0.000
(FBF) M vs F	6.71	1	0.010	0.005
(IRE/FBF) M vs M	2.43	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	0.00	1	n.s.	n.s.

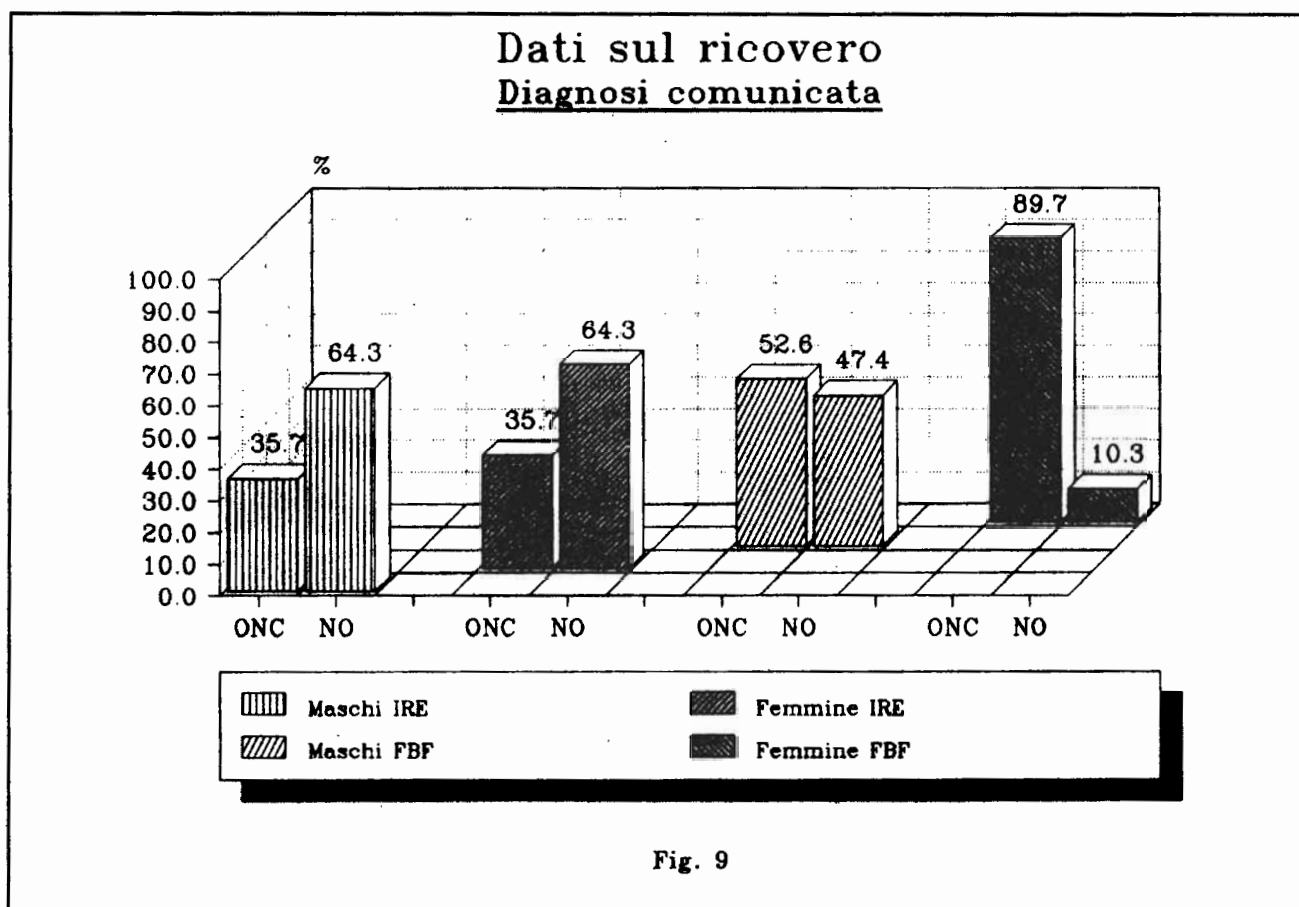


Tab. 8. Precedenti ricoveri

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Si	73.3	37.1	52.6	83.9
No	26.7	62.9	47.4	16.1
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 8a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	9.62	1	0.002	0.001
(FBF) M vs F	9.91	1	0.002	0.001
(IRE/FBF) M vs M	2.23	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	27.80	1	0.000	0.000

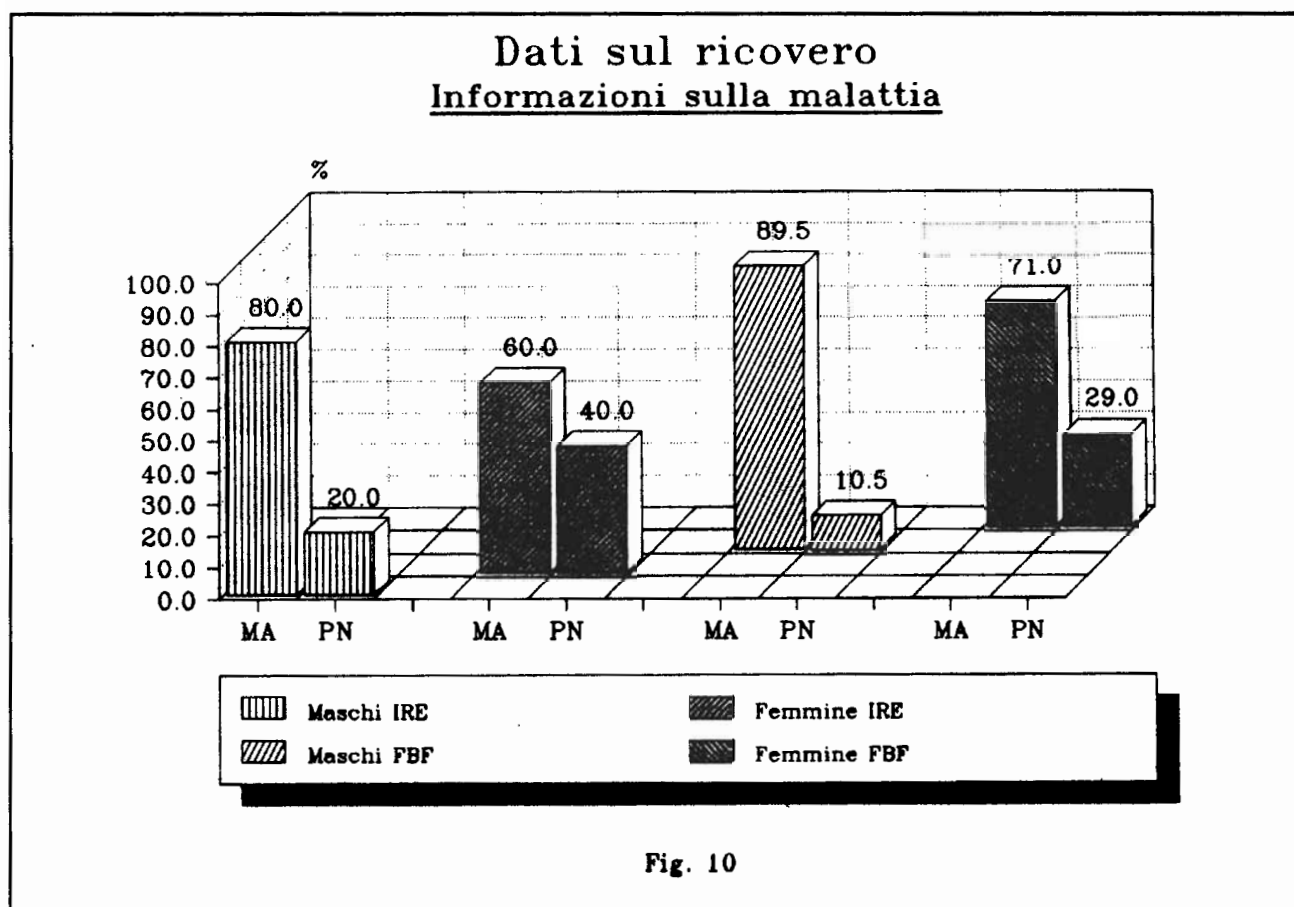


Tab. 9. Diagnosi comunicata

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Diagnosi di tumore	35.7	35.7	52.6	89.7
Altra patologia	64.3	64.3	47.4	10.3
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 9a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.06	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	14.87	1	0.000	0.000
(IRE/FBF) M vs M	1.24	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	33.35	1	0.000	0.000

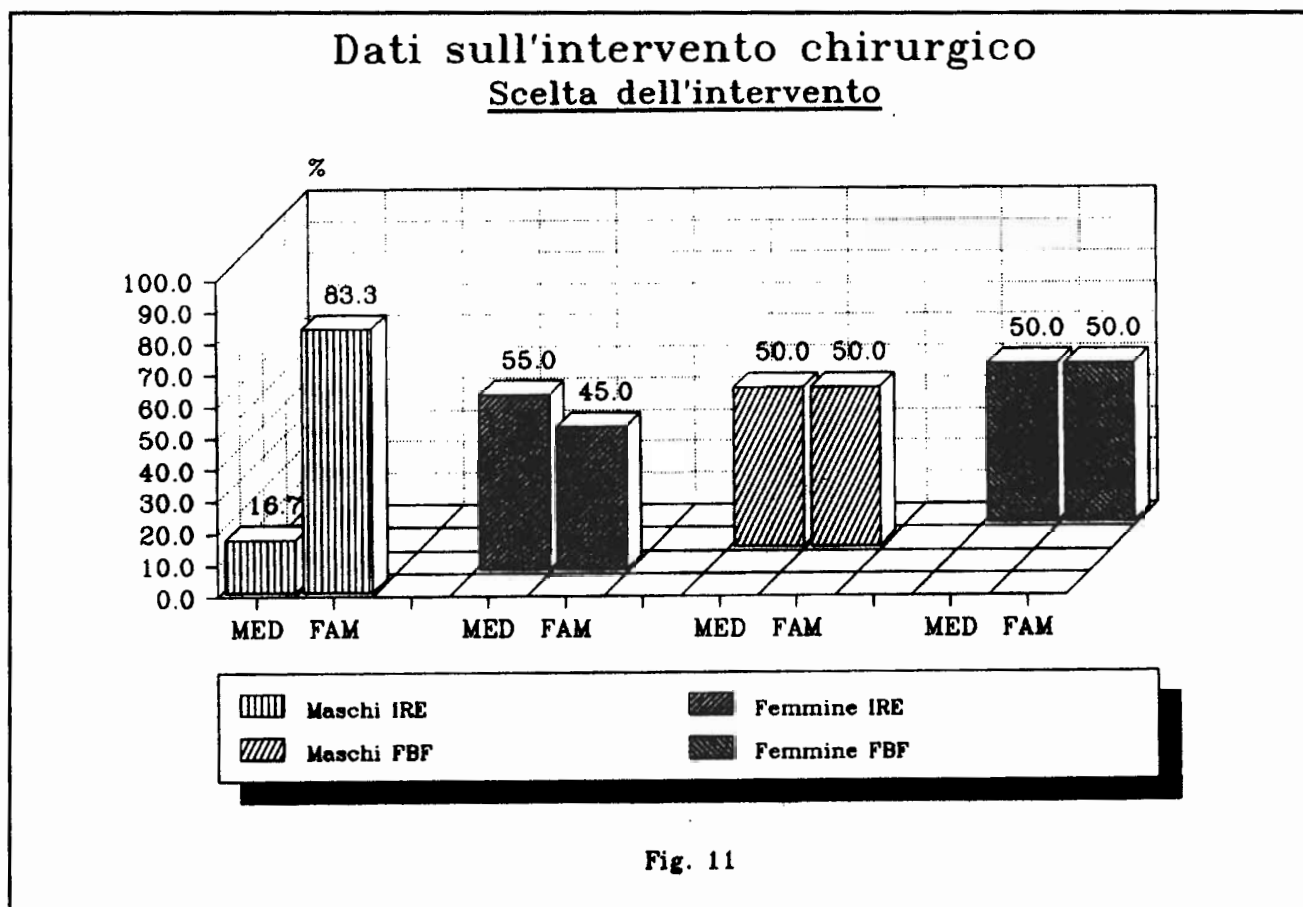


Tab. 10. Informazioni sulla malattia

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	80.0	60.0	89.5	71.0
Poco/Per niente	20.0	40.0	10.5	29.0
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 10a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	3.76	1	0.053	0.025
(FBF) M vs F	3.69	1	0.055	0.025
(IRE/FBF) M vs M	0.71	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	1.29	1	n.s.	n.s.

