



Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Medicina  
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**BENESSERE PSICOLOGICO NEL PAZIENTE  
LARINGECTOMIZZATO TOTALE NELLA  
REALTA' DELL'ULSS 15**

Relatore: Prof. Secco Silvano

Correlatrice: Milani Elisabetta

Laureanda: Dussin Sara

Anno Accademico: 2014/2015



Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Medicina  
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**BENESSERE PSICOLOGICO NEL PAZIENTE  
LARINGECTOMIZZATO TOTALE NELLA  
REALTA' DELL'ULSS 15**

Relatore: Prof. Secco Silvano

Correlatrice: Milani Elisabetta

Laureanda: Dussin Sara

Anno Accademico: 2014/2015

# INDICE

<b>ABSTRACT</b>		
<b>CAPITOLO 1</b>	Pag.	1
<b>IL PROBLEMA</b>		
<b>1.1 Tumore laringeo e laringectomia</b>	Pag.	2
<b>1.2 Malattia oncologica e psicologia</b>	Pag.	3
<b>1.3 La voce: significati psicologici</b>	Pag.	9
<b>1.4 La voce esofagea</b>	Pag.	10
<b>CAPITOLO 2</b>	Pag.	11
<b>METODOLOGIA</b>		
<b>2.1 Intervista strutturata agli infermieri U.O. ORL ULSS     15-P.O. Cittadella</b>	Pag.	11
<b>2.2 Intervista Maestro Riabilitatore della Voce</b>	Pag.	12
<b>2.3 Questionario sullo stato di salute psicologico della     persona laringectomizzata totale</b>	Pag.	12
<b>CAPITOLO 3</b>	Pag.	14
<b>RISULTATI</b>		
<b>3.1 Risultati ottenuti</b>	Pag.	14
<i>3.1.1 Intervista strutturata agli infermieri U.O. ORL             ULSS 15-P.O. Cittadella</i>	Pag.	14
<i>3.1.2 Intervista Maestro Riabilitatore della Voce</i>	Pag.	15
<i>3.1.3 Questionario sullo stato di salute psicologico             della persona laringectomizzata totale</i>	Pag.	16
<b>3.2 Discussione risultati</b>	Pag.	20
<b>CAPITOLO 4</b>	Pag.	23
<b>CONCLUSIONE</b>		
<b>4.1 Conclusione e proposta progettuale</b>	Pag.	23

## **BIBLIOGRAFIA**

### **ALLEGATI**

#### **ALLEGATO I**

**AUTORIZZAZIONE RACCOLTA DATI TESI DI LAUREA IN  
INFERMIERISTICA**

#### **ALLEGATO II**

**INTERVISTA STRUTTURATA AGLI INFERMIERI DELL'U.O. ORL ULSS 15-  
P.O. CITTADELLA**

#### **ALLEGATO III**

**QUESTIONARIO RIVOLTO AI PAZIENTI LARINGECTOMIZZATI TOTALI**

#### **ALLEGATO IV**

**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI SALUTE PSICOFISICO  
DELLA PERSONA LARINGECTOMIZZATA O AFFETTA DA PATOLOGIA  
ONCOLOGICA DELLA TESTA DEL COLLO**

#### **ALLEGATO V**

**PROPOSTA PROGETTUALE DI TESI**

## ABSTRACT

**Problema:** il paziente laringectomizzato totale a causa di tumore alla laringe, oltre alla sofferenza psicologica generale, è privato di un elemento comunicativo ed umano fondamentale: la voce. Nell' U.O. ORL di Cittadella è emersa l'esigenza di avere una modalità condivisa e strutturata per aiutare i pazienti laringectomizzati totali ad affrontare l'esperienza della malattia, della cura, degli aspetti psicologici e relazionali, in particolare quelli collegati al fenomeno della voce.

**Obiettivo:** lo studio condotto è finalizzato ad evidenziare i bisogni psicologici di queste persone e le risposte che gli infermieri percepiscono si potrebbero dare riguardo ciò. L'obiettivo finale è quello di individuare una modalità strutturata da condividere con tutta l'equipe per aiutare i pazienti laringectomizzati totali ad affrontare l'esperienza della malattia e i cambiamenti che essa comporta.

**Materiali e metodi:** sono stati utilizzati tre strumenti di rilevazione, un'intervista strutturata agli infermieri dell'U.O. ORL del Presidio Ospedaliero di Cittadella ULSS 15, un'intervista al Maestro Riabilitatore della Voce e un questionario ai pazienti laringectomizzati totali che afferiscono all'ambulatorio oncologico ORL il lunedì pomeriggio per controlli di follow-up.

**Risultati:** i risultati ottenuti e la letteratura hanno evidenziato che la perdita della voce per l'asportazione delle corde vocali è la problematica centrale dopo l'intervento di laringectomia totale, infatti molte sono le persone che non hanno accettato il cambiamento del proprio corpo, o che pensano di non riuscire ad affrontare adeguatamente le relazioni con il mondo esterno. È emerso, dunque, che questi pazienti necessitano di supporto assistenziale, familiare, di informazioni, e della vicinanza con persone che condividono la loro malattia. Riguardo ciò viene sottolineata l'importanza del Maestro Riabilitatore della Voce e della rieducazione foniatrica. La riabilitazione di questi pazienti, inoltre, dev'essere eseguita da un'equipe multiprofessionale.

**Conclusioni:** la capacità di gestire le variabili psicologiche è determinante per la Qualità di vita di questi pazienti. Si propone una Scheda infermieristica di valutazione degli aspetti psicologici dei pazienti laringectomizzati totali, un modello di accertamento che permette di individuare questi bisogni che gli infermieri dichiarano di dover affrontare; e strategie per sostenere gli stessi infermieri e l'intera equipe nella relazione d'aiuto a queste persone.

# **CAPITOLO 1**

## **IL PROBLEMA**

Il paziente laringectomizzato totale a causa di tumore alla laringe appare come un “paziente speciale” poiché oltre alla sofferenza psicologica generale egli è privato di un elemento comunicativo ed umano fondamentale: la voce.

Attraverso una breve discussione con la Responsabile Infermieristica e gli infermieri dell'U.O. ORL del Presidio Ospedaliero di Cittadella ULSS 15, ho rilevato una loro difficoltà ed il problema individuato sembra essere l'esigenza da parte degli infermieri di avere una modalità condivisa e strutturata per aiutare i pazienti laringectomizzati totali ad affrontare l'esperienza di malattia, della cura, degli aspetti psicologici e relazionali, in particolare quelli collegati al fenomeno della voce. Spesso, non solo dopo l'intervento, ma anche a distanza di mesi o anni, quando i pazienti si recano alle visite ambulatoriali di controllo, gli infermieri percepiscono che queste persone fanno fatica ad accettare e affrontare la malattia e i conseguenti cambiamenti che essa porta, tra cui il più importante la perdita della voce.

Lo studio condotto è finalizzato a rilevare le problematiche e i bisogni psicologici della persona laringectomizzata e le risposte che gli infermieri percepiscono si potrebbero dare a questi pazienti per migliorare queste problematiche che la malattia porta, tramite tre strumenti di rilevazione, un'intervista strutturata al team assistenziale, un'intervista al Maestro Riabilitatore della Voce e un questionario ai pazienti laringectomizzati totali che afferiscono all'ambulatorio oncologico ORL il lunedì pomeriggio per controlli di follow-up. L'obiettivo finale è quello di individuare una modalità strutturata da condividere con tutta l'equipe per aiutare questi pazienti ad affrontare l'esperienza della malattia e la conquista di nuove strategie comunicative.

Lo studio effettuato contribuisce allo sviluppo delle conoscenze rispetto ai bisogni psicologici dei pazienti oncologici laringectomizzati totali. In tema di problemi psicologici la letteratura scientifica è piuttosto povera mentre è abbondante quella concernente la tecnica chirurgica e le terapie complementari chemio-radioterapiche (Magnani, 2010). È importante quindi cercare di migliorare e perfezionare l'assistenza ai malati di questo tipo, per aiutarli a costruire strategie di coping utili ad affrontare questo periodo difficile e fragile

della loro vita.

Come riporta, infatti, il Profilo Professionale dell'infermiere Decreto Ministeriale 739/94 “[...] L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. [...]”.

## **1.1 Tumore laringeo e laringectomia**

La laringe è un organo dell'apparato respiratorio lungo circa 12 centimetri, collegato verso l'alto con l'orofaringe, lateralmente con l'ipofaringe e in basso con la trachea. Ha una struttura cartilaginea ed è rivestita al suo interno da una mucosa. La parte superiore della laringe è chiusa dall'epiglottide, una piccola cartilagine che durante la deglutizione si piega all'indietro per proteggere le vie aeree impedendo al cibo di finire nella trachea. La laringe ospita le corde vocali, organo fondamentale della fonazione. (Martini et al, 2012)

I tumori della laringe originano, nella maggior parte dei casi, dalla mucosa che riveste l'interno del canale: il più comune è il carcinoma a cellule squamose. Il carcinoma della laringe costituisce il 4,5% di tutti i tumori maligni ed è il più frequente tumore del tratto aero-digestivo superiore (28%). E' prevalente nel sesso maschile rispetto al femminile, in Italia il rapporto M/F è circa 10:1 e l'età più colpita è collocata tra 50-60 anni. La suddivisione della laringe in regione sopraglottica, regione glottica e regione sottoglottica ha delle implicazioni cliniche che si ripercuotono sia nella prognosi sia nella strategia terapeutica. In particolare, le strutture sopraglottiche hanno una ricca rete linfatica, la quale è meno sviluppata nella regione sottoglottica, mentre le corde vocali (glottide) sono prive di capillari linfatici, per cui la diffusione metastatica linfonodale dei tumori glottici si ha solo in caso di estensione sopra o sotto glottica. (AIOM, 2014)

I fattori di rischio sono il fumo di sigaretta e il consumo di alcol, il 90% circa dei pazienti con queste neoplasie fuma e beve (AIRC,2014). L'età avanzata è ritenuta essere, da sola, un fattore di rischio importante per lo sviluppo di queste neoplasie; l'abbassamento delle difese immunitarie, l'aumento di mutazioni e la ridotta capacità di riparazione del DNA aumentano l'incidenza di tumore nella persona anziana (AIOM, 2014).

