



UNIVERSITÀ DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - DPSS

**Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia Clinica dello Sviluppo**

Tesi di laurea Magistrale

***La Stanza del Silenzio come spazio di cura psicologica: uno studio pilota sul
significato e sull'impatto percepito in un contesto oncologico***

*The Room of Silence as a space for psychological care: a pilot study on its meaning
and perceived impact in an oncology setting*

Relatrice

Prof.ssa Sabrina Bonichini

Correlatrice esterna

Dott.ssa Malihe Shams

Laureanda: Marina Tambellini
Matricola: 2152774

Anno Accademico 2025-2026

INDICE

CAPITOLO 1 – L’impatto psicologico della malattia oncologica	5
1.1 <i>Evoluzione e campo di studio: dalla diagnosi alla "rottura biografica"</i>	5
1.2 <i>Pazienti, caregiver, operatori: il sistema della cura</i>	8
1.3 <i>I vissuti emotivi e le strategie di adattamento</i>	13
1.4 <i>Il distress oncologico</i>	16
CAPITOLO 2 – Lo spazio fisico come strumento di cura e contenimento	19
2.1 <i>Psicologia ambientale in ospedale: l'influenza dell'architettura e dello spazio sul benessere psicofisico</i>	19
2.2 <i>Lo spazio come "contenitore": il concetto di contenimento emotivo applicato al setting istituzionale</i>	22
2.3 <i>La "Stanza del Silenzio": genesi e diffusione di questi spazi</i>	25
2.4 <i>Il valore terapeutico del silenzio</i>	28
CAPITOLO 3: Il contesto dello IOV e lo studio pilota	34
3.1 <i>Il setting: La Stanza del Silenzio presso l'Istituto Oncologico Veneto</i>	34
3.2 <i>Disegno della ricerca e obiettivi specifici dello studio pilota</i>	38
3.3 <i>Metodologia</i>	42
3.4 <i>Risultati</i>	46
3.4.1 <i>Analisi descrittiva delle variabili socio-demografiche</i>	46
3.4.2 <i>Risultati obiettivo primario</i>	49
3.4.3 <i>Risultati quantitativi obiettivi secondari</i>	53
3.4.4 <i>Risultati qualitativi obiettivi secondari</i>	56
CAPITOLO 4: Discussione e conclusione dei risultati	62
4.1 <i>Discussione</i>	62
4.1.1 <i>Il profilo dell'utenza</i>	62
4.1.2 <i>La trasversalità del benessere e l'impatto sul ruolo (obiettivo primario)</i>	62
4.1.3 <i>Dinamiche logistiche e ambientali (obiettivi secondari quantitativi)</i>	64
4.1.4 <i>Vissuti fenomenologici e direttrici di ottimizzazione (obiettivi secondari qualitativi)</i>	65
4.2 <i>Riflessioni sul ruolo dello spazio fisico nell'umanizzazione delle cure oncologiche allo IOV</i>	66
4.3 <i>Limiti dello studio pilota</i>	68
4.4 <i>Implicazioni cliniche e prospettive future: suggerimenti per implementare, migliorare o diffondere questo modello</i>	70
4.5 <i>La riprogettazione dello strumento di valutazione: rationale clinico e architettura del questionario</i>	73
CONCLUSIONE	77
BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUZIONE

La patologia oncologica rappresenta oggi una delle sfide sanitarie e umane più complesse, capace di generare un impatto traumatico che travolge non solo il paziente, ma l'intero sistema di cura, comprendente i caregiver e il personale clinico. Affrontare questa realtà impone il superamento del tradizionale modello biomedico in favore di un approccio biopsicosociale, in cui l'eccellenza della cura medica si integri necessariamente con la presa in carico olistica della persona e dei suoi bisogni emotivi e spirituali.

È proprio in questo percorso di umanizzazione delle cure che si colloca l'operato dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV-IRCCS), polo di alta specializzazione e centro di ricerca di rilievo internazionale. Lo IOV è costantemente in ascolto dei bisogni di chi vive l'ospedale; una propensione resa evidente dai risultati dell'indagine regionale PREMs (*Patient Reported Experience Measures*). I dati hanno fatto emergere chiaramente due criticità per il benessere dei pazienti: l'inquinamento acustico tipico dei reparti e l'inevitabile iper-medicalizzazione degli spazi. Per rispondere a questa urgenza clinica e offrire un luogo sicuro di decompressione emotiva al reparto dai ritmi frenetici dell'ospedale, la Direzione ha scelto di intervenire istituendo la "Stanza del Silenzio". Questo progetto nasce dalla consapevolezza, supportata dalla psicologia ambientale, che lo spazio fisico possa trascendere la sua funzione di mero contenitore per diventare un vero e proprio strumento terapeutico.

Il movente del presente studio nasce dalla necessità di comprendere se e come questo spazio risponda effettivamente alle istanze di chi abita l'ospedale, accogliendo peraltro l'esplicito invito del Gruppo Nazionale della Stanza del Silenzio a intensificare la ricerca empirica su tali presidi presenti nel territorio italiano.

Il presente lavoro di tesi nasce da queste premesse. L'obiettivo principale è indagare che significato abbia e quale impatto clinico reale generi la Stanza del Silenzio allestita nella sede padovana dello IOV. Più nel dettaglio, è stato condotto uno studio pilota per misurare il livello di benessere psicologico degli utenti (pazienti, caregiver e operatori sanitari) al termine della loro permanenza nello spazio. Si è cercato di comprendere il ruolo predittivo di specifiche variabili socio-demografiche e, grazie a un approccio di ricerca misto, sono stati raccolti i vissuti fenomenologici diretti, con il fine pratico di ottimizzare il servizio.

Per rispondere a questi obiettivi, l'elaborato si articola in quattro capitoli. Il primo capitolo delinea le ripercussioni psicologiche della malattia oncologica, esplorando le dinamiche di distress e le strategie di adattamento all'interno della complessa triade clinica (paziente, caregiver, équipe curante). Il secondo capitolo inquadra il ruolo dello spazio fisico come elemento di cura, analizzando i principi dell'Evidence-Based Design, la genesi storica delle Stanze del Silenzio e le evidenze neurofisiologiche legate al valore terapeutico dell'assenza di rumore. Il terzo capitolo entra nel vivo della ricerca, descrivendo il contesto specifico dello IOV e illustrando il disegno dello studio pilota, per poi presentare in modo dettagliato i risultati quantitativi e qualitativi emersi dal campione esaminato. Infine, il quarto capitolo offre una discussione clinica e critica dei dati raccolti. In questa sede verranno messi in luce i limiti metodologici dell'indagine e delineate le implicazioni future, proponendo sia direttrici logistiche per il miglioramento del servizio, sia un nuovo impianto di valutazione psicometrica per supportare in modo sempre più rigoroso l'umanizzazione delle cure.