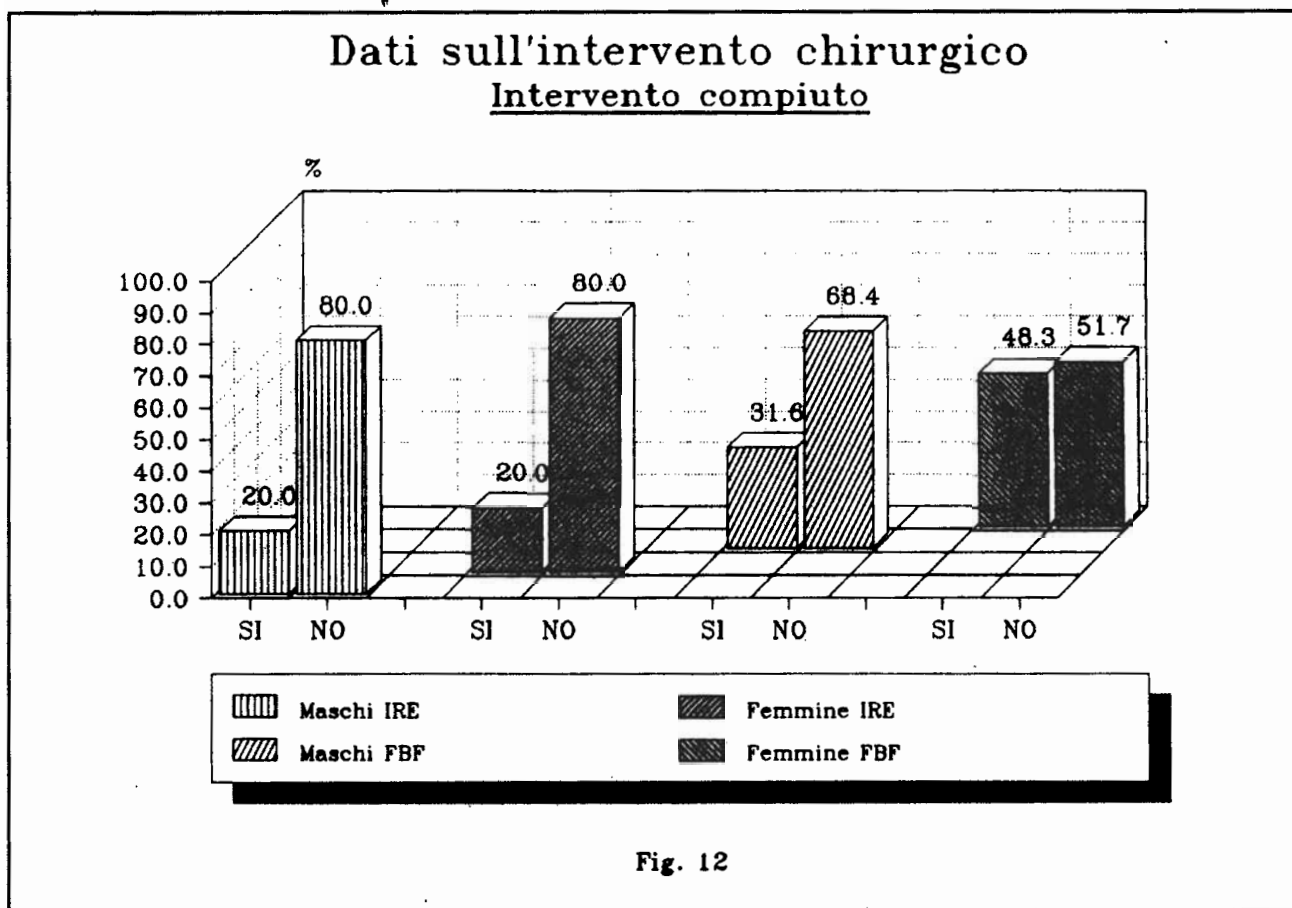


Tab. 11. Scelta dell'intervento chirurgico

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Il medico da solo	16.7	55.0	50.0	50.0
Il medico con lei e famiglia	83.3	45.0	50.0	50.0
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 12a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	4.02	1	0.045	0.020
(FBF) M vs F	0.00	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	3.89	1	0.050	0.025
(IRE/FBF) F vs F	0.23	1	n.s.	n.s.

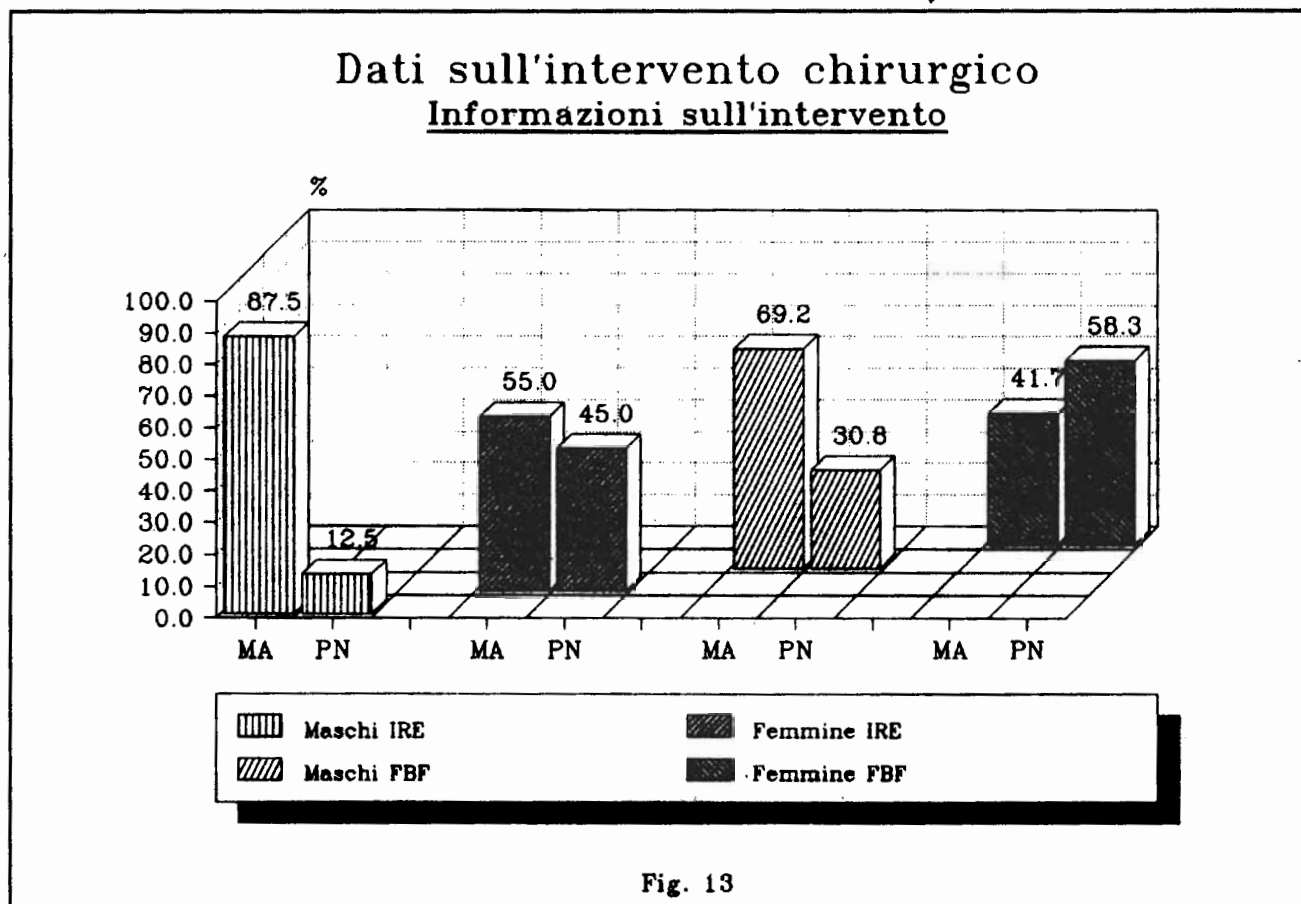


Tab. 12. Intervento compiuto

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Si	20.0	20.0	31.6	48.3
No	80.0	80.0	68.4	51.7
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 12a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.07	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	1.99	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	0.64	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	10.26	1	0.001	0.001

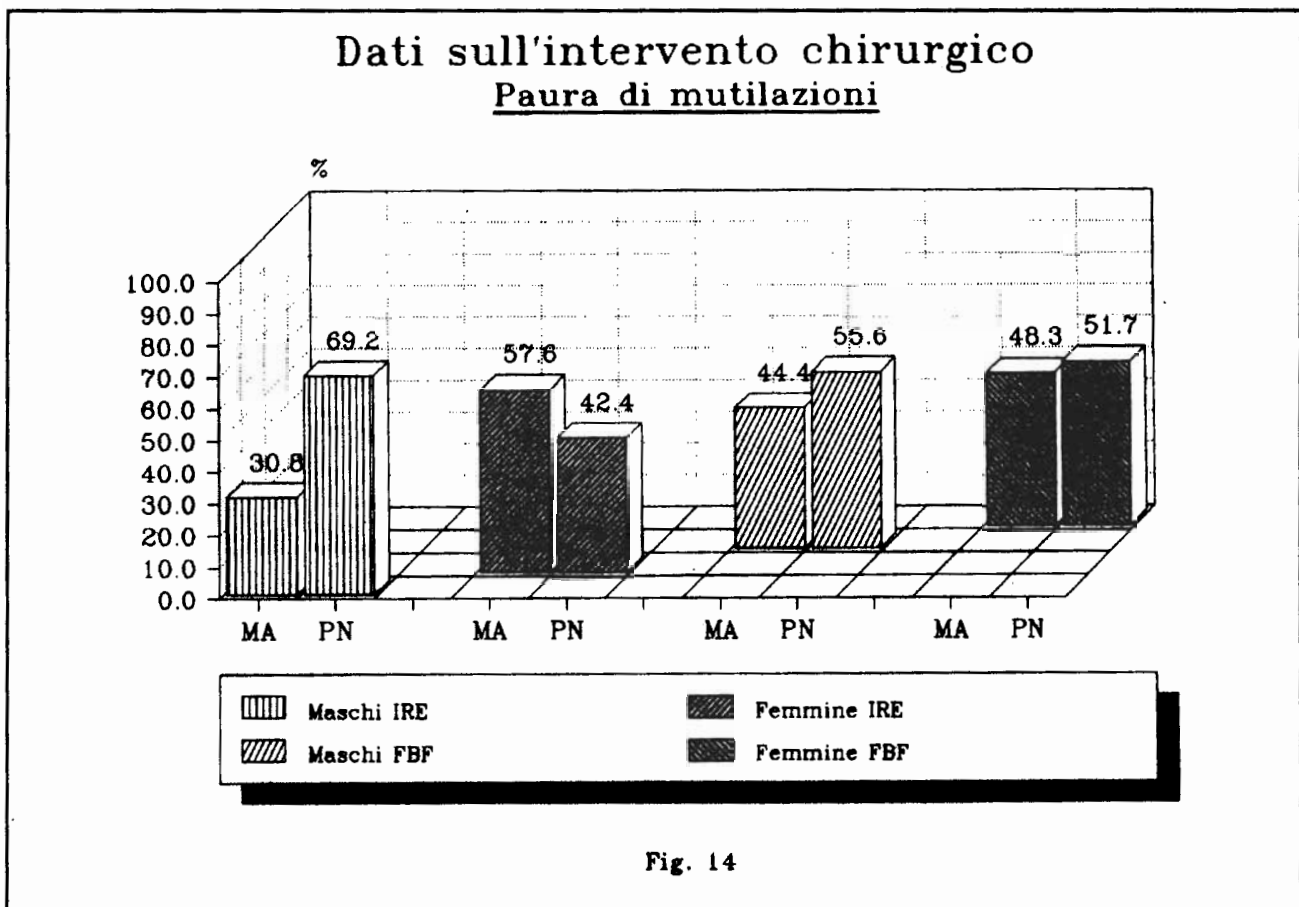


Tab. 13. Informazioni sull'intervento

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	87.5	55.0	69.2	41.7
Poco/per Niente	12.5	45.0	30.8	58.3
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 13a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	3.94	1	0.048	0.020
(FBF) M vs F	4.09	1	0.044	0.021
(IRE/FBF) M vs M	0.95	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	1.07	1	n.s.	n.s.

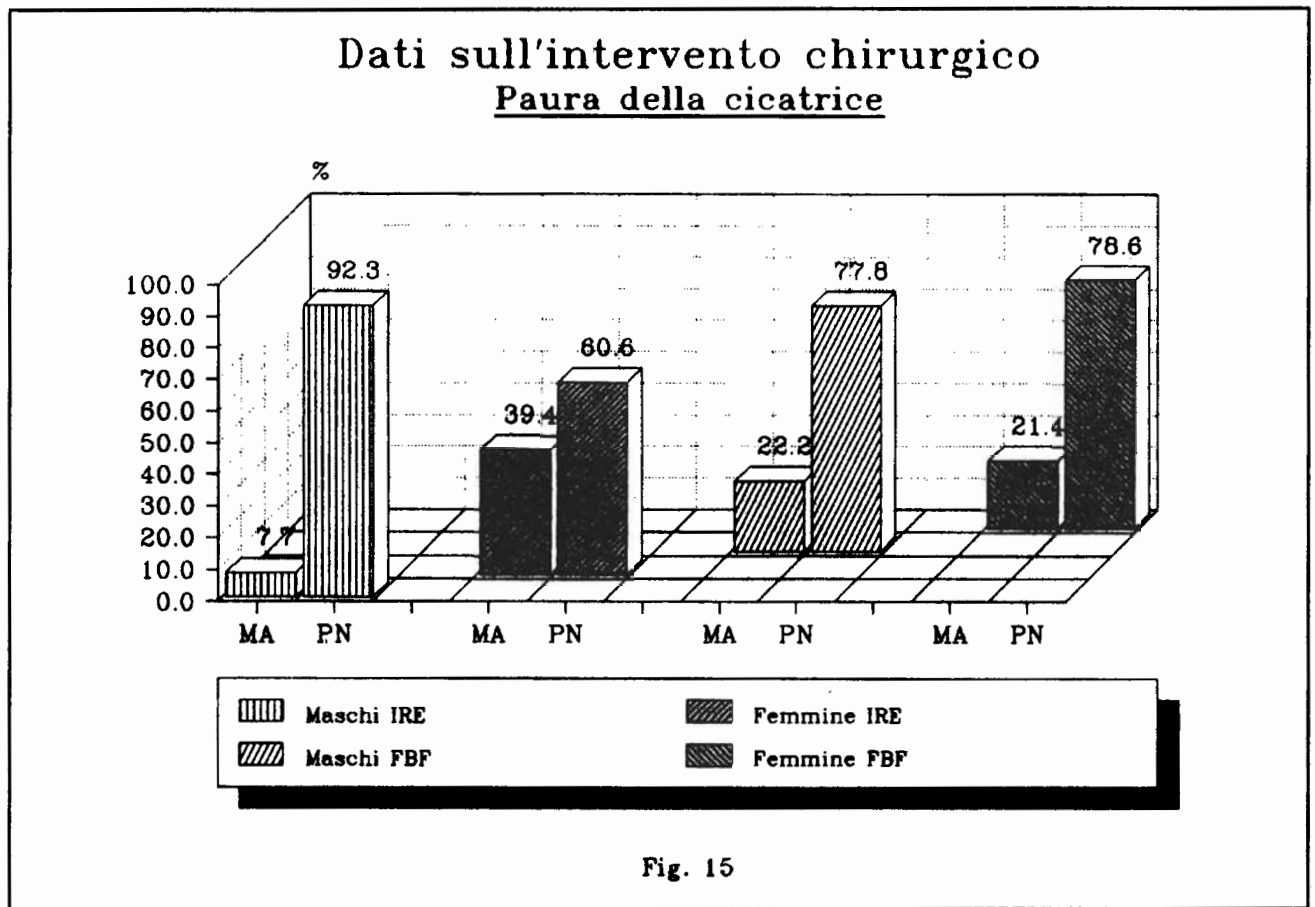


Tab. 14. *Paura di mutilazioni*

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	30.8	57.6	44.4	48.3
Poco/per Niente	69.2	42.4	55.6	51.7
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 14a. *Chi quadrato e Test esatto di Fisher*

Confronti:	Chi quadrato	DF	P	Test di Fisher
(IRE) M vs F	4.34	1	0.038	0.018
(FBF) M vs F	0.02	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	0.68	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	0.73	1	n.s.	n.s.