Il sintomo più frequente che caratterizza i tumori della laringe che coinvolgono le corde vocali è rappresentato dalla voce rauca (disfonia). Tale disturbo è dapprima saltuario e tende a farsi più frequente e più intenso fino a trasformarsi in una mancanza completa della

voce (afonia). Quando non sono colpite le corde vocali, ma altre zone della laringe, i sintomi sono pochi e costituiti per lo più da un senso di fastidio ad inghiottire. Se il tumore è più esteso si può avere una vera e propria difficoltà nella deglutizione e può comparire dolore che spesso si irradia verso l'orecchio. Talvolta il primo sintomo è costituito dall'aumento di volume di uno o più linfonodi situati nel collo, specie nella sua parte superiore. (AIRC, 2014)

Gli stadi iniziali (stadio I e II) possono essere trattati indifferentemente con la chirurgia conservativa (laser, laringectomie parziali) o con la radioterapia, ottenendo buoni risultati oncologici e conservando la funzione; nelle forme avanzate (stadio III e IV) invece la chirurgia prevede nella maggior parte dei casi una rimozione completa della laringe. (AIOM,2014)

La laringectomia totale è un intervento radicale mutilante che comporta l'asportazione della laringe e successive modificazioni anatomo-funzionali con ripercussioni sul piano psicologico e sociale del paziente. La trachea viene abboccata al giugulo e l'aria entra ed esce attraverso il tracheostoma senza passare dal filtro nasale. La prima conseguenza è la perdita della voce e l'alterazione di altre attività legate all'integrità del tratto pneumofonico, quali tossire, raschiarsi la gola, ridere in modo sonoro, fischiare, starnutire, soffiarsi il naso ecc.. Inoltre si determina una riduzione o perdita del gusto e dell'olfatto e uno scolo di liquido acquoso del naso per la perdita della funzione umidificatrice. (AILAR, 2010)

## **1.2 Malattia oncologica e psicologia**

L'Istituto Superiore di Sanità per Qualità di vita considera alcuni fattori principali: benessere emotivo, sociale e fisico. Il benessere, inteso nella sua origine etimologica di bene-essere, riguarda la persona nella sua totalità e soggettività, nel suo essere nel bene di Sé. Sentirsi bene è l'effetto di un insieme di fattori, ma è allo stesso tempo la causa del benessere, quale atteggiamento positivo verso l'esistenza, in grado di affrontare la sofferenza, la malattia, la vita e la morte. Il benessere fisico è intrinsecamente legato a quello psicologico. I fattori personali ed in particolare gli obiettivi, le aspettative, i desideri, i valori rappresentano una componente fondamentale della qualità di vita, e spesso risultano messi alla prova dalla patologia oncologica. (Sironi,2015)



L'intervento di laringectomia totale espone il paziente ad uno stress psicofisico importante sia per il contatto con il cancro sia per le nuove difficoltà di comunicazione nell'ambito sociale. Il tumore laringeo turba l'equilibrio psicologico del paziente per tutta la vita condizionandone le abitudini e ricordando costantemente l'esperienza cancro (Magnani, 2010). La prima ed inevitabile reazione psicologica e forse anche culturale alla diagnosi di cancro è l'attivazione dell'equivalenza psicologica cancro = morte. La comunicazione della diagnosi attiva nell'individuo, e nella sua famiglia, una situazione di shock da trauma, che si accompagna a una crisi esistenziale, con una rimessa in discussione di tematiche fondamentali quali la dimensione del tempo, l'identità, il senso della vita e della morte.

Kübler-Ross nel 1970 declinò un modello a cinque fasi, uno strumento psicologo interpretativo che permette di capire le dinamiche psicologiche più frequenti della persona a cui è stata diagnosticata una malattia grave. Le fasi possono anche alternarsi e presentarsi più volte nel corso del tempo, con diversa intensità, e senza, in particolare le prime fasi, un preciso ordine, dato che le emozioni non seguono regole particolari, ma anzi come si manifestano, così svaniscono, magari miste e sovrapposte.

*Fase del rifiuto e isolamento:* che si presenta con frasi del tipo “Ma è sicuro, dottore, che le analisi sono fatte bene?” “Non è possibile, si sbaglia!” “Non ci posso credere”. Questa fase è caratterizzata dal fatto che il paziente rifiuta la verità e ritiene impossibile avere proprio quella malattia. Molto probabilmente il processo di negazione del proprio stato può essere funzionale al malato per proteggerlo da un'eccessiva ansia per la propria morte e per prendersi il tempo necessario per organizzarsi. È una difesa, che però diventa sempre più debole, con il progredire della malattia, qualora non s'irrigidisca e non raggiunga livelli patologici di disagio psichico.

*Fase della collera:* dopo la negazione iniziano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni, investendo i familiari, il personale ospedaliero, Dio. La frase più frequente è “perché proprio a me?”. È una fase molto delicata dell'iter psicologico e relazionale del paziente. Rappresenta un momento critico che può essere sia il momento di massima richiesta di aiuto, ma anche il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé.

*Fase del venire ai patti:* in questa fase la persona inizia a verificare cosa è in grado di fare, ed in quali progetti può investire la speranza, iniziando una specie di negoziato, che a

seconda dei valori personali, può essere instaurato sia con le persone che costituiscono la sfera relazione del paziente, sia con le figure religiose. “Se prendo le medicine, crede che potrò vivere fino a...”, “guarisco, farò...”. In questa fase, la persona riprende il controllo della propria vita, e cerca di riparare il riparabile.

*Fase della depressione:* rappresenta un momento nel quale il paziente inizia a prendere consapevolezza delle perdite che sta subendo o che sta per subire e di solito si manifesta quando la malattia progredisce ed il livello di sofferenza aumenta. Questa fase viene distinta in due tipi di depressione: una reattiva ed una preparatoria. La depressione reattiva è conseguente alla presa di coscienza di quanti aspetti della propria identità, della propria immagine corporea, del proprio potere decisionale e delle proprie relazioni sociali, sono andati persi. La depressione preparatoria ha un aspetto anticipatorio rispetto alle perdite che si stanno per subire. In questa fase della malattia la persona non può più negare la sua condizione di salute, ed inizia a prendere coscienza che la ribellione non è possibile, per cui la negazione e la rabbia vengono sostituite da un forte senso di sconfitta. Quanto maggiore è la sensazione dell'imminenza della morte, tanto più probabile è che la persona viva fasi di depressione che in un certo qual senso l'aiutano a prepararsi alla morte.

*Fase dell'accettazione:* quando il paziente ha avuto modo di elaborare quanto sta succedendo intorno a lui, arriva ad un'accettazione della propria condizione ed a una consapevolezza di quanto sta per accadere; durante questa fase possono sempre e comunque essere presenti livelli di rabbia e depressione, che però sono di intensità moderata. In questa fase il paziente tende ad essere silenzioso e a raccogliersi, inoltre sono frequenti momenti di profonda comunicazione con i familiari e con le persone che gli sono accanto. Se la morte è imminente è il momento dei saluti e della restituzione a chi è stato vicino al paziente. È il momento del “testamento” anche spirituale e della sistemazione di quanto può essere sistemato, istante della sua vita in cui si prende cura dei propri “oggetti”. Il termine oggetto va inteso in senso pratico come cosa, ma anche in senso psicanalitico e della teoria delle relazioni oggettuali, ovvero come correlato dell'amore/odio che come tale rappresenta il mondo relazionale, affettivo, emotivo, può essere tanto una persona quanto un oggetto inanimato. La fase dell'accettazione non coincide necessariamente con lo stadio terminale della malattia o con la fase pre-morte, momenti in cui i pazienti possono comunque sperimentare diniego, ribellione o depressione. (Kubler, 2003)

Le reazioni psicosociali dei pazienti influenzano il corso della malattia, infatti i pazienti apprendono le informazioni e arrivano, consciamente o inconsciamente, a un significato personale per se stessi. Il significato della malattia, le risposte emozionali a essa e le strategie di coping sono le componenti chiave di ogni reazione psicologica-sociale alla malattia fisica (Lipowsky, 1983).

Lipowsky (1983) individua diversi possibili significati attribuiti alla malattia. Alcuni pazienti vedono la malattia come una *sfida* e cercano di affrontarla attivamente e di padroneggiarla con qualsiasi mezzo disponibile. Tale atteggiamento si riflette nello stato emozionale e nel comportamento del paziente, che non manifesta risposte maladattive ed eccessive. Vedere la malattia, invece, come una minaccia o come un *nemico* invasore suscita emozioni di ansia, paura, e a volte rabbia. Le usuali risposte comportamentali sono combattimento, fuga, ritiro e rinuncia; ed il loro linguaggio riflette questi vissuti quando i pazienti parlano di conquista del cancro o della lotta contro la malattia. Molti pazienti vedono la malattia come una *perdita*, concreta o simbolica. Le perdite concrete coinvolgono parti o funzioni del corpo; quelle simboliche riguardano valori e esigenze personali significative, come piacere, sicurezza, gratificazione e autostima, la perdita della voce equivale alla perdita di una componente essenziale della propria individualità e prova di esistenza nel mondo. La perdita dell'autostima appare una chiave determinante di disturbi depressivi che si osservano spesso nelle malattie fisiche. Una normale risposta emozionale alla perdita è l'afflizione, caratterizzata da tristezza, scoraggiamento, ipocondria, mancanza di interesse nelle attività, incapacità di provare gioia e piacere.