Alla base della scelta di questa tematica vi è la crescente consapevolezza che lo spazio di cura non rappresenta mai uno sfondo neutro, ma incide profondamente sul benessere psicofisico e sulla capacità di elaborazione emotiva di chi si trova ad affrontare il trauma e il dolore della malattia oncologica. L'auspicio è che questo elaborato finale possa portare un piccolo contributo a una maggiore comprensione del potenziale terapeutico di ambienti dedicati alla decompressione, come la Stanza del Silenzio, e offrire strumenti metodologici e spunti organizzativi concreti per affrontare e ridurre il distress, il carico assistenziale e il rischio di esaurimento emotivo che affliggono quotidianamente pazienti, familiari e operatori sanitari.

CAPITOLO 1 – L’impatto psicologico della malattia oncologica

1.1 Evoluzione e campo di studio: dalla diagnosi alla "rottura biografica"

Nell’attuale scenario sanitario globale, la patologia oncologica riveste una delle problematiche più rilevanti, sia in termini di incidenza epidemiologica che di impatto sociale (AIOM, 2023). Tuttavia, definire il cancro meramente come un processo biologico di proliferazione cellulare incontrollata appare oggi riduttivo. Esso si configura piuttosto come un "evento biografico" di rottura, capace di sovvertire l'equilibrio esistenziale dell'individuo, alterando la percezione del sé, del proprio corpo e delle prospettive future (Grassi et al., 2013).

Dunque, la diagnosi di cancro non è un evento puntiforme confinato al livello organico, ma un vero e proprio “evento sismico” che perturba le fondamenta dell’esistenza. Come teorizzato dal sociologo Michael Bury, la malattia cronica e grave agisce come una *"biographical disruption"* (rottura biografica), un momento critico in cui le strutture della vita quotidiana, le routine consolidate e le proiezioni sul futuro vengono bruscamente interrotte (Bury, 1982). Questa frattura costringe il soggetto a confrontarsi improvvisamente con il concetto di limite e di finitudine, generando una discontinuità tra la vita prima della diagnosi e quella successiva. L'equilibrio preesistente cede il posto a un senso di smarrimento, incertezza e perdita di controllo, generando quello che in ambito psiconcologico viene definito *distress*: un'esperienza emozionale spiacevole di natura psicologica, sociale e spirituale che può interferire con la capacità di affrontare la malattia (*NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care*, 2024).

Storicamente, l'approccio clinico alla malattia si concentrava quasi esclusivamente sulla sopravvivenza biologica (*to cure*). Tuttavia, l'evoluzione del campo di studio negli ultimi decenni ha evidenziato l'insufficienza di questo paradigma. La nascita della psiconcologia, a partire dagli anni '70, ha posto l'accento sulla necessità di integrare la cura tecnica con il "prendersi cura" (*to care*) della persona nella sua interezza (Holland, 2002a).

In particolare, a partire dagli anni '50, iniziarono ad emergere i primi studi sulle reazioni psicologiche al cancro e in molti contesti ospedalieri furono istituite delle vere e proprie unità di lavoro di medicina psicologica. Il professor Tim McElwain, un importante oncologo britannico e di fama internazionale con sede presso il Royal Marsden Hospital, ebbe un ruolo centrale nel facilitare l'introduzione dell'assistenza oncologica psicosociale nel Regno Unito, aiutando la psicologia oncologica a trovare un proprio ruolo nel contesto ospedaliero. McElwain riconobbe che l'assistenza oncologica doveva abbracciare e integrare le competenze dei professionisti della salute mentale. Egli affermava di desiderare un’assistenza psicologica “adeguata” per i suoi pazienti, riconoscendo i limiti della

medicina moderna. Quest'ultima, infatti, nel tentativo di fornire trattamenti all'avanguardia trascurava il ruolo del paziente come persona (Watson et al., 2014).

La nascita formale della psiconcologia risale al 1975, quando un piccolo gruppo di ricercatori clinici si riunì a San Antonio, Texas, per la prima conferenza nazionale sulla psiconcologia (Holland, 2002). Negli anni a venire, si verificò un crescente interesse per lo sviluppo di una specializzazione in oncologia psicosociale attraverso la creazione di società professionali: la *British Psychosocial Oncology Society* nel 1982, l'*American Psycho-Oncology Society* e l'*International PsychoOncology Society* nel 1984. Ad oggi, 36 società in 30 paesi formano una Federazione di Oncologia Psicosociale, lanciata nel 2007, che conta attualmente quasi 6.000 membri (Grassi e Watson, 2012; IPOS, 2010-2013). In questo periodo vennero lanciate riviste accademiche come *Psycho-Oncology* e il *Journal of Psychosocial Oncology*, offrendo un canale per la diffusione concertata della ricerca clinica in oncologia psicosociale. In questo modo, i professionisti del settore iniziarono a spostare gli standard verso modelli di cura (nell'accezione di *care*) basati sull'evidenza.

In definitiva, il nucleo centrale della psiconcologia affronta la sofferenza che si verifica con la diagnosi di cancro. Essa incorpora dimensioni psicologiche, sociali, spirituali ed esistenziali e cerca di aiutare il paziente a trovare un significato tollerabile alla presenza dell'intruso indesiderato della malattia grave e della minaccia al futuro e alla vita stessa. Nella Figura 1 si possono visualizzare la moltitudine degli obiettivi degli interventi di cui la psiconcologia si fa carico (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

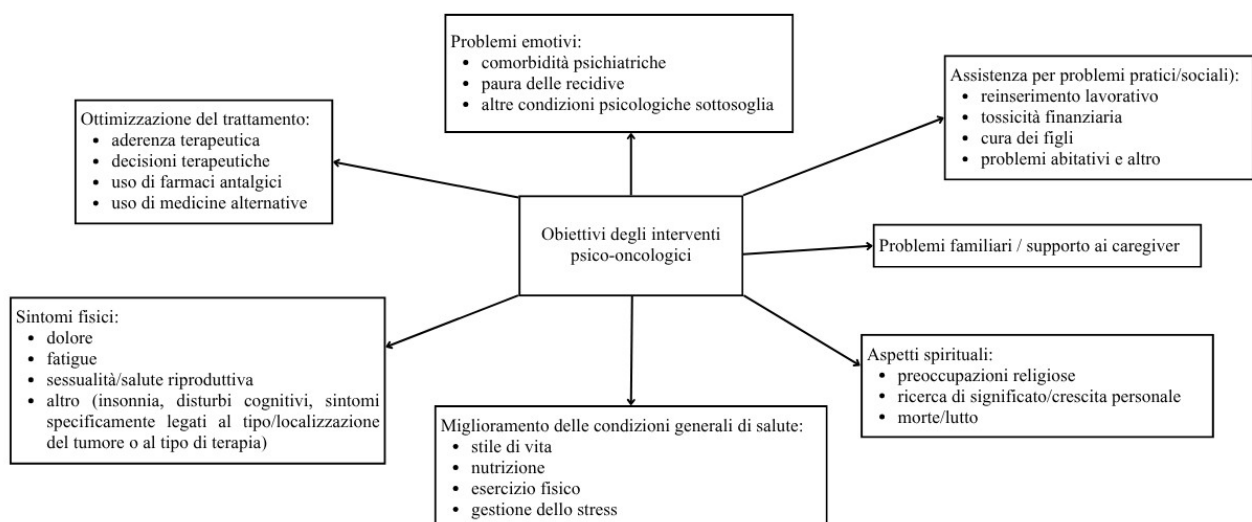


Figura 1 Rappresentazione schematica degli obiettivi della psiconcologia. Adattato da Lang-Rollin & Berberich, 2018, p.2