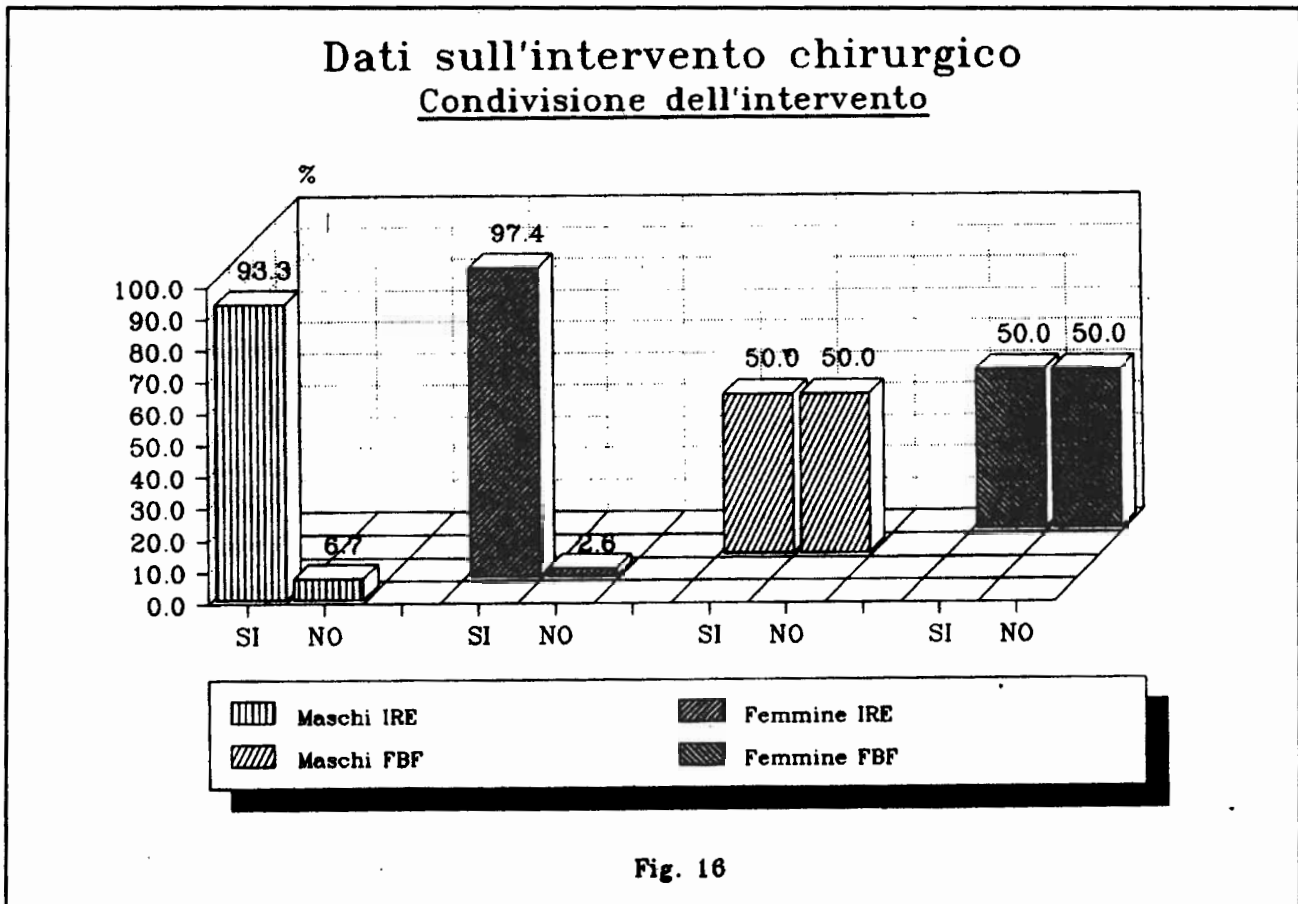


Tab. 15. Paura della cicatrice

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	7.7	39.4	22.2	21.4
Poco/per Niente	92.3	60.6	77.8	78.6
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 15a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	7.42	1	0.007	0.003
(FBF) M vs F	0.03	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	1.40	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	3.76	1	0.053	0.026

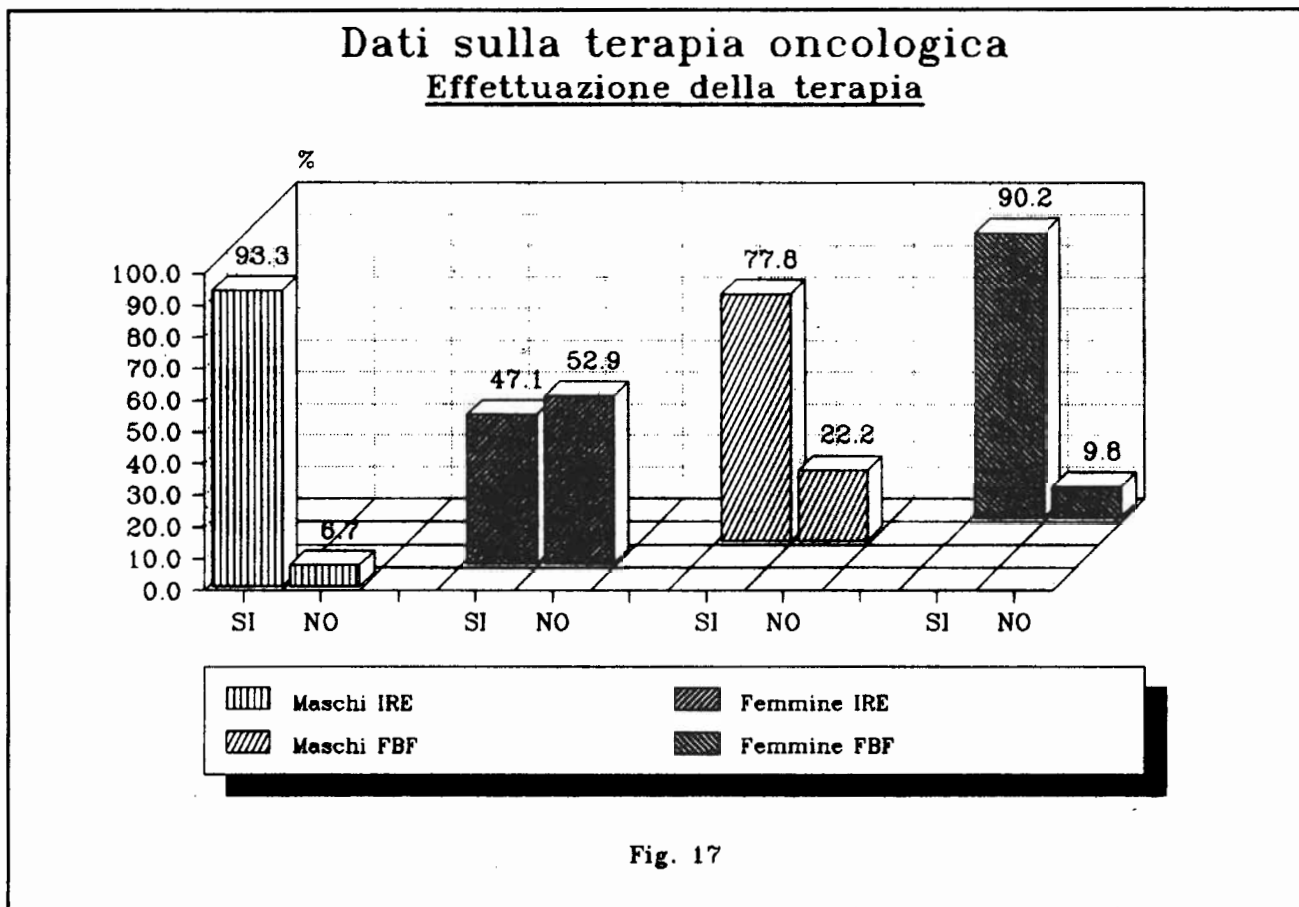


Tab. 16. Condivisione dell'intervento

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Sì	93.3	97.4	50.0	50.0
No	6.7	2.6	50.0	50.0
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 16a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.01	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	0.21	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	3.49	1	0.062	0.033
(IRE/FBF) F vs F	13.66	1	0.000	0.000

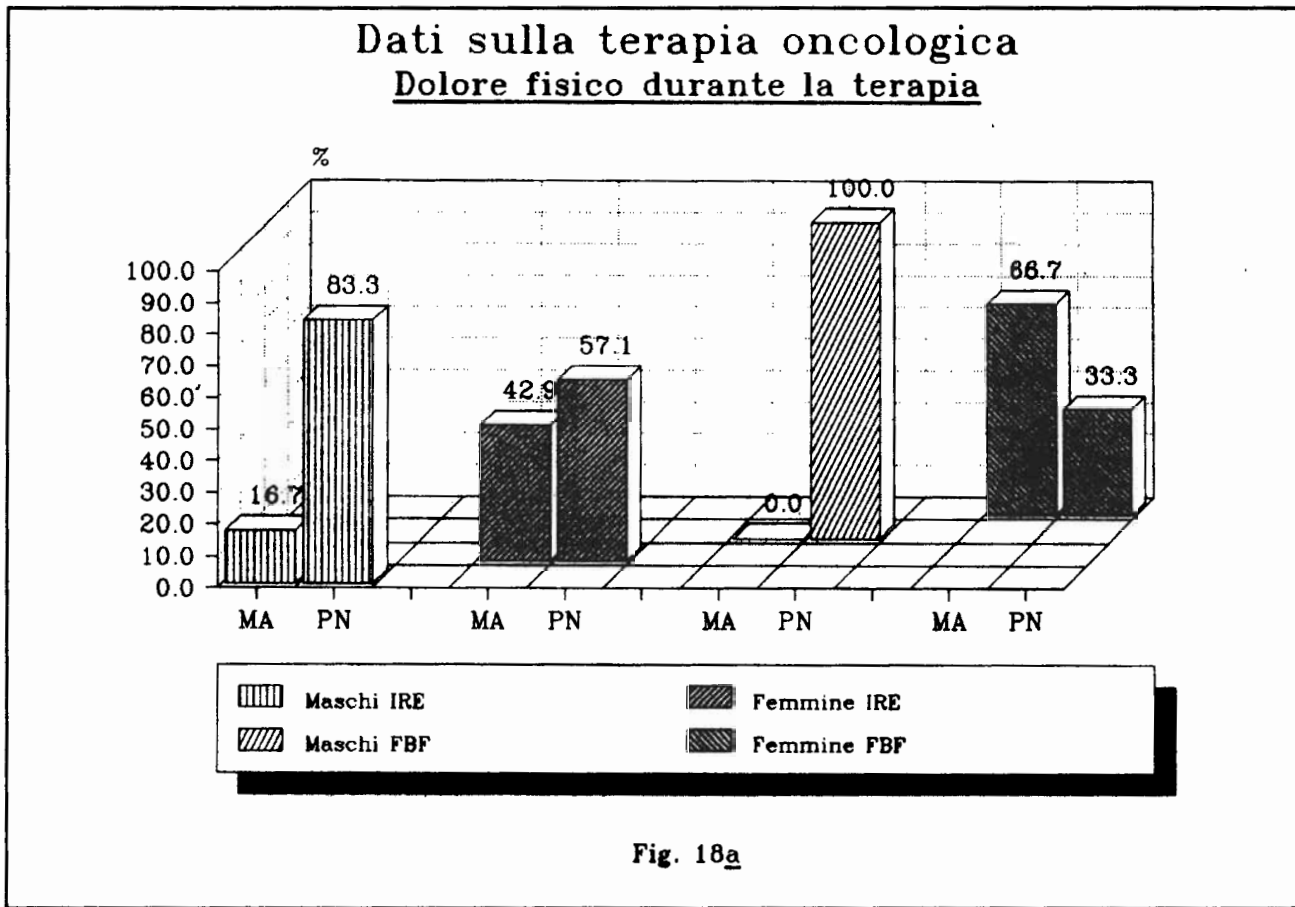


Tab. 17. Effettuazione della terapia

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Terapia oncologica	93.3	47.1	77.8	90.2
Nessuna/altro tipo	6.7	52.9	22.2	9.8
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 17a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	16.88	1	0.000	0.000
(FBF) M vs F	1.90	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	1.99	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	25.28	1	0.000	0.000