Per alcuni pazienti essere ammalati significa *sollievo* dalle richieste e responsabilità dei ruoli sociali, o dalle difficoltà personali o dai disagi economici. La malattia aiuta ad attenuare un conflitto interno e per alcuni psicanalisti va interpretata come un modo complesso di sfuggire all'angoscia, un modo per trasportare sul soma quello (il conflitto) che la psiche non riesce a gestire. Questi pazienti appaiono indifferenti, o anche allegri, di fronte a una seria disabilità.

Altri considerano, invece, la malattia una giusta o ingiusta *punizione*, la quale può permettere la redenzione o no. Il problema fondamentale è la presenza e il grado del senso di colpa. Se il paziente vede la malattia come una giusta punizione, per una reale o immaginaria trasgressione potrebbe arrendersi a ciò passivamente o avidamente. Al contrario una persona che vede la malattia come una punizione immeritata mostra rabbia e

amarezza contro la famiglia o i medici. Infine se il paziente vede la malattia come una giusta punizione che promette la redenzione potrebbe sottomettersi a ciò e mostrare speranza, ottimismo e euforia.

Altri pazienti attribuiscono alla malattia il significato di *debolezza organica*, di *strategia*, e di *valore* o possibilità di crescita personale. (Lipowski, 1983)

Molti sono i fattori che incidono sia sul significato che la persona dà alla malattia sia sul recupero psicosociale. Nel primo caso troviamo fattori intrapersonali, quali personalità, esperienze passate, stato emozionale del paziente; fattori interpersonali, come il supporto della famiglia e una buona relazione medico-paziente; fattori correlati alla malattia, ad esempio l'importanza soggettiva per il paziente di parti o funzioni del corpo colpite dalla malattia; e fattori socioculturali ed economici, quali educazione e background socioculturale (Lipowsky, 1983). Nel secondo caso Sanchez (2011) nel suo studio dimostra che il recupero psicosociale del laringectomizzato dipende dall'adattamento premorbo, infatti gli individui ben adattati prima dell'operazione recuperano meglio di quelli mal adattati, e dalla sua personalità.

Le reazioni psicologiche (cognitive, emotive e comportamentali) al tumore, a lungo termine, sono influenzate dagli specifici stili di coping adottati dalla persona, ossia da quelle particolari modalità con cui fa fronte ad un evento che minaccia la propria vita, quale appunto il tumore (Grassi et al, 2003). I comportamenti di coping associati al voler affrontare e padroneggiare la malattia tendono ad essere razionali e flessibili, la persona ha un atteggiamento fiducioso nelle proprie capacità di combattere e di sconfiggere la malattia, un atteggiamento di confronto e di aderenza alle terapie, di ricerca attiva del sostegno sociale; al contrario nel caso in cui prevalgano disperazione e ansia la persona avrà atteggiamenti dubbiosi, difficoltà relazionali, ritiro, confronto ostile con gli altri, non compliance ai trattamenti medici. (Società Italiana di Psiconcologia, 2011)

La persona non dovrebbe reprimere le sue emozioni, ma piuttosto, essendo emozioni naturali di fronte ad una malattia che minaccia la propria esistenza, è fondamentale che vengano manifestate, condivise, elaborate. Infatti le emozioni non sono delle astrazioni psicologiche bensì sono l'espressione di costrutti concreti, di ordine biologico, neuropsicologico. L'evitamento e la negazione delle emozioni "negative" può rappresentare un sollievo nel breve termine ma a lungo termine rinforza il senso di

isolamento, la solitudine e la convinzione di non poter tollerare quelle emozioni, attivando così dei correlati neuropsicologici patologici. Ne derivano disperazione e impotenza, mentre in altri casi si trasformano in malattie d'organo e partecipano attivamente alla malattia su base solo organica. A volte, infatti, la persona è convinta che il “pensare positivo” faciliti la guarigione e che il provare sentimenti “negativi” causi una recidiva o la diffusione della malattia. (Spiegel, Classen, 2003).

I problemi più significativi per un laringectomizzato totale insorgono come conseguenza concreta dell'asportazione delle corde vocali e come esito psicologico nella perdita della voce come mezzo di comunicazione e parte significativa/simbolica della propria identità personale. Si crea un disadattamento su molti ambiti, tra cui quelli: fisico, emozionale, familiare e sociale-occupazionale.

Dopo l'intervento di laringectomia totale la mente ed il corpo aumentano il disaccordo, i contrasti e si possono verificare atteggiamenti di fuga dalla realtà, aggressività, depressione, indifferenza, mania, disperazione, ci si può sentire non accettati dalla società. Molti sono i fattori psicologici di rischio che possono peggiorare la Qualità di vita della persona laringectomizzata, quali: la difficoltà a tollerare le frustrazioni, gli atteggiamenti di negazione, rifiuto e distacco, la scarsa consapevolezza di Sé e la fuga dalla realtà, le reazioni depressive e ansiose, i sentimenti di colpa, inadeguatezza e vergogna, la paura, la rabbia, il nervosismo e le idee ossessive, l'aggressività e lo scarso controllo degli impulsi e le problematiche relazionali. Al contrario ci sono fattori psicologici che favoriscono la Qualità di vita del laringectomizzato, come la consapevolezza e l'accettazione della malattia, il saper riconoscere e gestire le proprie emozioni, l'imparare ad esprimere le paure, i dubbi e l'ansia, l'affrontare con fiducia il percorso di cura-terapia, il comunicare con familiari ed operatori, il coltivare amicizie e contatti col mondo esterno, il sapersi apprezzare e il volersi bene, lo sviluppare capacità di adattamento e flessibilità. (Sironi, 2015)

L'adattamento psicosociale alla laringectomia totale è un processo complesso dove gli individui sono di fronte a un improvviso e drammatico cambiamento fisico di vita. La disfunzione fisica e l'imparare a comunicare rimandano gli individui ad identificarsi con questo ed accettarsi. Nonostante l'avanzata riabilitazione, l'adattamento richiede tempo e per alcuni è un'esperienza dolorosa (Bickford et al, 2013).

### 1.3 La voce: significati psicologici

La voce non è solo uno strumento fisiologico, è anche uno strumento comunicativo attraverso il quale transitano i fonemi che a loro volta formano le parole. La voce è plasmata dalle emozioni e le emozioni sono trasportate all'ascoltatore anche dalla voce condizionando il messaggio stesso e il suo valore di verità. Ogni emozione ha una caratteristica acustica, in altri termini quando una persona è posseduta da una determinata emozione e parla, trasmette tramite la voce non solo le parole ma anche le emozioni che così qualificano il contenuto e soprattutto se stiamo dicendo il vero. Le emozioni, dunque, sono veicolate da un determinato tono della voce.

La vita reale dimostra che gli effetti permanenti della perdita della voce e di come acquisire una comunicazione senza laringe produce degli effetti nelle competenze comunicative e nei comportamenti sociali. Questo si riflette sul riconoscimento della voce e del tono vocale come strumento simbolico in costruzione con riferimento al Sé unico e irripetibile che è quella persona. La voce è individuale e quindi importante nelle interazioni sociali di ogni giorno come un indizio udibile di identità, personalità e umore delle persona che parla/comunica. La perdita di un simbolo, con valenza di riconoscimento del Sé, come il tono della voce dà l'impressione che chi parla non trasmetta empatia e si perda nella massa confusa di persone anonime. Inoltre i segnali paralinguistici e acustici della voce trasmettono lo stato emozionale, lo stato di salute, l'età, il genere della persona a chi ascolta. (BickFord et al, 2013)

L'uso della voce libera la creatività e permette di esprimere la propria vita interiore sperimentandone sensazioni ed emozioni. L'equilibrio psicofisico di un essere umano può dipendere anche dal modo di utilizzare la voce. Nell'ambito della comunicazione la voce riveste un ruolo particolare, ovvero stimola un ascolto attivo, che riesce a manifestare la vicinanza fisica ed emotiva, poiché mosso da un'interiorità ad un'altra.

## 1.4 La voce esofagea

Dopo la laringectomia totale la persona può essere rieducata a parlare con la voce esofagea. In questo caso la voce viene emessa con l'aiuto dell'esofago, e la sorgente sonora sostitutiva delle corde vocali diventa un restringimento dell'esofago, in corrispondenza dello sfintere esofageo superiore. Questo punto più ristretto vibra, seppure in modo più grossolano delle corde vocali, e viene chiamato neoglottide, ma l'aria necessaria alla vibrazione non viene più dai polmoni perché la respirazione avviene attraverso il tracheostoma e quindi va immagazzinata in esofago dopo essere entrata dalla bocca. Parlare con la voce esofagea è come mangiare dell'aria, la differenza sta nella rapida eruttazione appena l'aria ha superato lo sfintere esofageo superiore che contraendosi genera un suono. Poiché è possibile esercitare un controllo volontario su questo stesso sfintere è anche possibile variare l'intensità e la durata dell'emissione sonora. (AILAR, 2010)

Alternative alla voce esofagea sono la valvola tracheo-esofagea e il laringofono. Nel primo caso è richiesto un intervento chirurgico e mediante un'incisione della parete posteriore della trachea e di quella anteriore dell'esofago si posiziona una protesi in materiale sintetico, attraverso la quale l'aria viene spinta in esofago chiudendo il tracheostoma con il pollice o con la controvalvola. Nel secondo caso si tratta di un produttore di suono a pile. Si mette il laringofono in corrispondenza dell'angolo della mandibola e grazie ad un interruttore, che viene premuto nel momento in cui si comincia a parlare, lo strumento produce una vibrazione che sonorizza la parola.