È proprio nello scarto tra la necessità di cure mediche invasive e il bisogno di rielaborazione esistenziale che emerge l'urgenza di ripensare i luoghi della cura. In questo contesto evolutivo,

l'ospedale non può più essere inteso solo come luogo di riparazione del corpo, ma deve configurarsi come spazio capace di farsi carico anche della sofferenza emotiva scaturita dalla rottura biografica. Riconoscere la malattia come un evento esistenziale è il presupposto fondamentale per legittimare la creazione di ambienti dedicati al raccoglimento e all'elaborazione del vissuto, come la *Stanza del Silenzio*. È proprio in questa prospettiva di cura integrale che diviene necessaria la predisposizione di spazi dedicati alla dimensione interiore della persona, capaci di accogliere il bisogno di silenzio, riflessione e significazione dell'esperienza vissuta. Tale spazio, inteso come luogo di umanizzazione e risorsa spirituale aconfessionale, costituisce il nucleo tematico del presente elaborato e verrà trattato approfonditamente nei capitoli successivi.

Tuttavia, per integrare spazi di cura emotiva, come la Stanza del silenzio, è necessario superare definitivamente il riduzionismo del Modello Biomedico tradizionale in favore del Modello Biopsicosociale, formulato da George Engel nel 1977. L'autore criticava la medicina contemporanea a causa della sua visione dualistica e meccanicistica in cui vi era una netta separazione tra il corpo (soma) e la mente (psiche). Nella cornice teorica biomedica non trovano spazio le dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia. Infatti, il modello biomedico ritiene che la malattia debba essere trattata come un'entità indipendente dal comportamento sociale e rivendica che le aberrazioni comportamentali siano spiegate sulla base di processi somatici alterati (biochimici o neurofisiologici). Il modello biomedico è divenuto un imperativo culturale e le sue limitazioni sono state semplicisticamente trascurate in quanto, pur nelle sue limitazioni, assicura una linea guida sanitaria che permette a partire da sintomi di arrivare ad apporre un'etichetta diagnostica. Engel rivoluziona questa tassonomia, proponendo una visione sistemica, in cui la malattia non è un evento isolato, bensì il risultato dell'interazione dinamica e circolare tra fattori di diversa natura (Engel, 1977).

Applicare questo modello in ambito oncologico significa riconoscere che il paziente non è "una macchina da riparare", ma un'unità complessa influenzata costantemente da tre dimensioni interconnesse:

- *Dimensione Biologica:* comprende la realtà fisiologica della malattia, inclusa la patologia cellulare, la stadiazione del tumore, la predisposizione genetica e la sintomatologia fisica (dolore, effetti collaterali delle terapie).
- *Dimensione Psicologica:* riguarda l'architettura interiore del paziente, includendo i vissuti emotivi (angoscia, paura, speranza), le credenze personali, la personalità e le strategie di adattamento (*coping*) messe in atto per fronteggiare la diagnosi.

- *Dimensione Sociale*: si riferisce al contesto esterno in cui la persona è immersa: la rete familiare e amicale, la situazione lavorativa ed economica, il supporto della comunità e i valori culturali che influenzano la percezione della malattia.

Solo prendendo in carico simultaneamente questi tre assi è possibile garantire quella *Quality of Life* che rappresenta oggi l'obiettivo primario delle cure oncologiche avanzate (Grassi et al., 2023).

1.2 Pazienti, caregiver, operatori: il sistema della cura

L'evoluzione del pensiero medico verso il paradigma biopsicosociale ha imposto un radicale ripensamento dell'unità di analisi in oncologia. Se la medicina tradizionale focalizzava il proprio intervento esclusivamente sull'organo malato o, al più, sull'individuo affetto dalla patologia, l'approccio contemporaneo riconosce che il cancro non è mai un evento isolato. Esso si configura, piuttosto, come una “malattia del sistema” o, secondo la definizione di Baider e Surbone, una *family disease* (Baider & Surbone, 2010).

Ricevere una diagnosi oncologica non è mai un evento che colpisce l'individuo in totale isolamento. L'impatto psicologico si propaga, piuttosto, come una vera e propria onda d'urto capace di investire tutto l'ecosistema relazionale della persona. Inevitabilmente, i vecchi equilibri vacillano: cambiano i ruoli sociali preesistenti e le prospettive future di chiunque graviti attorno al malato devono essere, di fatto, riscritte. Alla luce di questo, il percorso di cura non può essere inteso in modo lineare. Prende forma all'interno di una rete complessa, che in ambito clinico possiamo definire come una triade interdipendente. Immaginando questo sistema come un triangolo, ai tre vertici troviamo il paziente, il caregiver e l'équipe dei curanti. Le dinamiche che si instaurano tra queste tre figure non fanno solo da sfondo al trattamento, ma finiscono per pesare in modo decisivo sugli esiti stessi del percorso terapeutico.

A livello teorico, tale architettura relazionale è stata formalizzata nel modello della “*Triade Clinica*” (*Medical Triad*), sistematizzato attraverso un'ampia revisione della letteratura da Laidsaar-Powell et al. (Laidsaar-Powell et al., 2013). Questo modello supera definitivamente la tradizionale visione diadica (medico-paziente), rappresentando la cura come un sistema dinamico a tre poli, in cui ogni attore influenza ed è influenzato dagli altri attraverso flussi di comunicazione circolari. Come illustrato nella Figura 2, il modello evidenzia che non esistono linee di interazione isolate: il benessere del paziente dipende dalla tenuta emotiva del caregiver, il quale a sua volta necessita di un'alleanza solida con l'équipe curante.