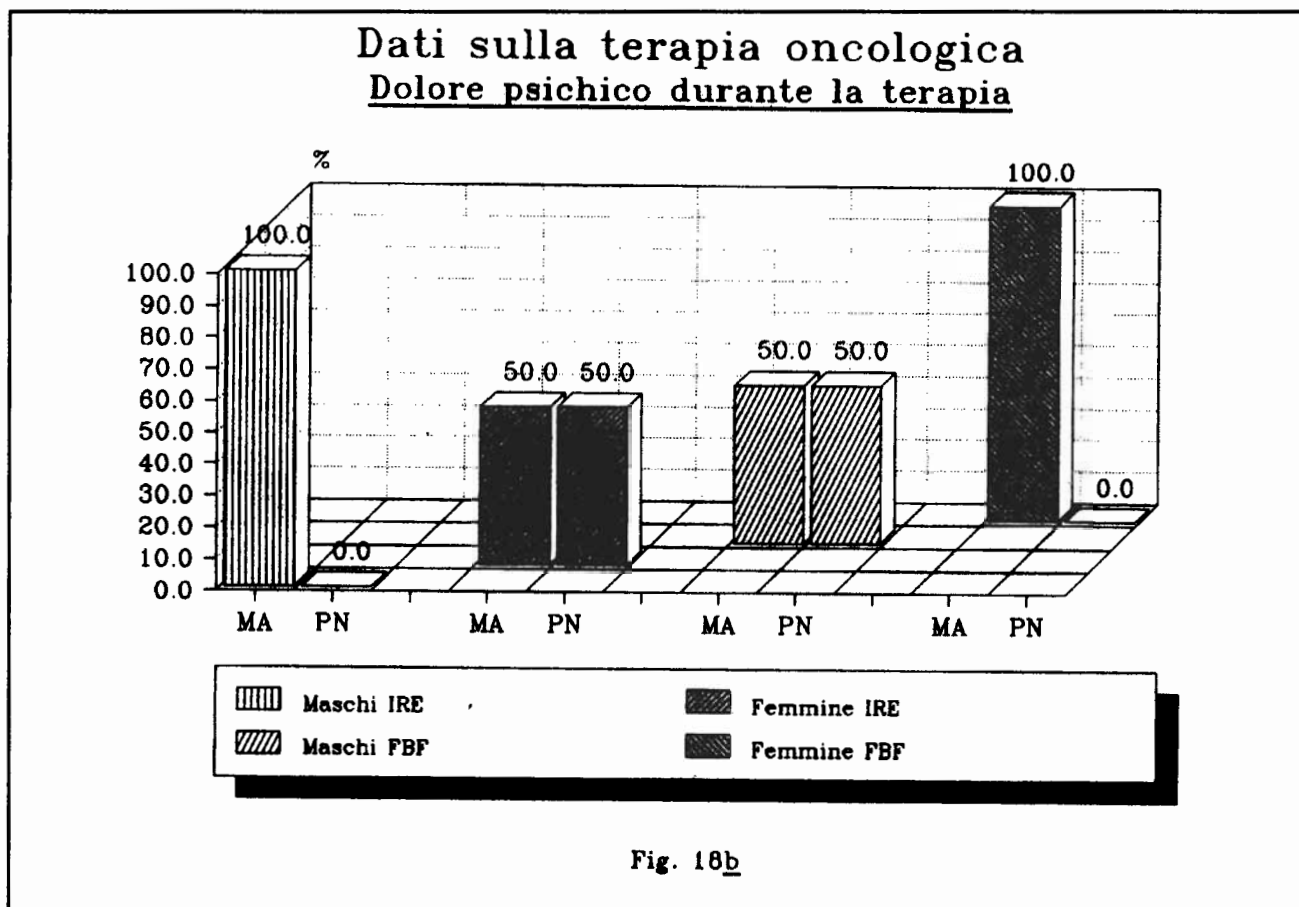


Tab. 18. Dolore fisico durante la terapia oncologica

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	16.7	57.1	0.0	66.7
Poco/per Niente	83.3	42.9	100.0	33.3
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 18a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.35	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	5.56	1	0.001	0.007
(IRE/FBF) M vs M	0.90	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	2.78	1	n.s.	n.s.

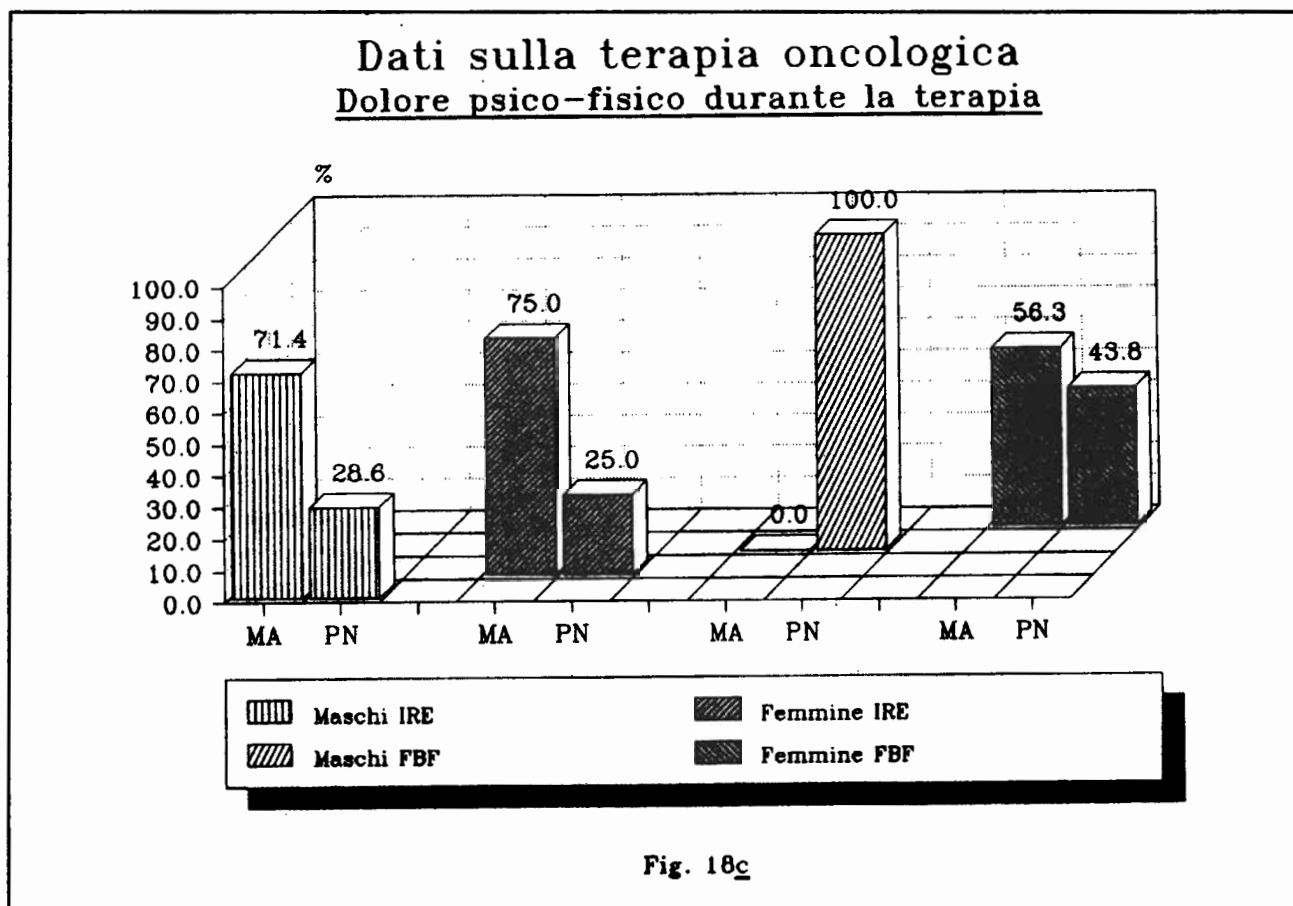


Tab. 18b. Dolore psichico durante la terapia oncologica

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	100.0	50.0	50.0	100.0
Poco/per Niente	0.0	50.0	50.0	0.0
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 18b. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	3.00	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	3.58	1	0.059	0.024
(IRE/FBF) M vs M	3.58	1	0.059	0.024
(IRE/FBF) F vs F	3.00	1	n.s.	n.s.

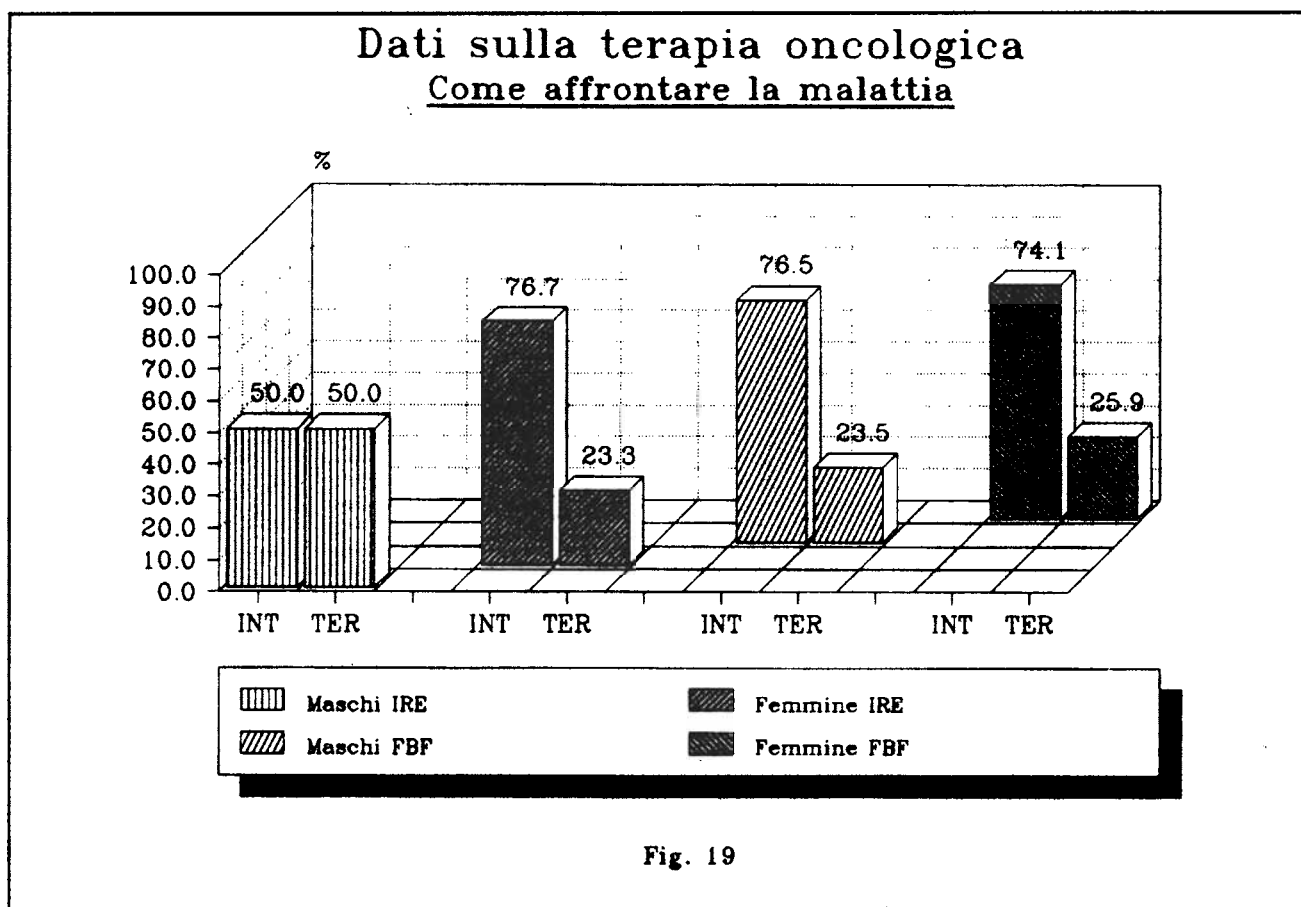


Tab. 18c. Dolore psico-fisico durante la terapia oncologica

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	71.4	25.0	0.0	56.3
Poco/per Niente	28.6	75.0	100.0	43.8
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 18c. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.11	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	9.21	1	0.003	0.000
(IRE/FBF) M vs M	8.24	1	0.004	0.002
(IRE/FBF) F vs F	0.90	1	n.s.	n.s.