## **CAPITOLO 2**

### **METODOLOGIA**

Per valutare le manifestazioni del problema nel contesto dell'U.O. Otorinolaringoiatria del Presidio Ospedaliero di Cittadella ULSS 15 sono stati utilizzati tre strumenti di rilevazione: un'intervista strutturata al team assistenziale, un'intervista al Maestro Riabilitatore della Voce e un questionario ai pazienti laringectomizzati totali che afferiscono all'ambulatorio oncologico ORL il lunedì pomeriggio per controlli di follow-up.

La raccolta dati è stata effettuata per un periodo di tempo di 6 settimane, dopo aver ottenuto l'autorizzazione dall'ULSS 15 ai fini della raccolta dati (allegato I), per poter raggiungere un numero significativo di questionari compilati.

Per rendere più affidabile possibile la raccolta dati sono stati adottati alcuni accorgimenti, quali il loro inserimento da parte di un'unica persona, cioè la stessa che ha effettuato le interviste e consegnato i questionari, in modo tale che non venissero fatte delle libere interpretazioni di quanto scritto; dopo l'inserimento tutti i dati sono stati nuovamente controllati prima dell'analisi, per evitare eventuali errori di battitura.

I questionari venivano compilati e consegnati in forma anonima, per il rispetto della privacy, e i dati ricavati sono stati elaborati solo a fini statistici. I risultati presentati e discussi sono sempre riferibili al gruppo e non al singolo.

#### **2.1 Intervista strutturata agli infermieri U.O. ORL ULSS 15-P.O. Cittadella**

L'intervista strutturata agli infermieri dell'U.O. ORL del Presidio Ospedaliero di Cittadella ULSS 15 (allegato II) è composta da 5 domande che vanno a raccogliere il punto di vista degli infermieri in merito: 1) ai bisogni che i pazienti manifestano per affrontare l'esperienza di malattia e cura, 2) alle risposte che il gruppo può offrire, 3) a quali risorse attivare nel territorio per queste persone, ovvero come si potrebbe migliorare il supporto alla famiglia, e se ci sono situazioni nelle quali sarebbe necessario il supporto di altri professionisti per il paziente, la famiglia e il gruppo assistenziale.

Le domande sono aperte e generiche in modo da raccogliere in maniera qualitativa le loro impressioni e prediligere le forme espressive degli intervistati. Hanno partecipato



all'intervista 8 infermieri.

## **2.2 Intervista Maestro Riabilitatore della Voce**

I Maestri Riabilitatori della Voce, anch'essi operati di laringectomia totale, sono persone che insegnano ai nuovi operati a parlare di nuovo e con una nuova voce. La loro qualifica conseguita con un adeguato percorso formativo, è consolidata dalle molteplici esperienze vissute accanto a pazienti operati e loro famigliari.

Ho condotto l'intervista al Maestro Riabilitatore della Voce referente per l'ULSS 15 Cittadella-Camposampiero. L'intervista è di tipo non standardizzato e non strutturato per prediligere l'espressività dell'intervistato. È stato lasciato spazio ad un libero racconto della sua esperienza, ponendo attenzione su quali sono i bisogni, più psicologici e relazionali, che egli percepisce per le persone laringectomizzate totali come lui, se c'è risposta a questi bisogni e chi le fornisce.

## **2.3 Questionario sullo stato di salute psicologico della persona laringectomizzata totale**

Il questionario rivolto ai pazienti laringectomizzati totali che afferiscono all'ambulatorio oncologico il lunedì pomeriggio per controlli di follow up (allegato III) è composto da 26 domande a risposta chiusa su scala Likert, con alternative di risposta per niente-poco-abbastanza-molto-moltissimo. Differiscono le ultime tre domande, che prevedono una risposta numerica da 1 a 10. La scala di Likert permette di misurare atteggiamenti e opinioni degli intervistati.

Viene chiesto il sesso della persona, l'età ( tra 18 e 35 anni, tra 36 e 50, tra 51 e 65 o superiore a 65 anni), e il periodo dell'operazione (meno di 3 mesi, tra 3 e 6 mesi, tra 6 mesi e un anno, tra 1 anno e 3 anni, tra 3 e 5 anni, più di 5 anni).

Per formulare il questionario ci si è basati sul 'Questionario di rilevazione sullo stato di salute psicofisico della persona laringectomizzata o affetta da patologia oncologica della testa del collo' (allegato IV) a cura di Maurizio Magnani e Patrizia Sironi pubblicato nel Corriere dei laringectomizzati nel trimestre Aprile/Giugno 2010, previa richiesta di utilizzo all'Associazione Italiana Laringectomizzati Ailar Onlus. Successivamente sono state tolte

alcune domande e aggiunte altre riguardanti più l'aspetto psicologico e relazionale, sulla base della letteratura specifica.

Il questionario pone attenzione su ciò che la persona ha provato quando ha saputo della sua malattia, se ha accettato il cambiamento che la malattia ha portato, se riesce ad affrontare le relazioni con la gente, quale significato dà alla malattia e come valuta la sua Qualità di vita prima della malattia, attuale e futura.

Il numero di pazienti ai quali è stato possibile somministrare il questionario è di 25 persone, di cui 24 uomini e una donna, tutti con un'età superiore a 50 anni. Alla consegna dei questionari ho fatto una breve presentazione di chi ero e quale sarebbe stato l'oggetto del mio studio, successivamente ho spiegato loro quello che avrebbero dovuto fare. I questionari sono stati compilati dai pazienti personalmente, o con l'aiuto di un familiare presente, lasciando tutto il tempo per una compilazione accurata.

È stato utilizzato un lessico semplice, in modo da rendere la comprensione del questionario possibile a tutti. La scelta di non introdurre domande aperte è consapevole, considerando che in questo modo la compilazione è statisticamente più alta.

## CAPITOLO 3

### RISULTATI

#### 3.1 Risultati ottenuti

##### *3.1.1 Intervista strutturata agli infermieri U.O. ORL ULSS 15-P.O. Cittadella*

Alla prima domanda *“Di cosa pensi possano avere bisogno per affrontare l'esperienza di malattia e cura i pazienti laringectomizzati?”* gli infermieri hanno risposto che i pazienti necessitano di informazioni sul percorso post operatorio e su quello che dovranno affrontare, del supporto familiare, assistenziale e psicologico, e la vicinanza con persone che condividono la loro malattia. L'infermiere ha un ruolo molto importante, quello di seguire il paziente nell'immediato post operatorio e nei giorni successivi, aiutandolo ad affrontare la gestione della tracheostomia e creando un rapporto di fiducia e sostegno. Oltre alla professionalità è necessario un rapporto e un approccio di disponibilità, di cordialità e di incoraggiamento continuo.

Alla seconda domanda *“A cosa si potrebbe dare risposta come gruppo?”*, invece, gli infermieri hanno risposto che si potrebbe favorire l'ascolto tra i pazienti e i familiari, accogliere le ansie e stimolare i pazienti ad affrontare il duro momento. Un gruppo di infermieri può creare un ambiente familiare e sereno che possa dare risposte competenti e parole di rassicurazione. Inoltre come gruppo si potrebbe dare maggiori informazioni riguardo quello che il paziente andrà incontro, ora questo viene fatto solo in parte perché si teme 'l'effetto fuga', per questo sarebbe positivo che all'incontro prima dell'intervento ci fosse anche una figura infermieristica. Il compito degli infermieri è quello di ricreare un benessere psico-fisico che aiuti il paziente ad affrontare una vita diversa dalla precedente, mentre invece la malattia e gli interventi chirurgici sono causa di una profonda crisi d'identità.

Alla terza domanda *“Quali sono le risorse attivabili nel territorio?”* gli infermieri hanno risposto il servizio domiciliare, la figura dello psicologo, la logopedista, l'Associazione Italiana laringectomizzati, l'Associazione Oncologica Italiana mutilati della voce, il Maestro riabilitativo della voce, e i gruppi di auto mutuo aiuto.

Alla quarta domanda *“Come si potrebbe migliorare il supporto alla famiglia?”* gli infermieri hanno risposto coinvolgendo i familiari nel pre e post intervento, in ospedale come a domicilio, nella gestione di tutti gli aspetti tecnici e psicologici. L'infermiere deve eseguire un'adeguata educazione sanitaria rivolta ai componenti della famiglia, che sono il caregiver del paziente stesso, mettendoli in condizioni tali da poter gestire insieme al paziente la dura situazione.

Infine all'ultima domanda *“Ci sono situazioni nelle quali ritenete che sarebbe necessario il supporto di altri professionisti per il paziente, la famiglia e il gruppo assistenziale?”* le situazioni emerse sono: 1) pazienti che non riescono a reagire e si deprimono, 2) pazienti con situazioni familiari disagiate, 3) il momento alla rieducazione alla voce. I professionisti di cui sarebbe necessario il supporto sono psicologo, assistente sociale, logopedista.

### *3.1.2 Intervista Maestro Riabilitatore della voce*

Il Maestro Riabilitatore della voce, referente per l'ULSS 15 Cittadella-Camposampiero, afferma che il bisogno principale delle persone laringectomizzate totali è quello di essere considerate come prima, senza l'handicap della parola. La gente prova pena per queste persone ma non le considera come prima, invece sostiene che c'è bisogno che la gente lasci stare la malattia che hanno avuto e parli con loro come se non fosse successo niente. Hanno bisogno di essere capiti e compresi.

Dopo l'intervento quasi tutti tendono a chiudersi in casa evitando il contatto con la gente. Hanno paura del tumore, soprattutto quando vengono a conoscenza dell'asportazione delle corde vocali, e la prima domanda che una persona si fa è *“Ma poi come faccio a parlare-dialogare?”*. Dopo l'intervento a queste persone crolla tutto addosso perché vorrebbero parlare con qualcuno ma dalla bocca non esce niente.