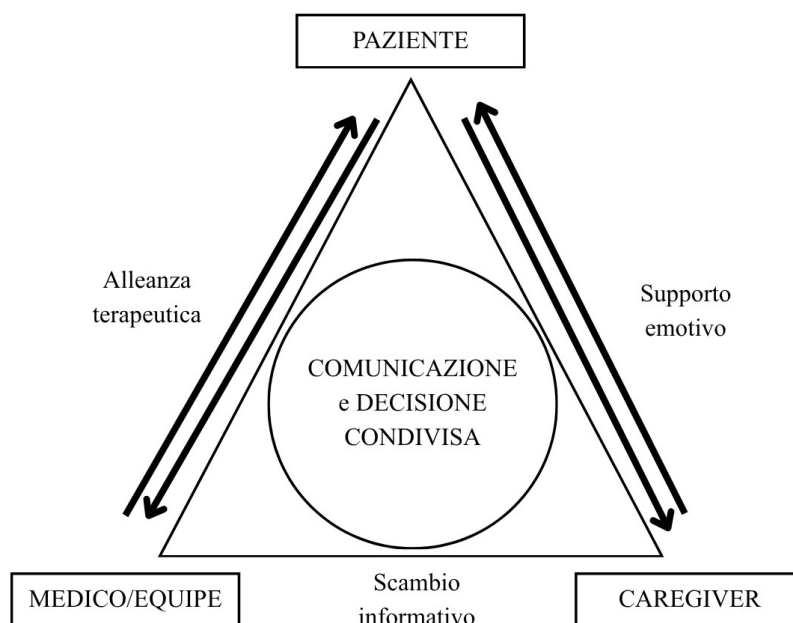


Figura 2 Rappresentazione schematica delle dinamiche comunicative della Triade Oncologica. Elaborazione personale basata sui concetti di Laidsaar-Powell et al., 2013, p.9-11.

La figura del paziente oncologico è oggi al centro di una tensione paradossale. Da un lato, l'evoluzione etica e normativa della medicina ha promosso il passaggio dal paternalismo al *Patient Engagement* (Barello et al., 2015). Al paziente si richiede di non essere più un oggetto passivo di cure, ma un soggetto attivo, informato e capace di partecipare alla *Shared Decision Making* (decisione condivisa). Dall'altro lato, tuttavia, la realtà psicologica della malattia impone limiti severi a questa autonomia. La diagnosi attiva vissuta di regressione, dipendenza e terrore di fronte alla minaccia di morte. Il paziente si trova a vivere una "doppia identità": deve agire come un partner competente nelle scelte mediche, mentre internamente affronta il lutto per la perdita della propria salute e dell'immagine corporea integra. Questo sforzo adattativo continuo consuma enormi risorse cognitive ed emotive. A questo carico si aggiungono le numerose ripercussioni che la malattia e i trattamenti comportano nella vita quotidiana.

Il paziente deve gestire non solo la tossicità fisica dei trattamenti (chemioterapia, radioterapia), ma anche quella che potremmo definire "tossicità finanziaria e sociale", derivante dalla perdita di produttività e dal cambiamento dei ruoli familiari. In assenza di spazi di elaborazione, questa pressione sfocia frequentemente in quadri di distress clinico, ansia e depressione reattiva.

Accanto al paziente, un ruolo cruciale, spesso sottostimato e marginalizzato, è svolto dal caregiver informale (solitamente il partner, un figlio o un genitore), colui che si fa carico dell'assistenza quotidiana, logistica ed emotiva, svolgendo compiti che variano per intensità e complessità. In

oncologia, il familiare trascende il compito di semplice spettatore, bensì egli è colui che garantisce l'aderenza alle terapie, gestisce gli effetti collaterali a casa e media la comunicazione con i medici. Tuttavia, questo ruolo ha un costo elevato. La letteratura definisce il caregiver come il “paziente nascosto” (*hidden patient*), poiché spesso sacrifica la propria salute e i propri spazi di vita per assistere il malato (Siminoff et al., 2024). Questo sacrificio espone al rischio di *Caregiver Burden* (carico assistenziale), una sindrome multidimensionale che comprende: da un lato il carico oggettivo osservabile, relativo ai compiti di assistenza strumentale che competono con i normali obblighi quotidiani dei caregiver (cura del sé, l'occupazione, difficoltà economiche, fatica fisica). L'altro polo dimensionale è il carico soggettivo, che afferisce alla sfera intangibile dei vissuti emotivi personali e privati (ansia, senso di colpa, paura del lutto, stress, ...).

Se non adeguatamente supportato, il caregiver rischia il crollo psicofisico, compromettendo la tenuta dell'intero sistema di assistenza domiciliare. Una meta-analisi del 2021 ha riportato una relazione significativa tra carico soggettivo e ansia clinica e diverse caratteristiche del caregiver. In particolare, l'età più giovane, l'essere di sesso femminile, un minor accesso alle risorse e il lavoro concomitante alla diagnosi del familiare, sono variabili che hanno una solida relazione con esiti di salute più scarsi nei caregiver (del-Pino-Casado et al., 2021). Inoltre, ulteriori evidenze mostrano che il carico soggettivo del caregiver è significativamente associato allo stato funzionale del paziente, all'ansia e alla depressione, indipendentemente dal carico oggettivo (Semere et al., 2021).

Uno studio trasversale su una popolazione di caregiver di pazienti oncologici adulti, condotto da Zhaleh Karimi Moghaddam et al. (2023), ha esplorato i livelli di depressione, ansia e carico assistenziale degli stessi utilizzando, rispettivamente, il Beck Depression Inventory (BDI-II), il Beck Anxiety Inventory (BAI) e lo Zarit Burden Inventory (ZBI) per misurare le variabili di esito. Il campione era costituito da 300 caregiver familiari, divisi omogeneamente tra i due sessi, la cui età media era $40,77 \pm 12,56$ anni (l'età media delle persone assistite era invece di $52,94 \pm 14,33$). I risultati mostrano che il 46,3% dei caregiver (139) riporta al BDI-II una depressione grave (punteggio compreso tra 29 e 36). Al BAI il 53% dei caregiver (159) riporta punteggi di ansia grave e nel ZBI il 30,7% (92) del campione riporta un carico assistenziale severo.

Dunque, la ricerca conferma come il prendersi cura di un paziente oncologico abbia un impatto drammatico sulle tre dimensioni prese in esame (Karimi Moghaddam et al., 2023).

Spesso, i familiari non possono esimersi dall'assumere il ruolo di caregiver, trovandosi tuttavia impreparati: assorbiti totalmente dalla gestione strumentale del malato, non hanno il tempo né lo spazio per elaborare il proprio dolore e il senso di perdita. Pertanto, emerge l'urgenza di non

considerare il caregiver come una mera risorsa strumentale a supporto del paziente, bensì come parte integrante del nucleo di cura. Si fa dunque impellente la necessità di una presa in carico globale, capace di intercettare il malessere non solo del paziente, ma anche di chi lo assiste.