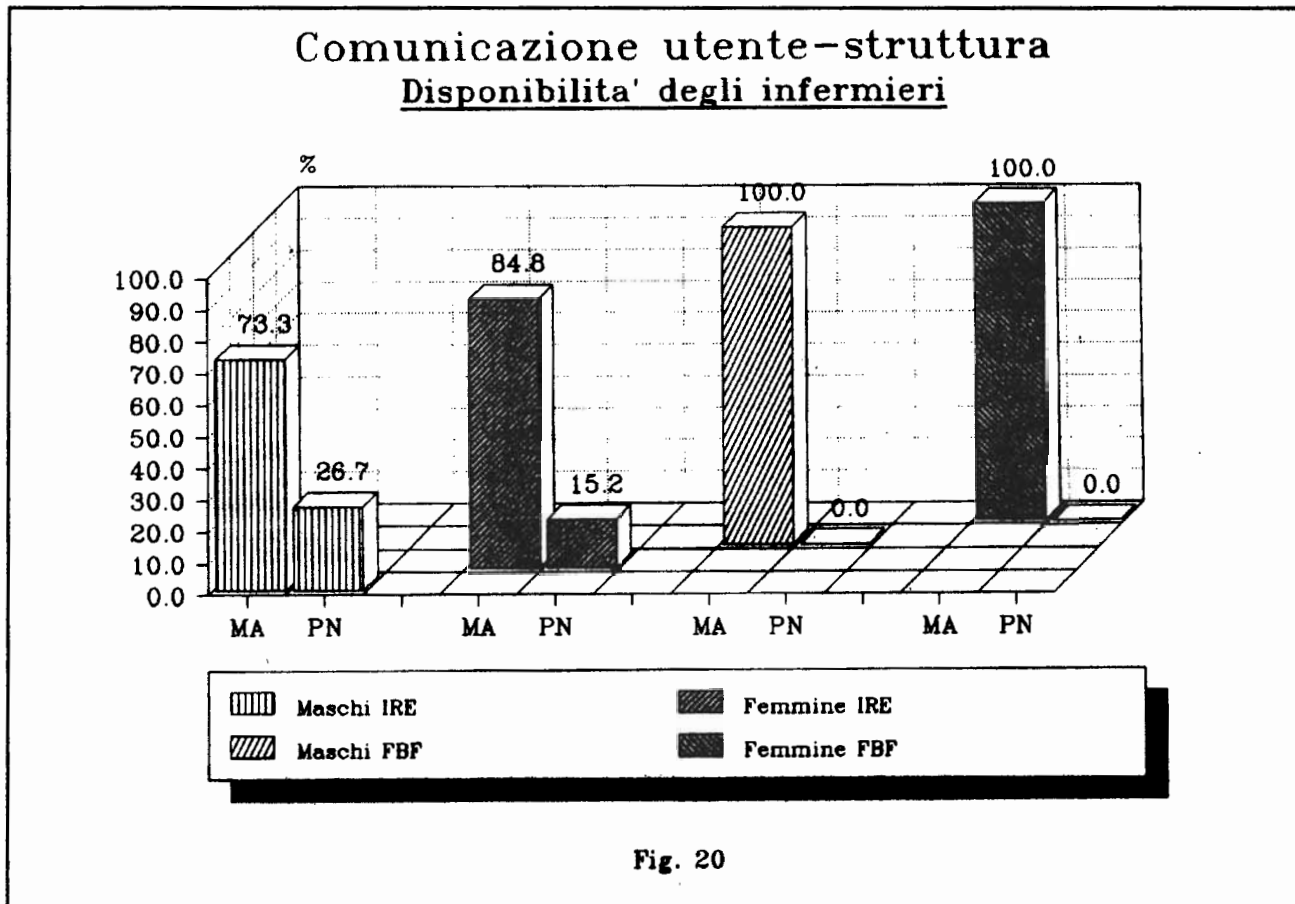


Tab. 19. Come avrebbe preferito affrontare la malattia

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Con un Intervento	50.0	76.7	76.5	74.1
Con una lunga Terapia	50.0	23.3	23.5	25.9
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 19a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	4.52	1	0.034	0.018
(FBF) M vs F	0.04	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	3.36	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	0.05	1	n.s.	n.s.

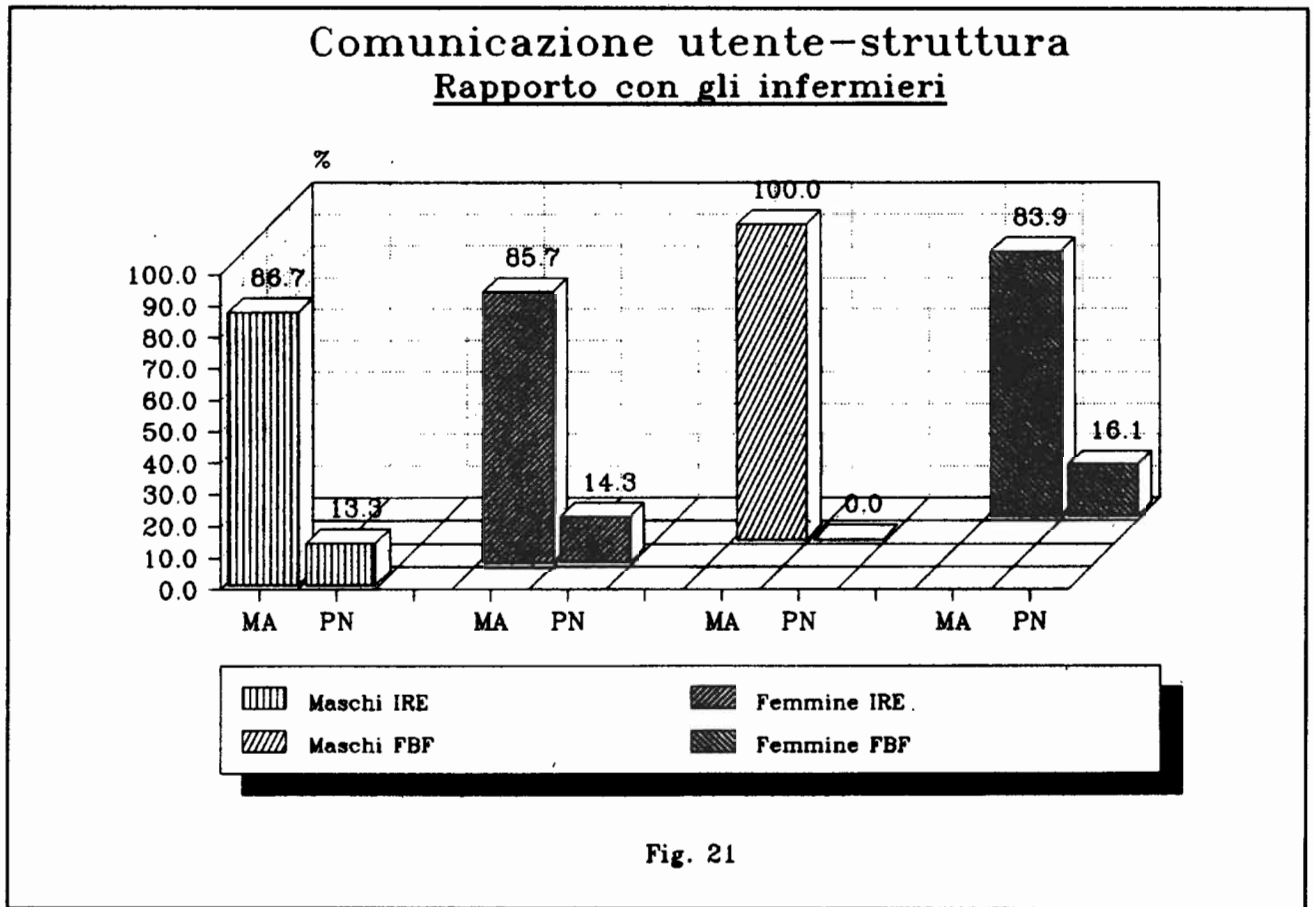


Tab. 20. Disponibilita' degli infermieri al rapporto umano

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	73.3	84.8	100.0	100.0
Poco/per Niente	26.7	15.2	0.0	0.0
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 20a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.82	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	0.00	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	9.06	1	0.003	0.001
(IRE/FBF) F vs F	8.19	1	0.004	0.001

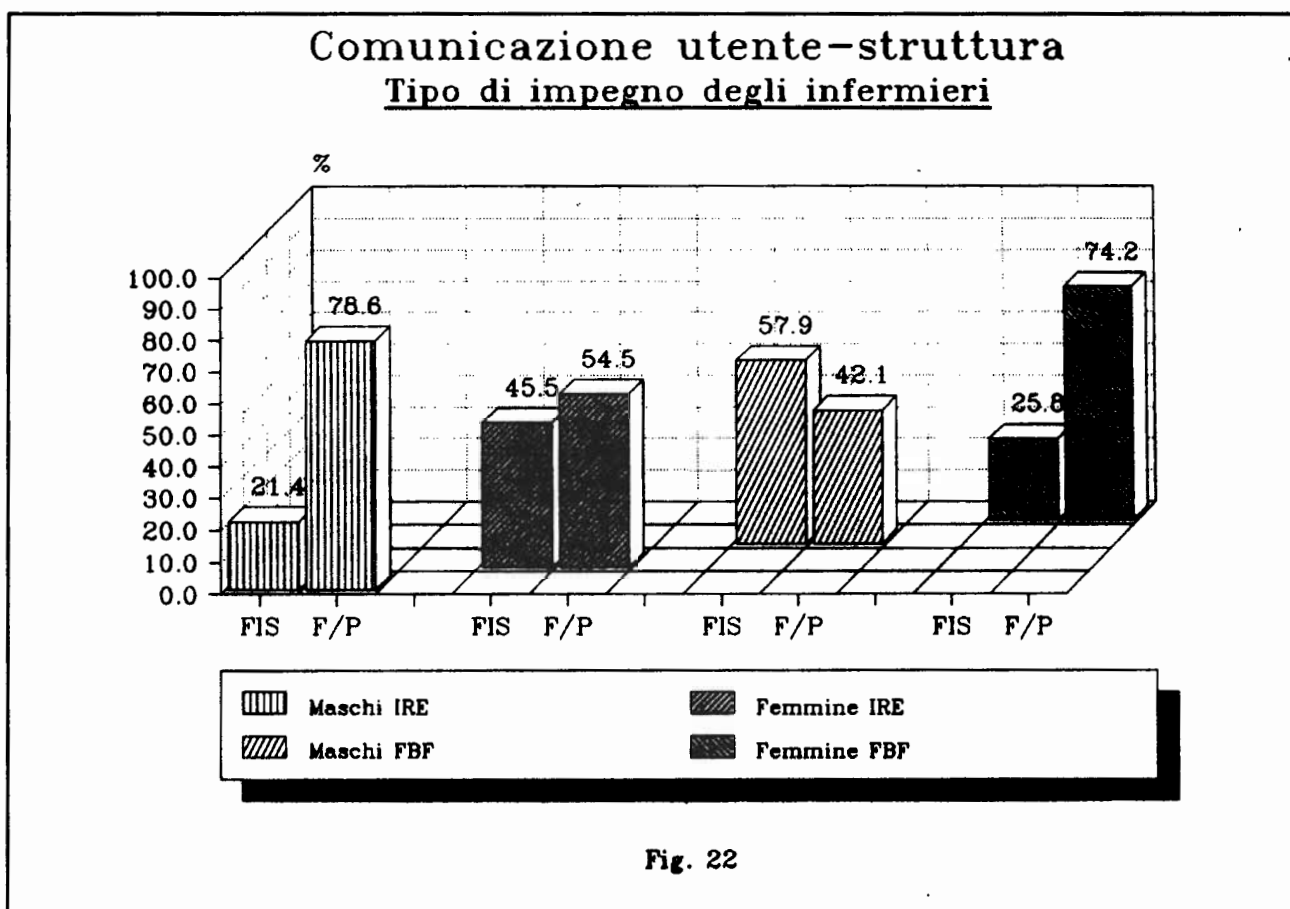


Tab. 21. Disponibilità al rapporto umano con gli infermieri

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	86.7	85.7	100.0	83.9
Poco/per Niente	13.3	14.3	0.0	16.1
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 21a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.00	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	5.14	1	0.024	0.006
(IRE/FBF) M vs M	3.38	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	0.04	1	n.s.	n.s.