Spiega che lui stesso ha trovato un grande miglioramento con le persone da quando fa parte dell'Associazione Oncologica Italiana mutilati della voce, che lo mette a contatto direttamente con il mondo esterno. Riesce a parlare e dialogare e la maggior parte delle persone lo prende com'è, non come un paziente ma come una persona normale. Alcuni giorni dopo l'intervento sono andate a parlargli due persone operate come lui, le quali riuscivano a parlare, e in quel momento gli è scattata una molla *“se ci riescono loro a*

parlare perché non dovrei riuscirci io?”. Ora insegna ad altre persone a parlare con la voce esofagea, prima in ospedale, poi a casa o in Associazione Oncologica Italiana mutilati della voce. Raccontando ciò ha affermato “non so se lo faccio più per me stesso o per loro”.

### 3.1.3 Questionario sullo stato di salute psicologico della persona laringectomizzata totale

Sono stati analizzati i 25 questionari raccolti rivolti ai pazienti laringectomizzati totali che afferiscono all'ambulatorio oncologico ORL il lunedì pomeriggio per controlli di follow-up. La partecipazione ad essi è quasi totalmente maschile, solo ad una donna è stato possibile somministrare il questionario; mentre l'età rilevata è superiore ai 50 anni e riportato in percentuale nella tabella I. Nella tabella II, invece, viene riportato il periodo in cui questi pazienti sono stati sottoposti all'operazione di laringectomia totale.

**Tab I.** Età dei partecipanti al questionario in percentuale

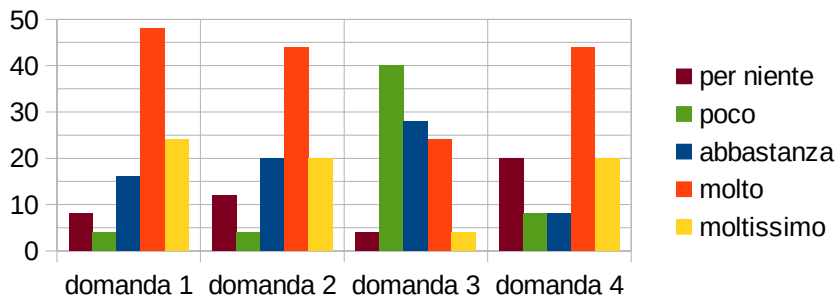
	18-35 anni	36-50 anni	51-65 anni	superiore a 65 anni
Pazienti	0%	0%	36%	64%

**Tab.II** Periodo dell'operazione dei partecipanti al questionario in percentuale

	meno di 3 mesi fa	tra 3 e 6 mesi fa	tra 6 mesi e 1 anno fa	tra 1 anno e 3 anni fa	tra 3 e 5 anni fa	più di 5 anni fa
Pazienti	0%	0%	16%	16%	28%	40%

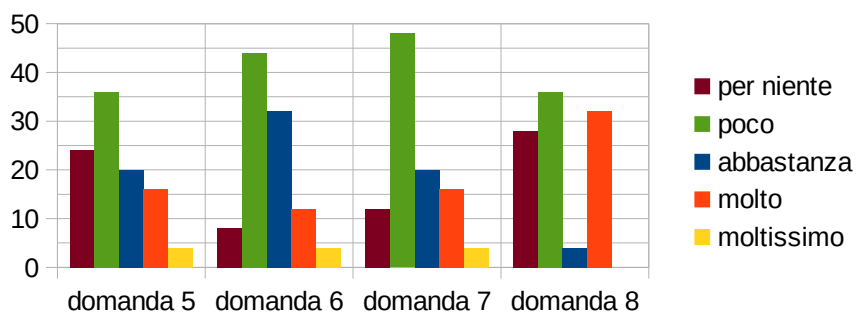
Vengono riportati qui di seguito i risultati totali del questionario in percentuale.

Alla domanda 1 “*Quando ha saputo della sua malattia si è spaventato/angosciato?*” la maggior parte delle persone ha risposto 'molto' (48%) e 'moltissimo' (24%). Alla domanda 2 “*Ha avuto la sensazione di perdere ogni riferimento sicuro della sua vita?*” la maggior risposta è stata 'molto' con il 44%, seguono 'moltissimo' e 'abbastanza' con 20%. Alla domanda 3 “*Si è sentito in grado di affrontare l'intervento?*” il 40% delle persone ha risposto 'poco', il 28% 'abbastanza' e il 24% 'molto'. Alla domanda 4 “*Ha temuto il peggio?*” il 44% dei partecipanti ha risposto 'molto', il 20 % 'moltissimo' ma anche 'per niente'. (Fig.1)



**Figura 1.** Risposte domanda 1, domanda 2, domanda 3, domanda 4

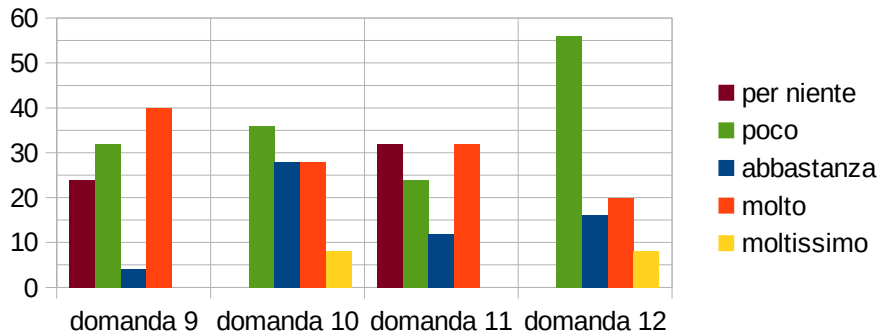
Alla domanda 5 “*Le sembra di aver accettato il cambiamento che ha subito il suo corpo?*” il 60% delle persone ha risposto 'per niente' (24%) e 'poco' (36%), mentre alla domanda 6 “*E' riuscito ad accettare la malattia?*”, il 44% ha risposto 'poco' e il 32% 'abbastanza'. Alla domanda 7 “*Si è sentito in grado di affrontare il cambiamento delle sue abitudini quotidiane?*” il 48% dei partecipanti ha risposto 'poco', e sotto il 20% tutte le altre risposte. Alla domanda 8, invece, “*Si sente più solo di prima?*” il 28% ha risposto 'per niente', il 36% 'poco' e il 32% 'molto'. (Fig.2)



**Figura 2.** Risposte domanda 5, domanda 6, domanda 7, domanda 8

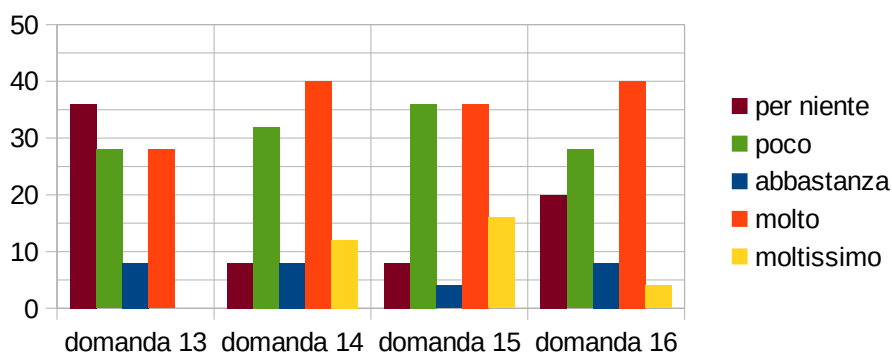
Alla domanda 9 “*Si è sentito abbandonato da amici/parenti?*” il 40% delle persone ha risposto 'molto', ma il 24% ha risposto 'per niente' e il 32% 'poco', mentre alla domanda 10 “*Si sente accettato dalla società?*” le risposte sono state 36% 'poco', 28% 'abbastanza' e 'molto' e 8% 'moltissimo'. Alla domanda 11 “*Ha la sensazione di aver perso il suo ruolo familiare/sociale?*” il 32% dei partecipanti hanno risposto rispettivamente 'per niente' e

molto', il 24% 'poco' e il 12% 'abbastanza'. Alla dodicesima domanda *“Pensa di riuscire ad affrontare adeguatamente le relazioni con il mondo esterno?”* e il 56% hanno risposto 'poco'. (Fig.3)



**Figura 3.** Risposte domanda 9, domanda 10, domanda 11, domanda 12

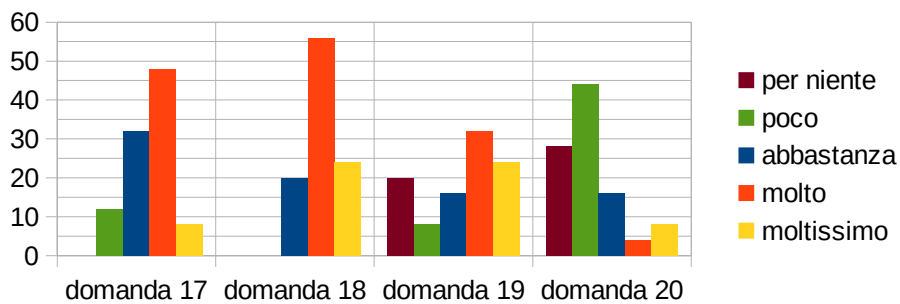
Alla domanda 13 *“Ha la sensazione di aver perso la sua identità?”* il 36% ha risposto 'per niente', il 28% 'poco', l'8% 'abbastanza' e il 28% 'molto'. Alla domanda 14 *“Si trova a disagio a comunicare con la gente?”*, il 40% ha risposto 'molto', il 12% 'moltissimo' e il 32% 'poco', e alla domanda 15 *“Questo disagio a comunicare si ripercuote nel suo umore?”*, il 36% ha risposto 'molto', il 16% 'moltissimo' e il 36% 'poco'. Alla domanda 16 *“Vorrebbe scappare dalla realtà?”* il 40% ha risposto 'molto', il 28% 'poco' e il 20% 'per niente'. (Fig.4)