Il terzo vertice del triangolo è costituito dall'équipe multidisciplinare (medici, infermieri, psico-oncologi, OSS). Lavorare in ambito oncologico può essere una professione molto stimolante e gratificante; tuttavia espone i professionisti a questioni peculiari e sfidanti: il confronto quotidiano con la sofferenza, la gestione di notizie infauste, i dilemmi etici sul fine vita e la frequente esperienza della morte dei pazienti con cui si erano instaurati legami significativi. Questa esposizione cronica al dolore altrui, se non adeguatamente elaborata, presenta rischi professionali specifici. In particolare, in letteratura si parla di *burnout* e *compassion fatigue*.

Il burnout è stato sistematizzato per la prima volta da Christina Maslach e Susan E. Jackson (1981), inizialmente descritto come *“una sindrome di esaurimento emotivo e cinismo che si verifica frequentemente tra gli individui che fanno lavori ‘a contatto con le persone’ di qualche tipo”* (Maslach & Jackson, 1981). Già in questi primi studi, le autrici individuarono le tre dimensioni chiave della sindrome, che sono state poi ampiamente consolidate nella letteratura successiva (Maslach et al., 2001): l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione o cinismo e la ridotta realizzazione personale. L'esaurimento emotivo è la sensazione di essere sovraccaricati e privi di risorse emotive e fisiche. Il cinismo, descritto anche come depersonalizzazione, è un senso di distacco e persino di insensibilità nei confronti dei pazienti. Il senso di inefficacia sul lavoro, chiamato anche senso di scarsa realizzazione personale, è la sensazione che, per quanto ci si impegni, la situazione non migliorerà mai (Maslach et al., 2001). Numerosi studi mostrano che il burnout nel personale oncologico è positivamente correlato a cure non ottimali, negligenza ed errori medici; esso influisce inoltre in modo negativo sulla soddisfazione dei pazienti e sull'aderenza ai trattamenti. Oltre alle conseguenze professionali, il burnout può avere profonde ripercussioni personali per il singolo sanitario, tra cui interferenze nelle relazioni sociali, abuso/dipendenza da alcol, depressione e rischio suicidario (Shanafelt & Dyrbye, 2012; Xie et al., 2021; Yu et al., 2016). A livello organizzativo più ampio, il burnout ha un costo elevato sul sistema sanitario: è associato a un aumento del turnover del personale ospedaliero, all'assenteismo dei dipendenti, allo scarso supporto dei colleghi, alla depersonalizzazione, al calo delle prestazioni e alla difficoltà di reclutamento e mantenimento del personale (Calderon, 2023). Per inquadrare l'entità di tale fenomeno, una recente revisione sistematica ha esaminato i tassi di prevalenza del burnout in 78 studi, condotti tra il 2003 e il 2019, comprendendo un totale di 16.016 operatori sanitari nella Regione del mediterraneo Orientale

(EMR)¹. Dalla sintesi dei dati raccolti è emerso che un operatore su quattro (25% del campione) mostrava sintomatologia da burnout in tutte e tre dimensioni di riferimento (EE², DP³, PA⁴), mentre oltre un terzo riportava livelli clinici in almeno una di queste (Doraiswamy et al., 2021).

Il costrutto di *Compassion Fatigue* (usura da compassione) è stato descritto per la prima volta da Joinson (1992) per indicare la perdita progressiva della capacità di “prendersi cura”, riscontrata nel personale infermieristico del pronto soccorso. Il ricercatore identificò comportamenti caratteristici di questa condizione, tra cui: stanchezza cronica, irritabilità, timore di andare al lavoro, peggioramento dei disturbi fisici e anedonia⁵. Successivamente, il concetto è stato ampliato e applicato a tutte le professioni di aiuto. In particolare, Figley la definisce come il "*costo di aver cura*", intesa come l'erosione della capacità di provare empatia, che porta l'operatore a distaccarsi emotivamente per proteggersi dal dolore (Figley, 1995). La Compassion Fatigue si manifesta in modo acuto e improvviso, inducendo ad un senso di impotenza e confusione. Essa scaturisce da un investimento empatico ed energico per un periodo prolungato verso individui che soffrono, spesso senza sperimentare esiti positivi nel vedere il paziente stare meglio (Mchholm, 2006). Dunque, in altre parole, la Compassion Fatigue rappresenta l'esito dall'esposizione reiterata al dolore altrui, esercitando un impatto cumulativo, traumatico e collaterale sul personale sanitario.

Pertanto, mentre la fatica da compassione è una conseguenza diretta dell'esposizione alla sofferenza ed è legata alla cura compassionevole, il burnout è più fortemente associato all'ambiente di lavoro e allo stress organizzativo e può svilupparsi anche tra i professionisti che non sperimentano la sofferenza altrui (Flarity et al., 2013). Inoltre, il burnout tende a progredire nel tempo, a differenze della fatica da compassione che può emergere improvvisamente in risposta a un evento specifico.

Alla luce di queste premesse teoriche, appare chiaro come anche i professionisti sanitari, il terzo polo della triade, non siano affatto immuni da profonde vulnerabilità, sia sul piano emotivo che prettamente lavorativo. Tali difficoltà impattano sia sul benessere del singolo individuo sia a livello sistemico, andando a compromettere la qualità del lavoro assistenziale che sono chiamati a svolgere. Per curare efficacemente, l'operatore deve mantenere un delicato equilibrio tra vicinanza empatica e giusta distanza professionale; per farlo, necessita a sua volta di luoghi e tempi di decompressione

¹ *Regione del mediterraneo Orientale* (EMR): l'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suddivide il mondo in sei regioni ai fini della rendicontazione, dell'analisi e dell'amministrazione. In questo contesto, la regione EMR è una di queste. Comprende 21 stati: Afghanistan, Bahrein, Gibuti, Egitto, Iran, Iraq, Giordania, Kuwait, Libano, Libia, Marocco, Oman, Pakistan, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudan, Siria, Tunisia, Emirati Arabi Uniti (EAU) e Yemen.

² *EE: Emotional exhaustion* (esaurimento emotivo)

³ *DP: Depersonalization* (depersonalizzazione)

⁴ *PA: Diminished sense of (low) personal accomplishment* (ridotta realizzazione personale)

⁵ *Anedonia*: Incapacità di provare piacere, con appiattimento affettivo e dell'emotività

("curare chi cura"). Gestire questa complessità richiede competenze avanzate, ma anche un ambiente di cura capace di accogliere le tensioni emotive della triade.

È in questo contesto che lo spazio fisico assume una valenza terapeutica: la mancanza di luoghi idonei al raccoglimento, al pianto liberatorio o al silenzio condiviso esacerba il distress di tutti gli attori. L'introduzione di dispositivi come la Stanza del Silenzio, oggetto di questa tesi, risponde precisamente a questa urgenza sistemica: offrire un spazio di decompressione all'interno delle strutture ospedaliere dove paziente, caregiver e operatori possano trovare sosta, rigenerando le risorse emotive necessarie per sostenere il difficile cammino della cura.