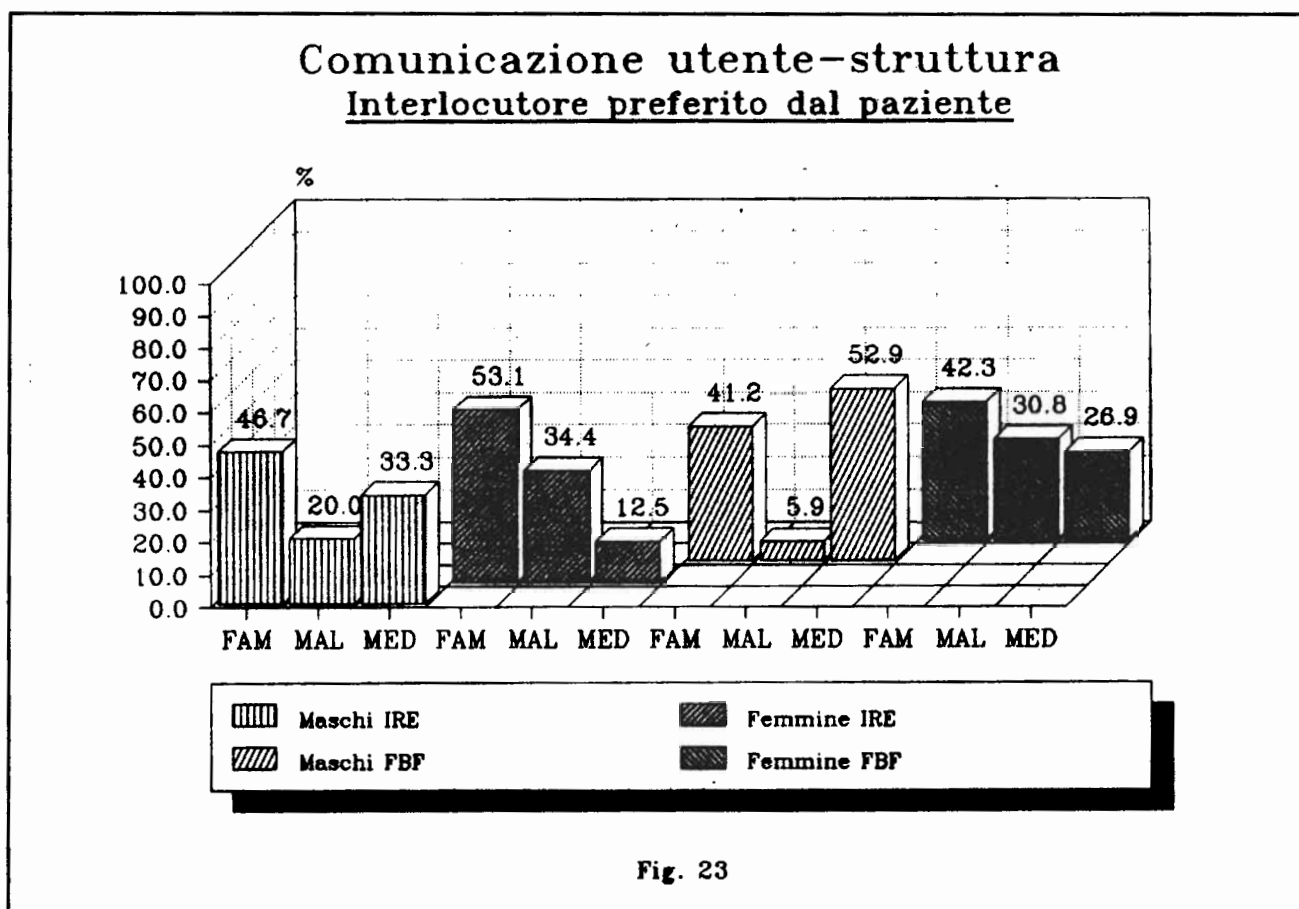


Tab. 22. Tipo di impegno terapeutico degli infermieri

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Solo della salute Fisica	21.4	45.5	57.9	25.8
Salute Fisica e Psicica	78.6	54.5	42.1	74.2
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 22a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	3.84	1	0.051	0.023
(FBF) M vs F	8.98	1	0.003	0.001
(IRE/FBF) M vs M	7.35	1	0.007	0.003
(IRE/FBF) F vs F	4.54	1	0.034	0.016

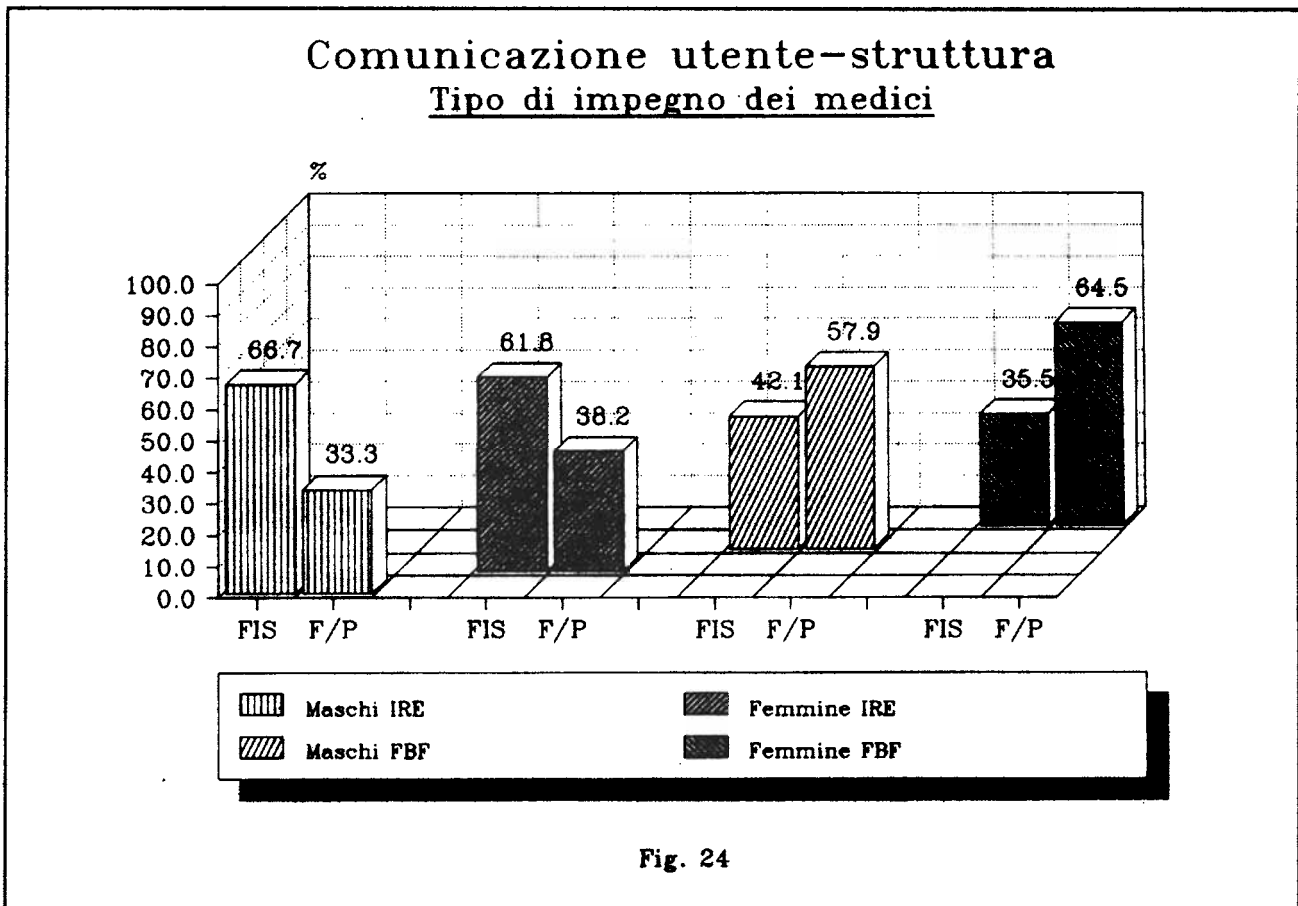


Tab. 23. Interlocutore preferito dal paziente

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Familiari ed amici	46.7	53.1	41.2	42.3
Malati	20.0	34.4	5.9	30.8
Medici	33.3	12.5	52.9	26.9
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 23a. Chi quadrato

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	
(IRE)	M vs F	6.21	2	0.046
(FBF)	M vs F	9.83	2	0.008
(IRE/FBF)	M vs M	4.05	2	n.s.
(IRE/FBF)	F vs F	3.96	2	n.s.

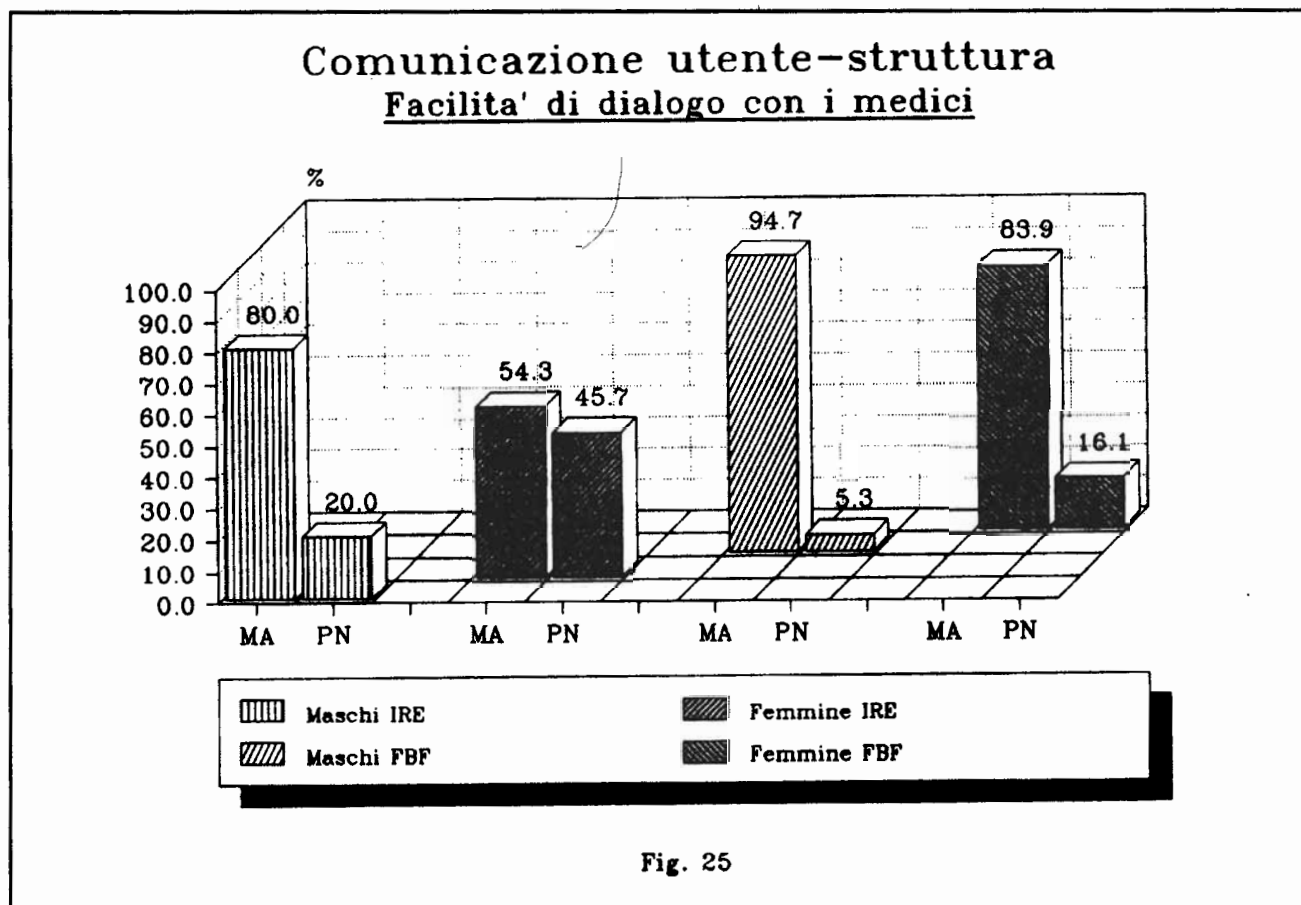


Tab. 24. Tipo di impegno terapeutico dei medici

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Solo della salute Fisica	66.7	61.8	42.1	35.5
Salute Fisica e Psicica	33.3	38.2	57.9	64.5
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 24a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.06	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	0.20	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	3.13	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	7.94	1	0.005	0.002

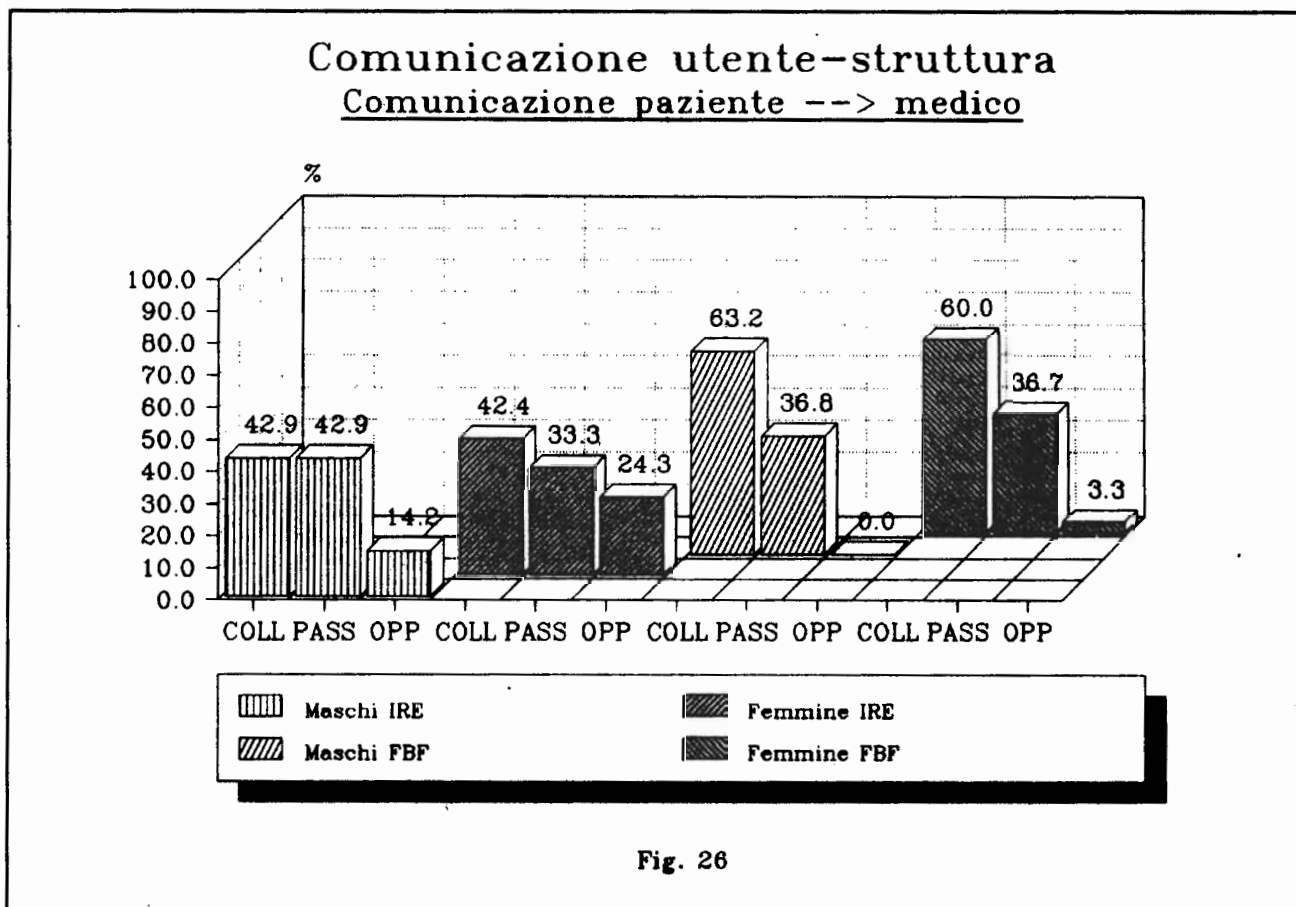


Tab. 25. Facilita' di dialogo con i medici

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	80.0	54.3	94.7	83.9
Poco/per Niente	20.0	45.7	5.3	16.1
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 25a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	4.85	1	0.028	0.012
(FBF) M vs F	1.71	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	2.23	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	11.94	1	0.001	0.000