**Figura 4.** Risposte domanda 13, domanda 14, domanda 15, domanda 16

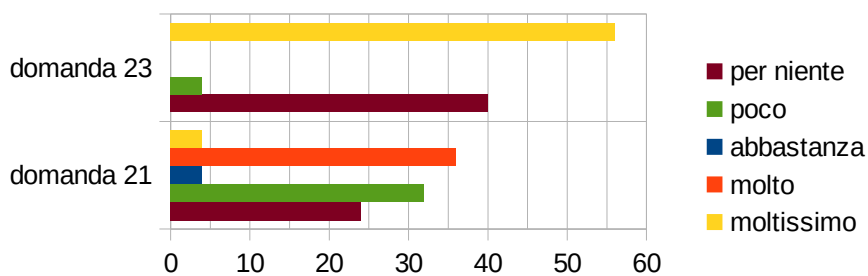
Alla domanda 17 e 18 si chiedeva rispettivamente *“Ha fiducia in se stesso?”* e *“Ha fiducia nelle persone che le stanno vicino?”*, nel primo caso il 48% ha risposto 'molto', il

32% 'abbastanza', mentre nel secondo caso il 56% ha risposto 'molto', il 24% 'moltissimo' e il 20% 'abbastanza'. Alla domanda 19 *“E' arrabbiato per quello che è successo?”* il 32% ha risposto 'molto', il 24% 'moltissimo', ma allo stesso tempo il 20% ha risposto 'per niente'. Alla ventesima domanda *“Si sente/si è sentito motivato ad affrontare il percorso rieducativo/riabilitativo?”* il 28% ha risposto 'per niente' e il 44% 'poco'. (Fig.5)



**Figura 5.** Risposte domanda 17, domanda 18, domanda 19, domanda 20

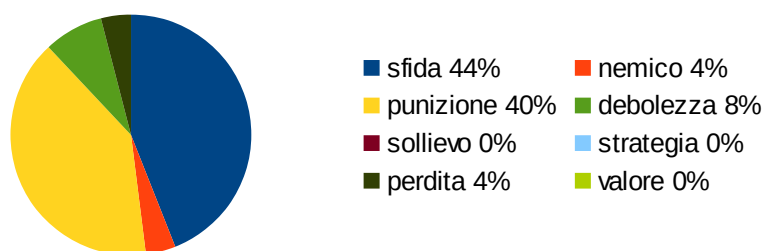
Alla domanda 21 *“Ha difficoltà ad affrontare le situazioni difficili? Si sente frustrato?”* le risposte sono state discordanti con il 24% 'per niente', 32% 'poco' e 36% 'molto'. Mentre alla domanda 23 *“Ha mai pensato che sarebbe/sarebbe stato meglio morire?”* le persone si sono divise principalmente in due gruppi con risposte opposte, il 40% ha risposto 'per niente' e il 56% 'moltissimo'. (Fig.6)



**Figura 6.** Risposte domanda 21, domanda 23

Alla domanda 22 *“Quale di questi significati attribuirebbe alla sua malattia?”* la maggior parte dei partecipanti ha risposto sfida o punizione. (Fig.7)





**Figura 7.** Significati attribuiti alla malattia

Alle domande 24, 25 e 26 si chiedeva come la persona valuta il suo benessere globale/qualità di vita precedente la malattia, attuale e futuro. Le risposte, in valore numerico da 1 a 10 dove 1 è pessimo e 10 eccellente, si possono dividere in 5 gruppi. Alcuni pazienti considerano la qualità di vita attuale peggiore di quella precedente la malattia, ma il benessere di vita futuro migliore di quello attuale, con le seguenti risposte: 10-4-5, 10-7-8, 6-4-5, 9-4-5, 9-5-6, 9-4-5, 8-6-7. Per altri, invece, non solo la qualità di vita attuale risulta peggiore di quella precedente la malattia ma immaginano anche la vita futura peggiore di quella attuale. Le loro risposte sono state le seguenti: 10-3-2, 8-3-2, 10-3-2, 7-5-3, 7-6-5. Diverse persone hanno valutato il benessere attuale peggiore del precedente e uguale a quello futuro, riportando queste risposte: 7-8-8, 10-5-5, 8-5-5, 9-5-5, 8-4-4, 7-4-4, 8-7-7, 8-5-5. Altri pazienti valutano la qualità di vita nei tre momenti uguali (9-9-9, 5-5-5), mentre altri immaginano la qualità di vita futura migliore di quella attuale e di quella precedente la malattia con queste risposte: 7-6-8, 10-4-10, 8-8-10.

### 3.2 Discussione risultati

Dalle rilevazioni condotte emerge che per affrontare l'esperienza di malattia e cura i pazienti laringectomizzati totali hanno bisogno del supporto assistenziale e familiare. È necessario favorire l'ascolto con il paziente e tra i pazienti e i familiari, e coinvolgere la famiglia in modo da gestire insieme alla persona la dura situazione. Inoltre hanno bisogno della vicinanza di persone che condividono la loro malattia, questo tramite l'Associazione Italiana laringectomizzati, o l'Associazione Oncologica Italiana mutilati della voce e la figura del Maestro Riabilitatore della voce. Riporta infatti Brook (2010) “ho avuto il supporto dei miei familiari e colleghi, che mi hanno accettata com'ero. Sono stata

fortunata ad avere il supporto dell'Associazione Laringectomizzati locale, che mi ha aiutata a fronteggiare le difficoltà. Ho scoperto l'immenso potenziale di attingere ad esperienze di altri pazienti laringectomizzati. Persone che non avevo mai incontrato mi hanno supportata rispondendo alle mie domande e condividendo le loro conoscenze". Dai dati ricavati emerge che tra le persone che hanno partecipato al questionario non molte si sentono più sole di prima, solo il 32% ha risposto 'molto', o abbandonati da amici/parenti, in questo caso il 40% ha risposto 'molto'. Hanno bisogno, inoltre, per affrontare la loro malattia di informazioni, "crediamo che tutti i pazienti che si sottopongono a una chirurgia aggressiva devono essere informati sulla diagnosi" (Sanchez et al., 2011).

Emerge che sono molte le figure professionali che ruotano attorno al paziente laringectomizzato, quali, oltre al medico otorino e oncologo e agli infermieri, logopedisti, psicologi e assistenti sociali. Questo perché "la riabilitazione deve cominciare dal momento della diagnosi, continuare durante la fase ospedaliera post chirurgica e la fase post ospedaliera fino al risultato dell'autonomia totale del paziente, al suo reinserimento sociale e al recupero della comunicazione orale. Deve essere realizzata da un'equipe multidisciplinare qualificata nel trattamento di questi pazienti." (Sanchez et al., 2011).

È possibile osservare che il ruolo della figura dello psicologo per questi pazienti appare più volte, infatti "[...] devono essere valutati da uno psicologo con l'obiettivo di realizzare una diagnosi psicosociale, considerando i fattori di rischio dell'inadeguato adattamento post chirurgico. Inoltre si deve considerare il contorno sociale dell'individuo e le sue reti di appoggio considerando la necessità di una psicoterapia specifica per diminuire il grado di ansia, controllare le reazioni emozionali e la possibile depressione che produce la diagnosi" (Sanchez, 2011).

Dai risultati ottenuti in questa indagine e dalla letteratura si può osservare che la perdita della voce per l'asportazione delle corde vocali è la problematica centrale dopo l'intervento di laringectomia totale. Come riporta una persona intervistata da Bickford (2013) "Avevo perso la mia voce...avevo perso parte del mio carattere, parte della mia personalità ..e questo è molto difficile. Per molto tempo ero solita sognare di essere ancora in grado di parlare bene..". Infatti non solo molti pazienti che hanno partecipato al questionario si trovano a disagio a comunicare con la gente e questo si ripercuote nel loro umore, ma anche molti di loro quando hanno saputo della malattia si sono spaventati/angosciati (72% hanno risposto 'molto' o 'moltissimo'), hanno avuto la sensazione di perdere ogni

riferimento sicuro della propria vita e hanno temuto il peggio (64% delle persone in entrambe le domande ha risposto 'molto' o 'moltissimo'). Inoltre molti non hanno accettato il cambiamento del proprio corpo e la malattia, non si sono sentiti in grado di affrontare il cambiamento delle proprie abitudini quotidiane, non pensano di affrontare adeguatamente le relazioni con il mondo esterno, e sono arrabbiati per quello che è successo.

Risulta altrettanto evidente l'importanza della rieducazione foniatrica, infatti riporta Magnani (2010) “Interessante notare come nel gruppo dei laringectomizzati sottoposti a rieducazione foniatrica con ottimo recupero fonatorio sia presente un bassissimo indice di ansia e depressione [...]. Va da sé che questo significa [...] che il laringectomizzato che ha riacquisito la voce con metodo foniatrico presenti un maggior controllo emotivo, una notevole serenità d'animo, ed un tono di umore elevato perlomeno contrario alla depressione”. Molti sono però i pazienti che non si sentono motivati ad affrontare il percorso rieducativo/riabilitativo, 72% delle persone ha risposto 'per niente' o 'poco'.

L'aspetto della fiducia non risulta una criticità, poiché la maggior parte dei pazienti intervistati ha fiducia in se stesso e nelle persone che gli stanno vicino. Infatti risulta fondamentale mantenere l'autostima e la fiducia (Sironi, 2015).

Il 44 % dei pazienti partecipanti al questionario attribuisce alla sua malattia il significato di *sfida*, il 40% invece di *punizione*, sarebbe necessario capire però se nel primo caso sono riusciti ad affrontare la malattia attivamente, e nel secondo se la considerano una giusta o ingiusta punizione.