Esplorare le specifiche fragilità di ciascun vertice di questa triade consente di mettere a fuoco la complessità del carico emotivo che rende necessaria la progettazione di nuovi spazi di accoglienza.

1.3 I vissuti emotivi e le strategie di adattamento

Tra le malattie che minacciano la vita, il cancro si configura come uno degli eventi clinici più drammatici e stressanti con cui confrontarsi. Infatti, la malattia neoplastica, indipendentemente dai contesti culturali di appartenenza, è considerata universalmente una delle malattie più temute. Poche altre condizioni mediche hanno così evidenti conseguenze per la persona ammalata, il cancro minaccia e interferisce con tutte le dimensioni dell'essere umano (la dimensione fisica, psicologica, spirituale ed esistenziale e sociale-relazionale) (Grassi et al., 2023).

La traiettoria della malattia oncologica può essere concettualizzata come un continuum temporale che va dalla comparsa dei primi sintomi, all'iter diagnostico e ai trattamenti, fino all'eventuale guarigione, alla cronicizzazione o, nelle fasi più avanzate, al fine vita. Quando i sospetti della malattia si trasformano in realtà e si giunge alla diagnosi si apre una fase di crisi che innesci un profondo e drammatico sconvolgimento psicologico. Il paziente sperimenta quello che in letteratura viene spesso definito come "*shock ontologico*": una frattura improvvisa tra il proprio passato, percepito come sicuro, e un futuro che diventa improvvisamente incerto e minaccioso (Brennan, 2001).

Come evidenziato da Jimmie Holland, pioniera della psiconcologia, la parola "*cancro*" evoca quasi universalmente sentimenti di vulnerabilità, perdita di controllo e, inevitabilmente, lo spettro della mortalità (Holland, 2002). Questa consapevolezza genera una complessa costellazione di reazioni emotive che fluttuano lungo un continuum: dalla fisiologica paura e tristezza, fino a quadri sintomatologici più severi di ansia, depressione e demoralizzazione (Kissane et al., 2017).

Questo aspetto legato alla consapevolezza della mortalità, trova le sue radici teoriche e cliniche nei lavori seminali di Elisabeth Kübler-Ross, psichiatra svizzera, che nel suo scritto “*On Death and Dying*” (1969), individua le fasi affrontate dai pazienti terminali. Attraverso il celebre modello a cinque fasi, la Ross ha fornito la prima mappatura delle risposte emotive del paziente, tracciando un continuum emotivo (Kübler-Ross, 1997).

Sebbene la psiconcologia moderna tenda a superare questa rigidità sequenziale, il lavoro pionieristico della Ross è stato adattato all’esperienza del paziente oncologico. Il modello sul fine vita viene infatti utilizzato per descrivere l’accettazione della malattia. In un primo momento, il paziente affronta una fase di negazione (*denial*), una fase di shock caratterizzata da incredulità e protesta. Non è una fuga patologica bensì un meccanismo di difesa evoluto che serve ad affrontare un’angoscia che altrimenti sarebbe soverchiante. Il paziente prova poi rabbia (*anger*) quando subentra la consapevolezza e frustrazione che la malattia è reale e, probabilmente, sta avanzando. Successivamente, la persona cerca una contrattazione (*bargaining*) ossia inizia a negoziare una guarigione e cercare un senso di speranza. In seguito, inizia a prendere piena consapevolezza dell’impatto della malattia e della perdita che comporta e pertanto affronta uno stato depressivo (*depression*). Infine, c’è una fase di accettazione (*acceptance*) in cui si smette di negare la realtà della diagnosi, non è una rassegnazione passiva ma piuttosto una presa d’atto che integra la malattia nella propria identità.

Sebbene Kübler-Ross abbia originariamente concepito questo modello in modo sequenziale, oggi la letteratura clinica, seppur se ne serva per relazionarsi con i pazienti, adotta una prospettiva più dinamica. È infatti ampiamente riconosciuto che un paziente non si muove in modo rigido attraverso questi stadi ma è possibile che torni ad una fase iniziale, ne salti una o ne viva due in parallelo.

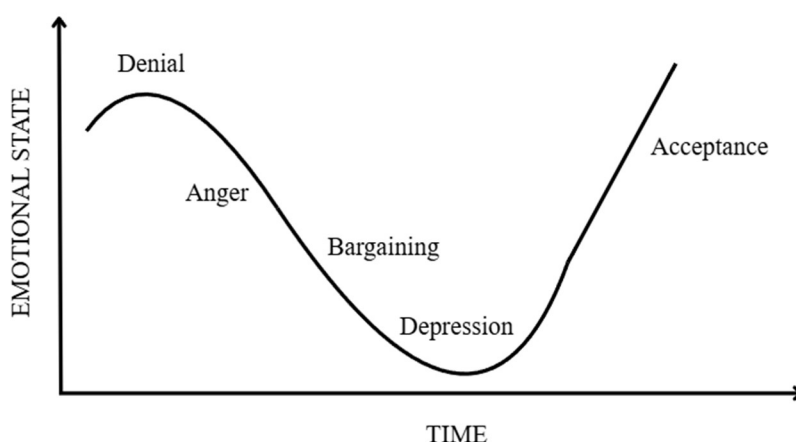


Figura 3 Rappresentazione delle reazioni conseguenti la diagnosi. Adattato da Kubler-Ross, Edizione 50° anniversario (2019), p. 251.

In quest'ottica, l'accettazione, l'elaborazione e l'integrazione della malattia nella propria storia biografica non costituiscono un traguardo passivo, bensì rappresentano un processo dinamico che richiede tempo, risorse ed energie.

L'impatto soverchiante e traumatico della patologia, infatti, non dipende esclusivamente dalla gravità oggettiva della diagnosi stessa, bensì è profondamente mediato dalle valutazioni cognitive che l'individuo fa a partire dall'evento stesso e dalle risorse che egli sente di avere a disposizione per affrontarlo. A tal proposito, il modello transazionale di Lazarus e Folkman (1984) offre un riferimento teorico imprescindibile. Nel celebre manuale gli autori definiscono il coping come “*sforzi cognitivi e comportamentali per gestire specifiche richieste esterne o interne (e conflitti tra di esse) che sono giudicate gravose o superiori alle risorse personali*” (Lazarus & Folkman, 1984), in altre parole i comportamenti di coping mirano a preservare la salute fisica e mentale di fronte alle avversità (Leão et al., 2022)

Dunque, di fronte ad un evento avverso, come può essere la comunicazione di una diagnosi di malattia neoplastica, l'individuo in modo immediato e involontario attua un processo di valutazione cognitiva primaria (*primary appraisal*) che consente di attribuire un significato specifico all'evento percepito come minaccioso. In questo modo, il paziente interpreta la diagnosi e le attribuisce un significato preciso. Parallelamente, compie una valutazione cognitiva secondaria (*secondary appraisal*), effettuando un bilancio delle proprie risorse interne, esterne e ambientali per far fronte alla situazione. Quando lo squilibrio tra la gravità percepita della minaccia e la carenza di risorse diviene troppo elevato, il livello di distress aumenta in modo critico, spingendo il paziente ad attivare specifiche strategie di adattamento, definite coping (Lazarus & Folkman, 1984).