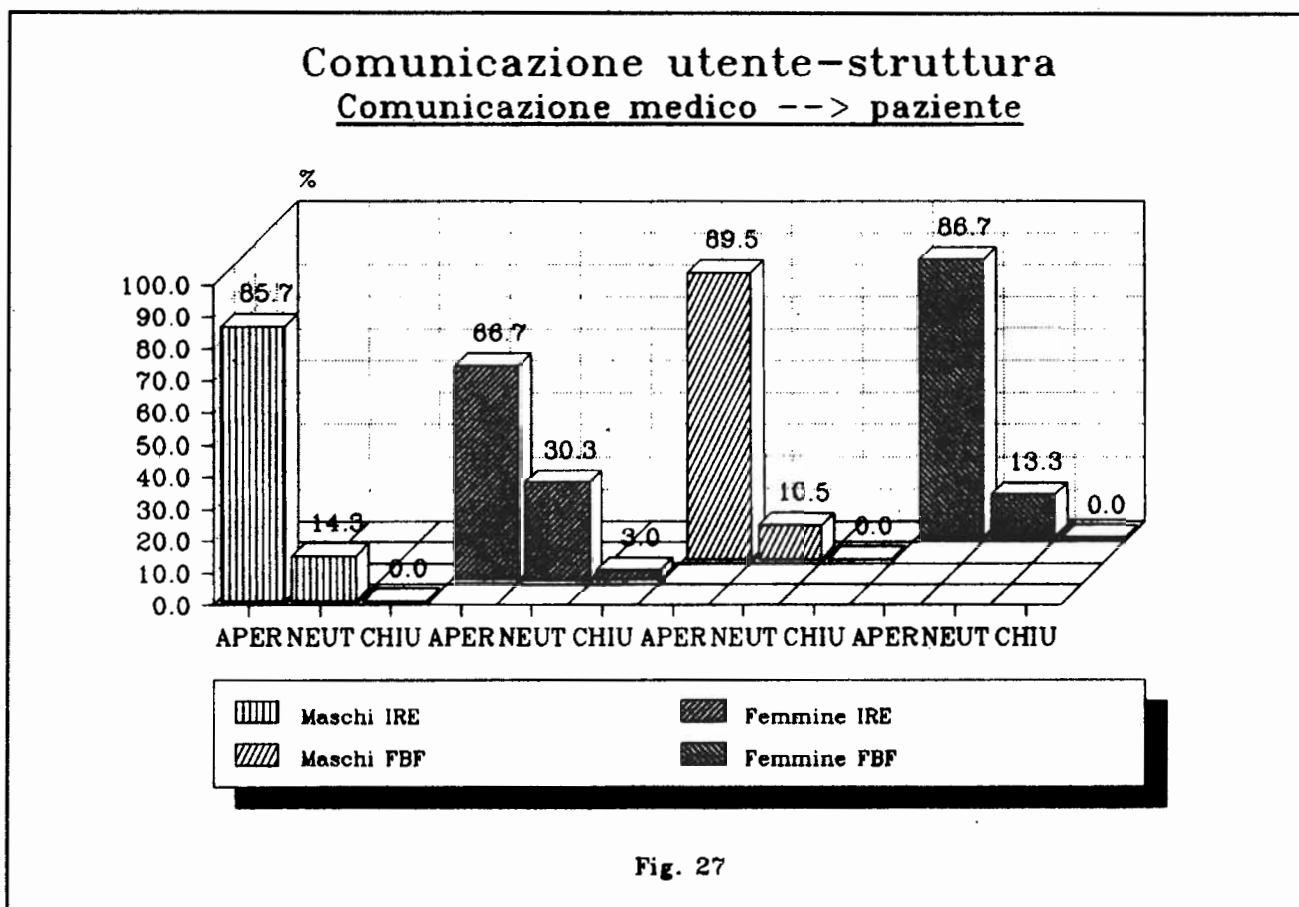


Tab. 26. Tipo di comunicazione paziente-medico

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Collaborativo	42.9	42.4	63.2	60.0
Passivo	42.9	33.3	36.8	36.7
Oppositivo	14.2	24.3	0.0	3.3
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 26a. Chi quadrato

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	
(IRE)	M vs F	1.41	2	n.s.
(FBF)	M vs F	1.30	2	n.s.
(IRE/FBF)	M vs M	6.79	2	0.034
(IRE/FBF)	F vs F	11.63	2	0.003

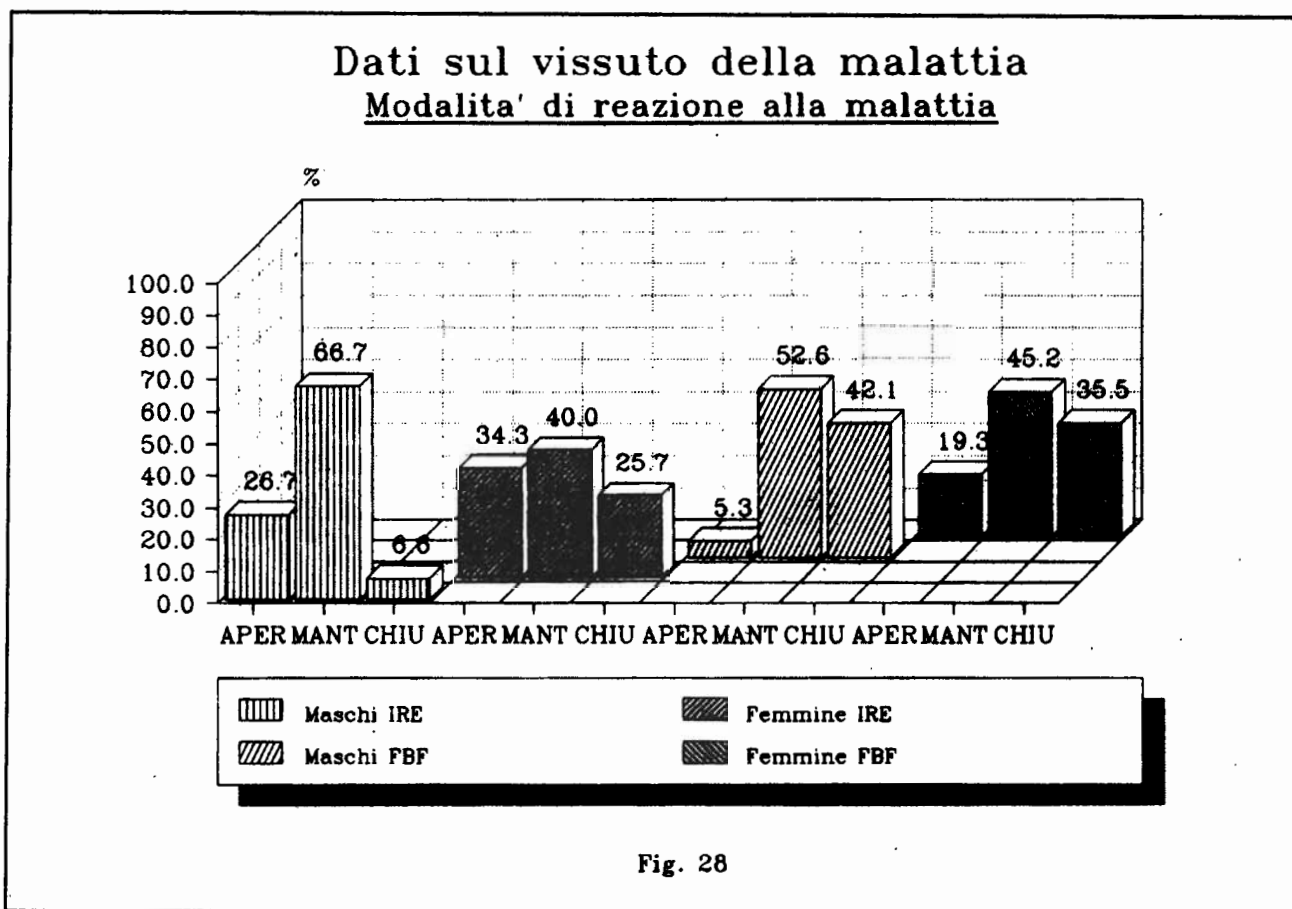


Tab. 27. Tipo di comunicazione medico-paziente

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Aperto	85.7	66.7	89.5	86.7
Neutro	14.3	30.3	10.5	13.3
Chiuso	0.0	3.0	0.0	0.0
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 27a. Chi quadrato

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	
(IRE)	M vs F	3.81	2	n.s.
(FBF)	M vs F	0.00	2	n.s.
(IRE/FBF)	M vs M	0.00	2	n.s.
(IRE/FBF)	F vs F	7.54	2	0.024

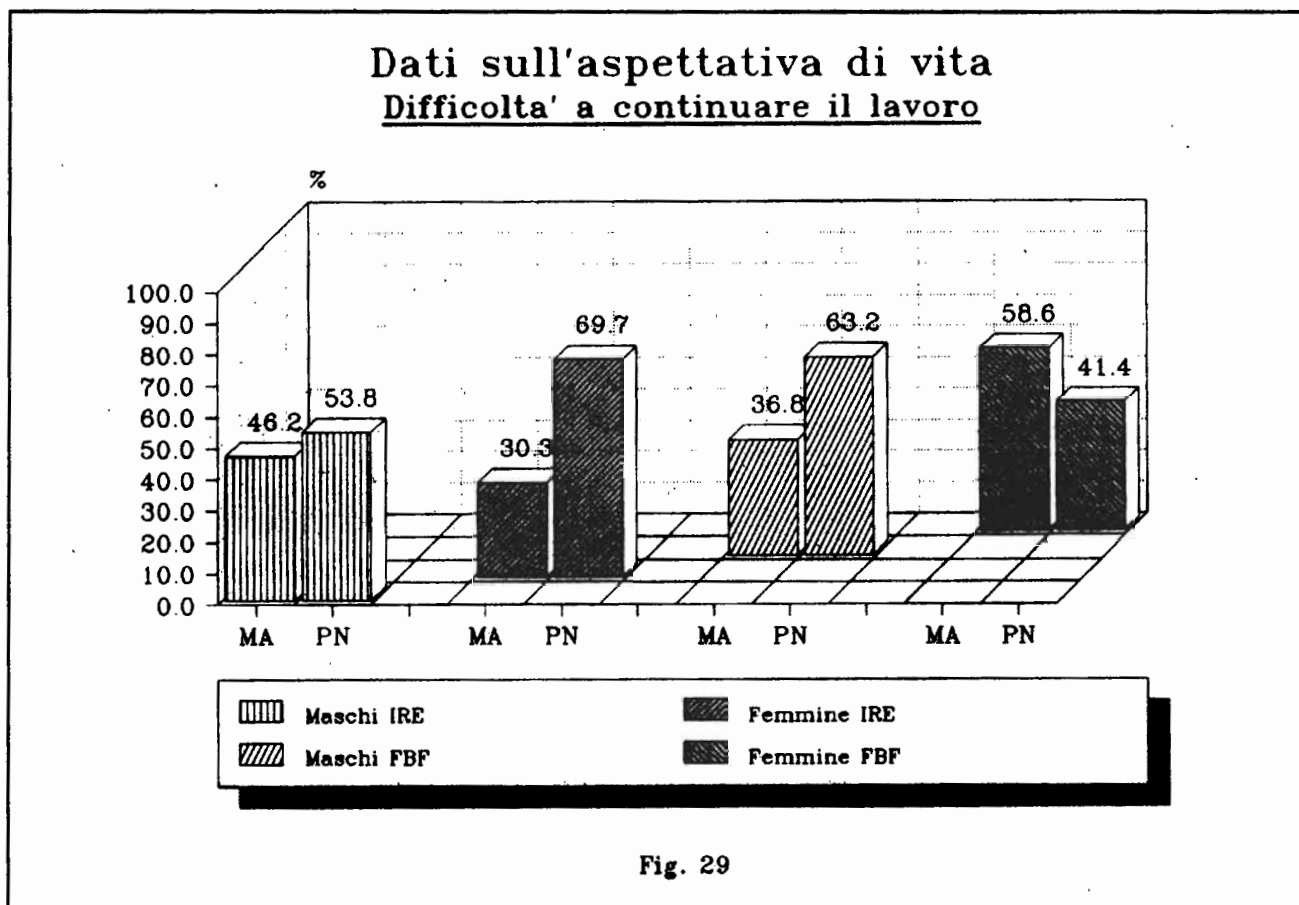


Tab. 28. Modalità di reazione alla malattia

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Aprirsi agli altri	26.7	34.3	5.3	19.3
Mantenere stessi rapporti	66.7	40.0	52.6	45.2
Chiudersi in sé stessi	6.7	25.7	42.1	35.5
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 28a. Chi quadrato

Confronti:	Chi quadrato	DF	p
(IRE)	M vs F 7.30	2	0.027
(FBF)	M vs F 3.89	2	n.s.
(IRE/FBF)	M vs M 13.74	2	0.001
(IRE/FBF)	F vs F 3.93	2	n.s.