La maggior parte dei pazienti valuta la propria qualità di vita attuale peggiore di quella precedente la malattia, alcuni poi considerano quella futura peggiore di quella attuale e altri uguale. Afferma Luigi Lampredi (2000) in 'La mia storia, una storia come tante' “[...] Quando ci si sente così isolati, se non fosse per qualche eccezione, la morte sarebbe consolatrice e liberatrice”. Il 56% dei pazienti intervistati, infatti, ha pensato almeno una volta che sarebbe stato meglio morire rispondendo 'moltissimo', mentre il rimanente 44% si è schierato nel polo opposto rispondendo 'per niente' o 'poco'.

I dati ricavati confermano che “la qualità di vita del paziente oncologico della testa-collo è correlata a molti fattori, ma è la capacità di gestire le variabili psicologiche a risultare determinante. Il benessere dipende soprattutto dal saper affrontare la malattia, i cambiamenti conseguenti, superando le varie difficoltà, con fiducia e determinazione.” (Sironi, 2015)

## CAPITOLO 4

### CONCLUSIONI

#### 4.1 Conclusione e proposta progettuale

Il benessere psicologico dei pazienti laringectomizzati totali è complesso e difficilmente standardizzabile, per questo motivo risulta necessario supportare l'assistenza infermieristica a questi pazienti ma anche sostenere gli stessi infermieri e l'intera équipe nella relazione d'aiuto a queste persone “speciali”.

Tenendo conto della bibliografia, del contesto e dei risultati emersi dallo studio di Tesi che si è avvalso anche di una Intervista strutturata rivolta agli infermieri, si propone la stesura di un progetto assistenziale al fine di garantire un'assistenza accurata e focalizzata su ogni singolo caso, partendo dalla necessaria individuazione dei bisogni e dei problemi, in questo caso psicologici, del paziente laringectomizzato totale.

La cartella infermieristica in uso nell'U.O. ORL del Presidio Ospedaliero di Cittadella ULSS 15 non prevede una sezione dedicata all'accertamento e alla documentazione degli aspetti psicologici del paziente. La proposta progettuale (allegato V) consiste in una *Scheda infermieristica di valutazione degli aspetti psicologici* del paziente laringectomizzato totale.

La Scheda si interessa di individuare i bisogni psicologici, che gli infermieri stessi dichiarano di dover affrontare, percependo infatti, come emerge dalla nostra analisi, che manca una modalità condivisa per aiutare i pazienti laringectomizzati totali ad affrontare l'esperienza di malattia, della cura, degli aspetti psicologici e relazionali. Le nove domande contenute nella Scheda sono semplici e con possibilità di risposta SI e NO per velocizzare il lavoro dell'infermiere. Alcune domande riguardano più aspetti anamnestici, come ad esempio se ha già sofferto di depressione o di altri disturbi psichici, mentre altri quesiti riguardano la situazione attuale del paziente, ovvero se adesso si sente depresso o se ora è presente uno stato d'ansia. Questa Scheda infermieristica rappresenta un modello di accertamento che permette di evidenziare e monitorare questi bisogni durante tutto il percorso di cura del paziente e far emergere problematiche che si possono sviluppare anche dopo mesi o anni dalla diagnosi. Si propone di compilare la Scheda durante il ricovero o al

momento della dimissione per avere un punto di partenza, poi dopo un mese dalla dimissione durante la prima visita di controllo, e in seguito durante le successive visite in base al piano di follow-up personalizzato per ogni paziente. Per questo motivo è importante che la figura dell'infermiere sia presente accanto al medico nel momento della diagnosi e nelle visite di follow-up.

Come è emerso nel corso dello studio la riabilitazione di questi pazienti deve essere realizzata da un'*equipe multidisciplinare* qualificata. Attualmente nel reparto ORL di Cittadella ULSS 15 le figure coinvolte per questi pazienti sono infermieri, medici otorini e oncologici, logopedisti e la figura volontaria del Maestro Riabilitatore della Voce. Non è presente nel team la figura di uno psicologo per questi pazienti. In questo contesto si inserisce l'importanza per gli infermieri di una Scheda di accertamento come quella proposta, in quanto permette di valutare la risposta psicologica del paziente ed eventualmente contrattare un piano d'intervento che permetta la modificazione e risoluzione dei comportamenti svantaggiosi, e nei casi più gravi di discutere in equipe la proposta di una presa in carico psicologica specialistica. L'approccio psicologico più adeguato con il quale entrare in contatto con queste problematiche è la *relazione d'aiuto*, ovvero un processo orientato a far prendere coscienza a chi riceve aiuto della propria situazione e delle proprie risorse in modo da poterla gestire fino a giungere alla risoluzione stessa.

L'importanza del Maestro Riabilitatore della Voce nell'U.O. ORL per il benessere psicologico dei pazienti laringectomizzati totali viene sottolineata sia dalle interviste condotte sia dalla letteratura. Per questo motivo è fondamentale che il Maestro della Voce incontri questi pazienti sia, come già avviene nell'U.O., durante il ricovero, ma anche nel pre ricovero e quando in seguito si recano alle visite di follow up. Alcuni pazienti possono iniziare con lui un percorso, che continua dopo la dimissione, di educazione alla nuova voce esofagea, mentre per altri può essere solo un sostegno relazionale e psicologico. La rieducazione foniatrica è però da incoraggiare, e il Maestro della Voce può diventare essenziale in questo. Egli rappresenta, inoltre, un aggancio con l'Associazione Oncologica Italiana mutilati della voce, la quale può diventare per molti pazienti grande aiuto e sostegno.

Il benessere dell'equipe di lavoro e la sua capacità di gestire lo stress sono fattori altrettanto importanti per migliorare la qualità di vita del paziente laringectomizzato totale.

È essenziale che nella gestione multidisciplinare del paziente oncologico siano previsti momenti di *discussione delle situazioni problematiche* (Società Italiana di Psiconcologia, 2011) , ad esempio attraverso un gruppo secondo il metodo Balint (Società Psicoanalitica Italiana), dove il punto comune di ogni incontro è la discussione di casi clinici presentati di volta in volta da un operatore diverso e ogni operatore viene incoraggiato ad esprimere le emozioni che ha provato nella relazione con il paziente e ad ascoltare quello che il gruppo gli rinvia. Presentare il caso parlando delle ansie e dei problemi del paziente diviene un modo per parlare delle proprie emozioni. Il metodo Balint permette anche di migliorare l'ascolto dell'operatore verso il paziente e di comprendere il significato psicologico dei sintomi. Si propone un gruppo a cadenze quindicinali prefissate, su partecipazione volontaria condotto da uno psichiatra o uno psicologo con formazione psicoanalitica.

È ampiamente riconosciuto, inoltre, il bisogno di una *formazione psicologica* da parte degli operatori (Società Italiana di Psiconcologia, 2011), attraverso corsi di formazione o giornate di studio su tematiche generali e specifiche di tipo psicologico, come ad esempio i vissuti affettivi ed emotivi del malato oncologico, l'impatto psicologico alla malattia, le reazioni psicologiche alla diagnosi, il concetto di qualità di vita, tipi di interventi psicologici sul paziente, e approcci di intervento incentrati anche sulla famiglia.

La capacità di gestire i bisogni psicologici è fattore determinante per la Qualità di vita dei pazienti laringectomizzati totali, è essenziale dunque, attraverso queste strategie, migliorare l'assistenza a questi pazienti.

## BIBLIOGRAFIA


- AILAR (2010) *Laringectomia totale aspetti foniatrici voce faringo-esofagea* [online]. Disponibile da: <http://www.ailar.it/DW.asp> [consultato il 18 agosto 2015]
- AIOM (2014) *Linee guida tumori della testa e del collo* [online]. Disponibile da: <http://www.aiom.it/area+pubblica/area+medici/Prodotti+scientifici/linee+guida/1,333,1>, [consultato il 18 agosto 2015]
- AIRC (2014) *Tumore laringe faringe* [online]. Disponibile da: <http://www.airc.it/tumori/tumore-alla-bocca-laringe-faringe.asp> [consultato il 18 agosto 2015]
- Bickford J., Coveney J., Baker J., Hersh D. (2013) Living with the altered self: A qualitative study of life after total laryngectomy. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3): 324-333
- Brook I. (2010) A physician's experience as a cancer of the neck patient. *Surgical Oncology*, 19: 188-192
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/leggi-nazionali.htm> [consultato il 18 agosto 2015]
- Duca M. *Dopo la laringectomia, manuale ad uso delle persone sottoposte ad intervento di laringectomia totale* [online]. Disponibile da: <http://www.alrfvg.it/docs/Massimo-Duca-Vademecum-laringectomizzati.pdf> [consultato il 1 settembre 2015]
- Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003) *Manuale pratico di psiconcologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Kubler-Ross E. (2013) *La Morte e il morire*. (13<sup>a</sup> edizione). Assisi: Cittadella editrice
- Lampredi L. (2000) La mia storia una storia come tante. *Corriere dei laringectomizzati*, 29(4)
- Lipowsky Z. J. (1983) Psychosocial reactions to physical illness. *Canadian Medical Association Journal*, 128: 1069-1072
- Magnani M. (2010) Le problematiche psicologiche del laringectomizzato. *I quaderni della salute*, 1(1): 25-26
- Martini F., Timmons M. J., Tallitsch R. B. (2012) *Anatomia Umana*. (5<sup>a</sup> edizione). Napoli: EdiSES

- Sanchez R. A., Collado J. I.A., Sebastian J. M., Bondia A., Vallès H. (2011) Valoración del grado de afectación sobre la salud psíquica en el paciente prelaríngectomizado. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 62(3): 220-227
- Sironi P. (2015) Gestione della “Qualità di vita” del paziente oncologico della testa-collo. *Corriere dei laringectomizzati*, 44(1): 4-5
- Società Italiana di Psiconcologia (2011) Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica (2<sup>a</sup> edizione).
- Società Psicoanalitica Italiana *Balint (Il metodo)* [online]. Disponibile da: [http://www.spiweb.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3824:il-metodo-balint&catid=552](http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=3824:il-metodo-balint&catid=552) [consultato il 7 ottobre 2015]
- Spiegel D., Classen C. (2003). *Terapia di gruppo per pazienti oncologici*. McGraw-Hill, Milano.