Tradizionalmente, la letteratura distingueva due macro-categorie: il coping centrato sul problema, volto a modificare attivamente la fonte dello stress, e il coping centrato sulle emozioni, volto a regolare e contenere l'attivazione affettiva generata dall'evento minaccioso. Tuttavia, l'osservazione della condizione oncologica, la quale impone un profondo disorientamento esistenziale e una drastica perdita di controllo, ha evidenziato la necessità di una terza via di regolativa. Nel suo lavoro "*Stress, Coping and Hope*", Folkman rivede così il modello introducendo il *meaning-based coping* (coping basato sul significato): nelle situazioni in cui la realtà clinica appare ineluttabile e il controllo sfugge all'individuo, quest'ultimo per preservare il proprio benessere ricerca un senso e uno scopo all'interno della stessa esperienza di malattia. Il coping spirituale è spesso utilizzato come risorsa a cui fare affidamento e molti individui di diverse culture lo utilizzano quando si trovano ad affrontare il cancro (Gall & Bilodeau, 2020; Hawthorne et al., 2011; Lee et al., 2018).

Affinché questo intimo e faticoso lavoro di rielaborazione e ricerca di significato possa aver luogo, il paziente necessita di condizioni ambientali facilitanti. Se il contesto ospedaliero, intrinsecamente medicalizzato, caotico e orientato in modo esclusivo alla riparazione del corpo fisico, non offre un contesto adeguato per questi bisogni invisibili, il paziente rischia di rimanere isolato nella propria angoscia esistenziale.

Da qui emerge la profonda necessità clinica di affiancare alle cure tradizionali degli spazi dedicati, come la Stanza del Silenzio. Quest'ultima si configura non solo come un intervento architettonico, ma come una vera e propria risorsa ambientale di coping: un luogo terzo, al riparo dal rumore e dalle urgenze dei reparti, in cui il paziente, i familiari e gli operatori stessi possono sostare, nel silenzio, in un ambiente facilitante per ripristinare le proprie energie psicofisiche.

1.4 Il distress oncologico

Come esposto nei paragrafi precedenti, il cancro è una malattia complessa che colpisce i pazienti e le loro famiglie sia emotivamente che fisicamente e nonostante i progressi in campo biomedico, è ancora spesso considerato sinonimo di morte, dolore e sofferenza (Bultz & Carlson, 2005). Infatti, quando l'equilibrio tra le richieste imposte dalla patologia e le risorse dell'individuo non si bilanciano le strategie di coping falliscono e si rivelano insufficienti per adattarsi al contesto oncologico. A partire da tale squilibrio si manifesta il *distress oncologico*, una condizione di profonda sofferenza che, se non adeguatamente intercettata, rischia di compromettere la qualità di vita, l'aderenza ai trattamenti e l'esito stesso delle cure. È significativo notare che in una meta-analisi del 2011 veniva riportato che il 25-30% dei pazienti oncologici presenta sintomi di disagio emotivo e strategie di coping disadattive, indipendentemente dallo stadio della malattia (Mitchell et al., 2011).

In ambito psiconcologico, il riferimento internazionale per l'inquadramento di tale fenomeno è fornito dal *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN). L'NCCN definisce il distress come *“un'esperienza spiacevole di natura multifattoriale (psicologica, sociale, spirituale e/o fisica) che interferisce negativamente con la capacità del paziente di affrontare efficacemente il cancro, i suoi sintomi e le relative terapie”* (NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care, 2024).

Negli ultimi anni, si è assistito ad un crescente interesse per il distress nei pazienti oncologici, a causa della sua elevata incidenza: in una meta-analisi di Mitchell e colleghi, comprendente 10.071 individui afferenti a 14 paesi, viene riferita un'incidenza fino al 40% in alcune popolazioni (Mitchell et al., 2011). A fronte di tassi di incidenza significativi, la Società internazionale di Psico-Oncologia (IPOS) ha riconosciuto il distress come il “sesto segno vitale” (Watson & Bultz, 2010) e pertanto lo screening

per il distress dovrebbe divenire uno standard nella pratica clinica per un'assistenza olistica al paziente, ovvero l'integrazione dell'assistenza oncologica psicosociale e biomedica (Lazenby et al., 2014).

Il National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ha sviluppato linee guida basate sul consenso per l'identificazione e il trattamento del disagio psicosociale nei pazienti oncologici, aggiornate di recente nel 2024. In particolare, l'NCCN raccomanda l'utilizzo del "Termometro del Disagio" (NCCN-DT), una scala analogica visiva validata che consente ai pazienti di valutare il loro livello percepito di disagio negli ultimi 7 giorni su una scala da 0 ("nessun disagio") a 10 ("disagio estremo"). I pazienti chiariscono la fonte del disagio utilizzando un elenco di problemi di 39 elementi con 5 categorie: pratica, familiare, emotiva, spirituale/religiosa e fisica. Un punteggio pari o superiore a 4 è stato stabilito come punto di cutoff per valutare ulteriormente i pazienti identificati e il loro bisogno di trattamento (Lazenby et al., 2015). L'NCCN raccomanda che tutti i pazienti vengano sottoposti a screening per il distress alla visita iniziale, a intervalli appropriati e come clinicamente indicato, soprattutto in caso di cambiamenti nello stato della malattia (remissione, recidiva, progressione) (NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care, 2024).

Dunque, lo screening, la valutazione e l'intervento sui disturbi psichiatrici e psicosociali sono obbligatori lungo tutto il percorso oncologico in ogni centro, istituto, ospedale e servizio territoriale, con l'obiettivo di garantire non solo cure ottimali ma integrando esplicitamente anche l'attenzione ai bisogni psicosociali (Rubin et al., 2015; Travado et al., 2017). Nonostante tali direttive, le disuguaglianze persistono in diverse aree del mondo ma anche in Europa, a causa della mancanza di risorse e dei significativi vincoli economici sanitari (Grassi, 2020).

Il distress oncologico non è un'esperienza confinata esclusivamente nel vissuto del singolo paziente. Abbiamo visto nelle pagine precedenti come il cancro si configuri a tutti gli effetti come una malattia sistemica, che non riguarda solo il paziente ma anche la propria famiglia e l'equipe curante. Infatti, è stato riportato che livelli significativi di stress e disagio emotivo colpiscono i familiari, ed esistono prove che i bisogni psicosociali non riconosciuti e insoddisfatti siano un importante fattore predittivo di morbidità psicologica nei caregiver in ogni fase della malattia (Caruso et al., 2017; Northouse et al., 2012).