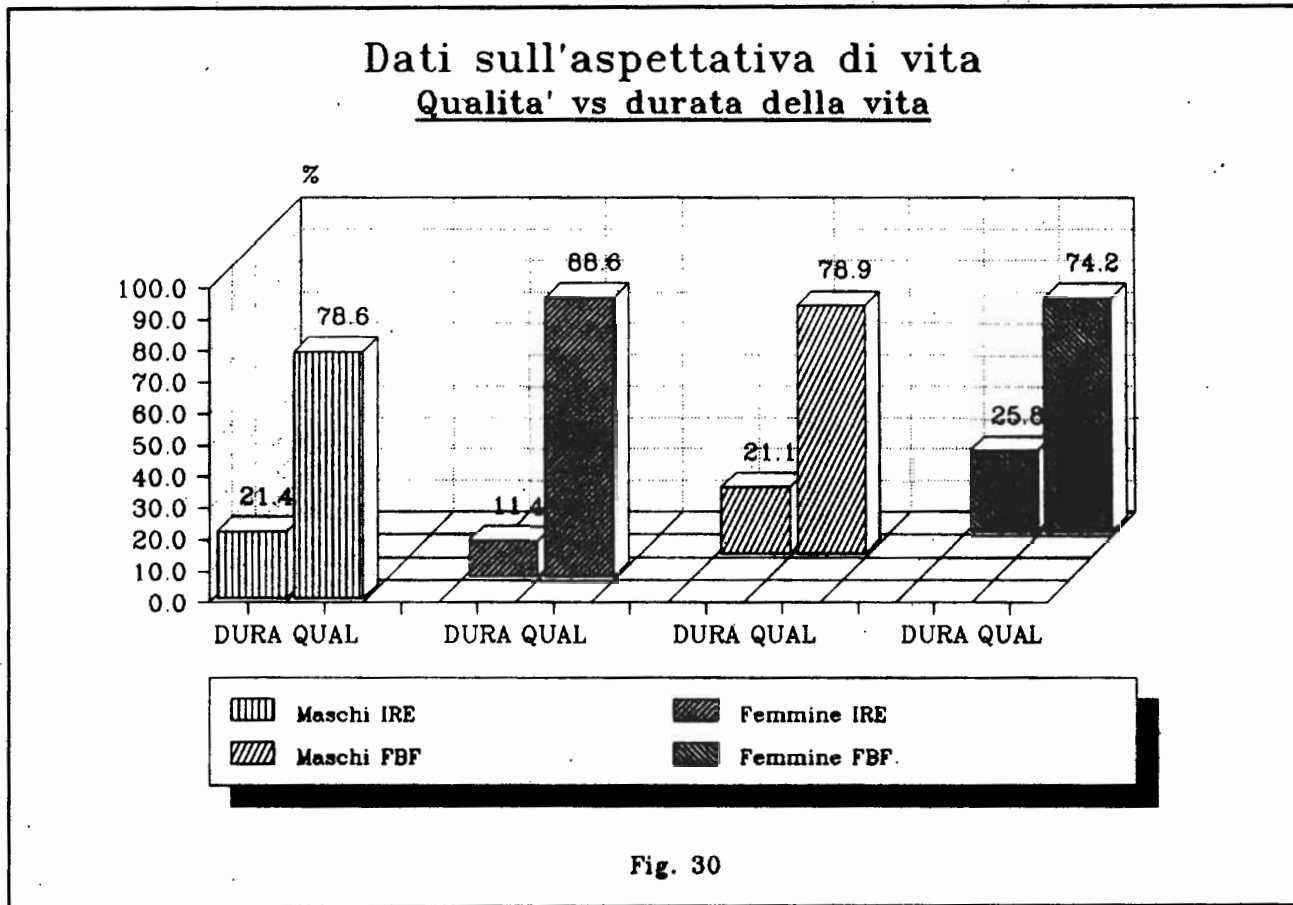


Tab. 29. Difficoltà a continuare il lavoro uscendo dall'ospedale

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Molto/Abbastanza	46.2	69.7	36.8	58.6
Poco/per Niente	53.8	30.3	63.2	41.4
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 29a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	1.06	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	3.53	1	0.030	0.030
(IRE/FBF) M vs M	0.28	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	8.95	1	0.003	0.001

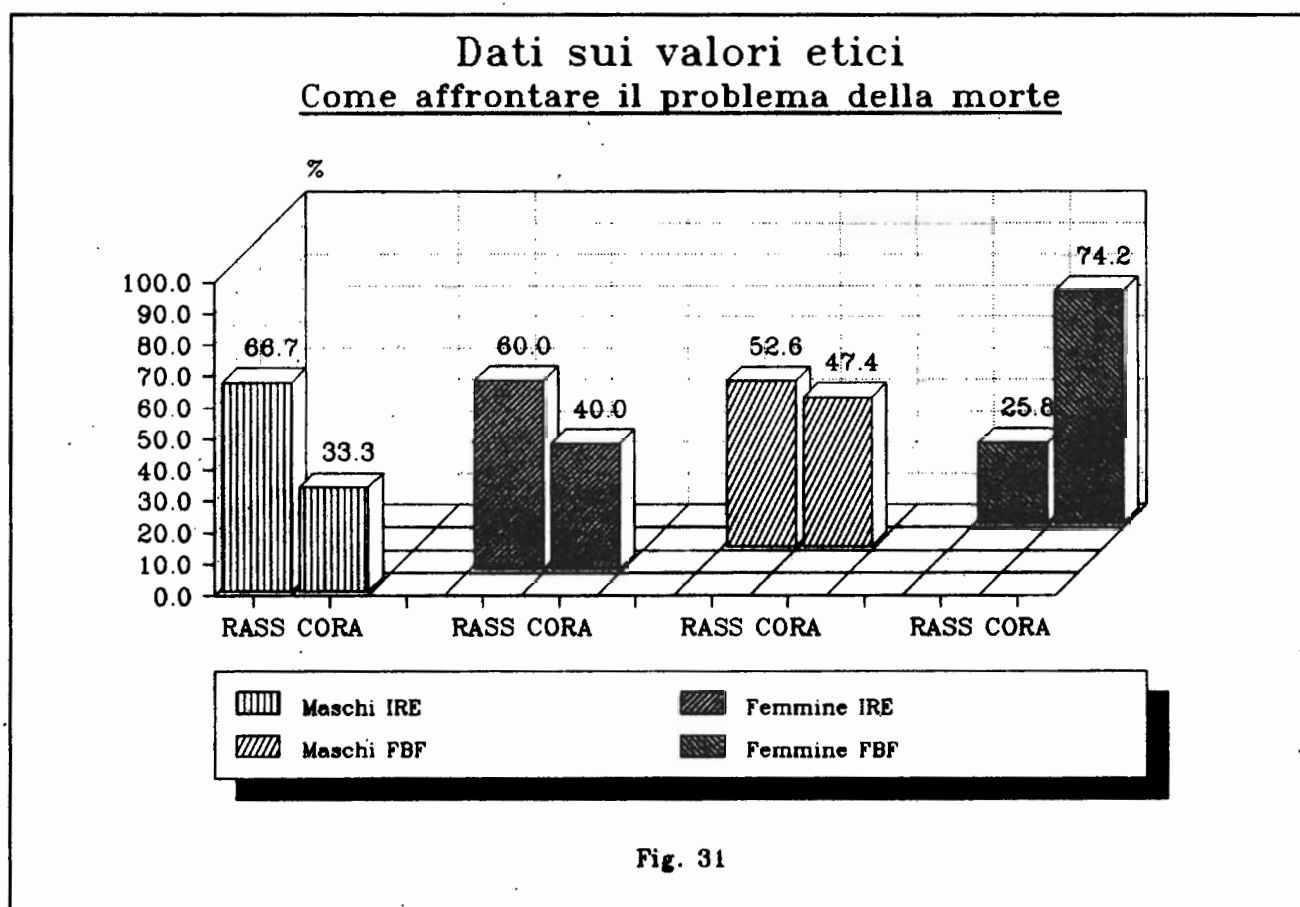


Tab. 30. Qualità vs durata della vita

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Durata della vita	21.4	11.4	21.1	25.8
Qualità della vita	78.6	88.6	78.9	74.2
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 30a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	1.63	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	0.29	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) M vs M	0.00	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	3.65	1	0.057	0.028

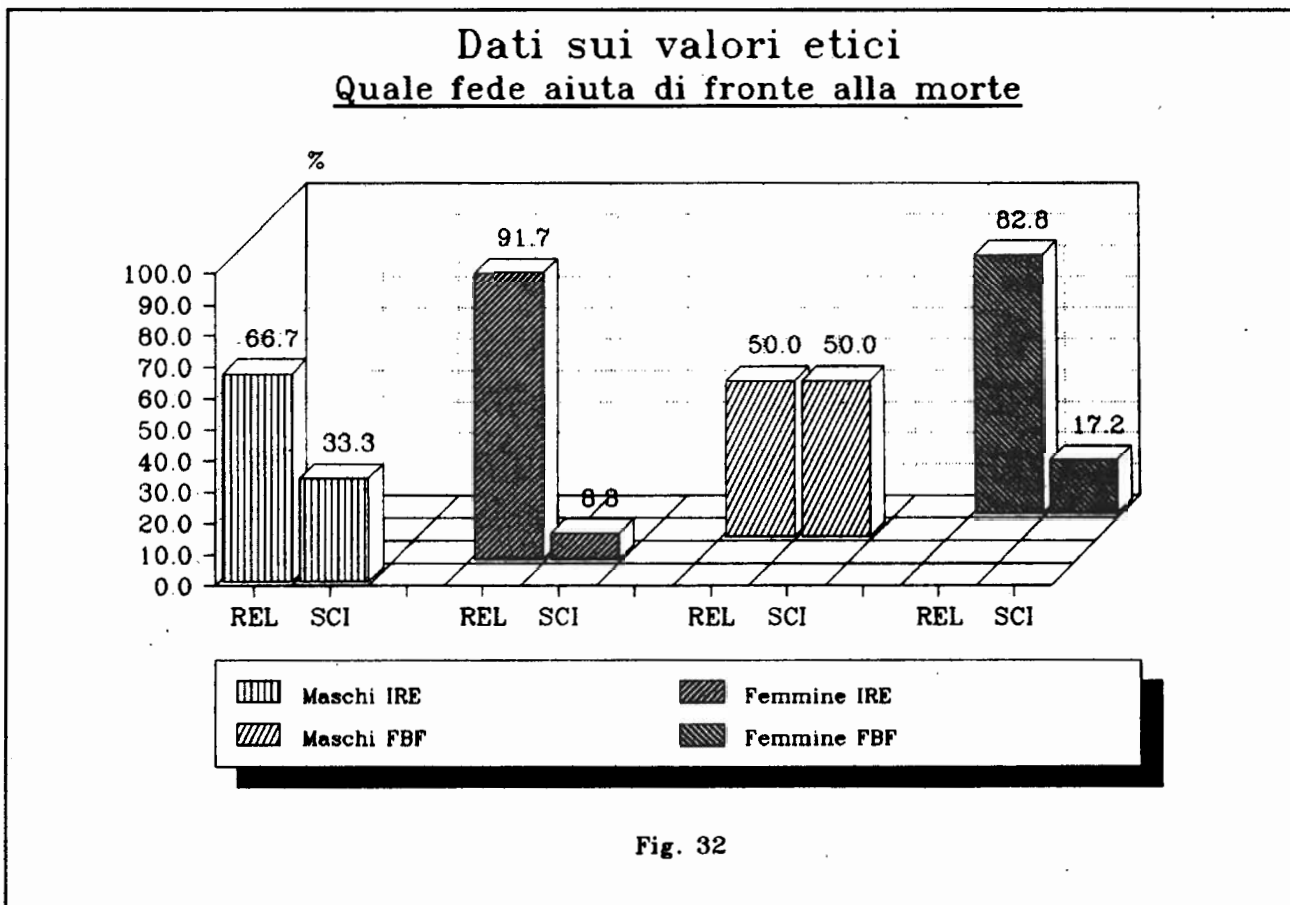


Tab. 31. Come affrontare il problema della morte

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Con Rassegnazione	66.7	60.0	52.6	25.8
Con Coraggio	33.3	40.0	47.4	74.2
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 31a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	0.29	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	6.24	1	0.013	0.006
(IRE/FBF) M vs M	0.66	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	14.25	1	0.000	0.000



Tab. 32. Quale fede aiuta di fronte alla morte

	IRE		FBF	
	M %	F %	M %	F %
Religione	66.7	91.7	50.0	82.8
Scienza	33.3	8.3	50.0	17.2
Totali	100.0	100.0	100.0	100.0

Tab. 32a. Chi quadrato e Test esatto di Fisher

Confronti:	Chi quadrato	DF	p	Test di Fisher
(IRE) M vs F	3.25	1	n.s.	n.s.
(FBF) M vs F	9.88	1	0.002	0.001
(IRE/FBF) M vs M	0.50	1	n.s.	n.s.
(IRE/FBF) F vs F	0.95	1	n.s.	n.s.