## **ALLEGATI**

# ALLEGATO I

  
Azienda  
**U.L.S.S.15**  
ALTA PADOVANA  
Regione del Veneto  
Cittadella, 17 AGO. 2015  
Prot. n. 65874/14-18-4

**Alla Dott.ssa Paola Bernardi**  
Servizio per la programmazione e  
valorizzazione delle Professioni Sanitarie  
Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie  
Az. Ulss n. 9 Treviso  
Via S.Ambrogio di Fiera, 37  
31100 TREVISO (TV)

e p.c. **Al Dott. Riccardo Artico**  
Direttore U.O.A. ORL  
P.O. di Cittadella

**Al Direttore Medico**  
P.O. Cittadella

**Alla studentessa**  
**Sara Dussin**  
sara.dussin3@studenti.unipd.it

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione raccolta dati Tesi di Laurea in Infermieristica.**  
**Laureanda: Sara Dussin.**

Con riferimento alla Vs. richiesta di collaborazione prot. n° 74974 del 19/06/2015, si autorizza la studentessa SARA DUSSIN a frequentare l'U.O.A. di ORL del P.O. di Cittadella al solo scopo della raccolta dati finalizzata alla realizzazione della Tesi di Laurea in Infermieristica.

Con l'occasione, si inviano distinti saluti.

  
IL DIRIGENTE RESPONSABILE  
*dott. Tullio Zampieri*

Ufficio Tirocini  
tel. 0499424009  
Mail: tirocini@ulss15.pd.it

**U.O.S. AFFARI GENERALI E FORMAZIONE Responsabile a.i. dott. Tullio Zampieri**  
Affari Generali Tel (+39) 049 9424201 - Fax (+39) 049 9424012 – affari.generali@ulss15.pd.it  
Formazione Tel (+39) 049 9424031 - Fax (+39) 049 9424035 – formazione@ulss15.pd.it

Sede Legale via Casa di Ricovero, 40 - 35013 Cittadella PD - www.ulss15.pd.it - protocollo@pec.ulss15.pd.it - C.F. e P.I. IT 00347610289

## **ALLEGATO II**

### **INTERVISTA STRUTTURATA AGLI INFERMIERI U.O. OTORINOLARINGOIATRIA ULSS 15-P.O. CITTADELLA**

- 1) Di cosa pensi possano avere bisogno per affrontare l'esperienza di malattia e cura i pazienti laringectomizzati totali?
- 2) A cosa si potrebbe dare risposta come gruppo?
- 3) Quali sono le risorse attivabili nel territorio?
- 4) Come si potrebbe migliorare il supporto alla famiglia?
- 5) Ci sono situazioni nelle quali ritenete che sarebbe necessario il supporto di altri professionisti, per il paziente, la famiglia e il gruppo assistenziale?

## ALLEGATO III

### QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE PSICOLOGICO DELLA PERSONA LARINGECTOMIZZATA TOTALE

#### DATI:

-Sesso: M F

-Età: 18-35 36-50 51-65 superiore a 65

-periodo dell'operazione: - meno di 3 mesi fa

- tra 3 e 6 mesi fa

- tra 6 e 1 anno fa

- tra 1 anno e 3 anni fa

- tra 3 e 5 anni fa

-più di 5 anni fa

Barrare la voce più corrispondente alla sua condizione.

#### **1) Quando ha saputo della sua malattia si è spaventato/angosciato?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

#### **2) Ha avuto la sensazione di perdere ogni riferimento sicuro della sua vita?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

#### **3) Si è sentito in grado di affrontare l'intervento?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

#### **4) Ha temuto il peggio?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

#### **5) Le sembra di aver accettato il cambiamento che ha subito il suo corpo?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

#### **6) È riuscito ad accettare la malattia?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

#### **7) Si è sentito in grado di affrontare il cambiamento delle sue abitudini quotidiane?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

#### **8) Si sente più solo di prima?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**9) Si è sentito abbandonato da amici/parenti?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**10) Si sente accettato dalla società?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**11) Ha la sensazione di aver perso il suo ruolo familiare/sociale?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**12) Pensa di riuscire ad affrontare adeguatamente le relazioni con il mondo esterno?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**13) Ha la sensazione di aver perso la sua identità?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**14) Si trova a disagio a comunicare con la gente?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**15) Questo disagio a comunicare si ripercuote nel suo umore?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**16) Vorrebbe scappare dalla realtà?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**17) Ha fiducia in se stesso?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**18) Ha fiducia nelle persone che le stanno vicino?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**19) È arrabbiato per quello che le è successo?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**20) Si sente/si è sentito motivato ad affrontare il percorso rieducativo/riabilitativo?**

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

**21) Ha difficoltà ad affrontare le situazioni difficili? Si sente frustrato?**

Per niente   Poco   Abbastanza   Molto   Moltissimo

**22) Quale di questi significati attribuirebbe alla sua malattia?**

-Sfida   -Nemico   -Punizione   -Debolezza  
-Sollievo   -strategia   -perdita   -valore

**23) Ha mai pensato che sarebbe/sarebbe stato meglio morire?**

Per niente   Poco   Abbastanza   Molto   Moltissimo

**24) Come valuta il suo benessere globale/qualità di vita precedente la malattia?  
(da 1 pessimo a 10 eccellente)**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**25) Come valuta il suo benessere globale/qualità di vita attuale?  
(da 1 pessimo a 10 eccellente)**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**26) Come immagina che sia il suo benessere globale/qualità di vita futuro?  
(da 1 pessimo a 10 eccellente)**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

## ALLEGATO IV

### QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE SULLO STATO DI SALUTE PSICOFISICO DELLA PERSONA LARINGECTOMIZZATA O AFFETTA DA PATOLOGIA ONCOLOGICA DELLA TESTA DEL COLLO ( a cura di MAURIZIO MAGNANI E PATRIZIA SIRONI)

#### Dati anamnestici

Cognome/Nome ..... Sesso M F  
Data e Luogo di nascita .....  
Età 18-35 36-50 51-65 Superiore a 65  
Indirizzo/Telefono .....  
Scolarità .....  
Professione .....  
Stato civile Celibe/Nubile Coniugato/Convivente Separato/Divorziato Vedovo/a  
Tipologia d'Intervento/Diagnosi.....  
Data dell'Intervento .....  
Precedenti malattie/interventi .....

**Le seguenti domande servono a poter comprendere meglio il suo stato di salute psicofisico nell'ultimo periodo. Barrare la voce più corrispondente alla sua condizione.**

- 1) **Quando ha saputo della sua malattia si è spaventato?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 2) **Ha ricevuto adeguate informazioni in merito?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 3) **Si è sentito in grado di affrontare l'intervento?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 4) **Ha temuto il peggio?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 5) **Si è sentito sostenuto dagli operatori/volontari?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 6) **I suoi familiari le sono stati vicino?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 7) **Le sembra di avere accettato l'immagine di Sè?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 8) **Si sente in grado di affrontare il cambiamento delle sue abitudini quotidiane?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 9) **Si sente più solo di prima?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 10) **Pensa di riuscire ad affrontare adeguatamente le relazioni con il mondo esterno?**  
Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

SEGUE ⇨

- 11) **La sua vita affettiva/sexuale è cambiata?**  
 Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 12) **Si sente/ si è sentito motivato ad affrontare il percorso rieducativo/riabilitativo?**  
 Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 13) **Si aspetta di migliorare il suo livello comunicativo-espressivo?**  
 Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 14) **Crede di riuscire a gestire i suoi momenti di difficoltà?**  
 Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 15) **Considerando i suoi bisogni, c'è qualche figura che potrebbe esserle d'aiuto?**  
 Medico specialista Psicologo Infermiere Logopedista Rieducatore/Volontario  
 Assistente Sociale Familiare Amico / Altro Nessuna
- 16) **Pensa di poter dare il suo contributo al mondo del volontariato oncologico?**  
 Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 17) **Dopo questa esperienza ha dato valore agli aspetti etico/religiosi della sua vita?**  
 Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo
- 18) **Come valuta il suo benessere globale/qualità di vita precedente la malattia?**  
 (Da 1 pessimo a 10 eccellente)  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 19) **Come valuta il suo benessere globale/qualità di vita attuale?**  
 (Da 1 pessimo a 10 eccellente)  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 20) **Come immagina che sia il suo benessere globale/qualità di vita futuro?**  
 (Da 1 pessimo a 10 eccellente)  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Osservazioni - suggerimenti:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE**

Con riferimento al DLG 196/2003, il sottoscritto/a acconsente al trattamento dei propri dati personali al fine di documentazione, studio/ricerca e comunicazione in ambito scientifico.

FIRMA

DATA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si prega di restituire il questionario debitamente compilato in ogni sua parte a:  
 ASSOCIAZIONE ITALIANA LARINGECTOMIZZATI – Via Friuli 28 – 20135 MILANO**





**ALLEGATO V**  
**PROPOSTA PROGETTUALE DI TESI**

<b>SCHEMA DI VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI PSICOLOGICI</b>		
Nome: _____ Cognome: _____ Data di nascita: __/__/__		
Data: __/__/__		
	<b>si</b>	<b>no</b>
-Il paziente ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici?		
-Il paziente è o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale?		
-Il paziente assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?		
-Il paziente si sente depresso?		
-Il paziente si sente socialmente isolato?		
-Il paziente si sente di ricevere il sostegno di cui necessita?		
-Vi è un'esplicita richiesta d'aiuto da parte del paziente o dei famigliari?		
-E' presente nel paziente uno stato d'ansia per la sua malattia?		
-Se si, in che modo tale stato ansioso interferisce con la sua vita? (es. ADL, relazioni, riposo notturno,...) _____		
_____		