Dunque, se non riconosciuto e intercettato, il distress oncologico si acutizza e agisce come amplificatore generando una profonda risonanza con tutto l'ambiente di cura. Il fallimento dell'adattamento individuale al contesto di malattia produce effetti a cascata sui familiari, esacerbando il vissuto di *cargiver burden* già descritto, tanto che spesso si rilevano vissuti di distress, ansia e depressione pari o superiori a quelli del paziente stesso (Northouse et al., 2012).

Alla luce di quanto esposto finora, emerge con chiarezza come la malattia oncologica non colpisca unicamente il corpo del paziente, ma si configuri come un evento traumatico capace di generare un profondo distress psicologico, relazionale ed esistenziale in tutto il sistema di cura. Pazienti, caregiver e personale sanitario si trovano immersi in una realtà clinica complessa che genera vissuti e sentimenti di profondo disagio e malessere, tale sofferenza, se non riconosciuta e supportata, rischia di ostacolare i processi di adattamento.

Affinché il complesso lavoro di elaborazione del lutto, di ricerca di significato e di gestione dell'angoscia possa avvenire, le risorse interne degli individui spesso non sono sufficienti: vi è la necessità di un “contenitore” esterno che accolga e legittimi questi vissuti. Come verrà esplorato nel capitolo successivo, tale funzione di contenimento non si realizza unicamente attraverso la relazione clinica, ma passa anche attraverso la dimensione materiale e ambientale dei luoghi di cura. Lo spazio fisico dell'ospedale, infatti, può trasformarsi da mero scenario di interventi biomedici a vero e proprio strumento terapeutico, capace di offrire riparo e silenzio di fronte al rumore soverchiante della malattia.

CAPITOLO 2 – Lo spazio fisico come strumento di cura e contenimento

2.1 Psicologia ambientale in ospedale: l'influenza dell'architettura e dello spazio sul benessere psicofisico

Come è stato illustrato nel capitolo precedente, il cancro rappresenta una sfida sanitaria complessa e diffusa su scala globale, che impone percorsi terapeutici prolungati e invasivi con un impatto multifattoriale sulla salute fisica e mentale del paziente e dell'intera rete di assistenza (Mäurer et al., 2023).

Inoltre, questa categoria di pazienti è spesso costretta a lunghe degenze e ripetuti accessi alle strutture di cura, ciò comporta un'interazione costante e prolungata con lo spazio clinico. In questo contesto, l'ambiente ospedaliero trascende la funzione di mero contenitore fisico e diviene il quarto elemento del sistema di cura (affiancandosi alla triade paziente, caregiver e équipe sanitaria), capace di agire come facilitatore o, al contrario, come ostacolo per il benessere del paziente. Questa esposizione prolungata agli elementi architettonici, sensoriali e spaziali del contesto ospedaliero influenza significativamente gli stati emotivi, il comportamento e la percezione della cura del paziente (Kwon & Iedema, 2022; Tekin et al., 2023).

Studi empirici hanno dimostrato che ambienti ben progettati possono contribuire a mitigare lo stress, ridurre il dolore e favorire la guarigione (Tekin, 2026). Tuttavia, nella pratica moderna l'attenzione è spesso focalizzata sull'ottimizzazione della funzionalità e dell'efficienza ambientale, presentando così meno attenzione ai bisogni e alle necessità individuali dei pazienti. Di conseguenza, persiste una discrepanza tra le priorità di ricerca e le esperienze vissute dai pazienti. Per colmare tale divario diviene fondamentale concepire e creare spazi di guarigione funzionali ed empatici, capaci di adattarsi alle esigenze individuali e alle risorse emotive degli occupanti (Liu et al., 2026).

L'attenzione allo spazio sanitario affonda le sue radici nei contributi pionieristici di Roger Ulrich, il quale ha sviluppato la *Teoria del design di supporto*, secondo la quale gli ambienti sanitari non dovrebbero essere solo efficienti dal punto di vista medico e procedurale, ma anche psicologicamente favorevoli e supportivi (Ulrich, 1984; Ulrich et al., 2008). A partire da queste intuizioni oggi si parla di *Teoria dell'ambiente terapeutico*, un paradigma multidisciplinare che integra: la psicologia ambientale per lo studio degli effetti psicosociali dello spazio, la psiconeuroimmunologia per valutare gli effetti dell'ambiente sul sistema immunitario e le neuroscienze per osservare come il cervello percepisce l'architettura e l'ambiente circostante. I pazienti oncologici si trovano ad accedere ripetutamente alla struttura sanitaria in uno stato di profonda incertezza, timore e sofferenza. Ebbene, l'ambiente ospedaliero può contribuire ulteriormente ad amplificare tali vissuti e creare una situazione stressante, innescando così una risposta di stress cronico che rischia di sopprimere il

sistema immunitario e depauperare le già fragili risorse emotive e spirituali necessarie per affrontare la malattia, ostacolando la sua guarigione.

Per contrastare tale deriva, la *Teoria dell'ambiente terapeutico* propone che gli spazi sanitari debbano ridurre al minimo i fattori di stress ambientali, offrire stimoli sensoriali positivi e fornire opportunità spaziali di controllo e connessione. Le ricerche supportate da enti di eccellenza quali il *Center for Health Design*, il *Center for Health Systems Design della Texas A&M University*, l'*Academy of Neuroscience for Architecture* dimostrano benefici misurabili in termini di esiti clinici, sicurezza e qualità dell'assistenza per i pazienti derivanti da tali fattori (Smith & Watkins, 2016).

Queste intuizioni teoriche vengono abbracciate dall'*Evidence-Based Design* (EBD) che le traduce in un processo decisionale strutturato. Il *Center for Health Design*, definisce la progettazione basata sull'evidenza come “*il processo che basa le decisioni relative all'ambiente su ricerche attendibili al fine di ottenere i migliori risultati possibili*” (Smith & Watkins, 2016). In altre parole, l'EBD è un approccio metodologico rigoroso che utilizza la ricerca scientifica e i risultati ottenuti per guidare decisioni progettuali con l'obiettivo di creare ambienti sanitari che abbiano un impatto positivo sulla salute dei pazienti, sull'efficienza lavorativa e sul consumo energetico degli edifici. Nel fare questo l'enfasi è posta sulla considerazione dei bisogni e delle preferenze dei pazienti, degli operatori sanitari e dei famigliari che li assistono (Liu et al., 2026).

Nonostante il crescente corpus di teorie e prove interdisciplinari che certificano il ruolo rivestito dall'ambiente nel percorso di cura del paziente oncologico, si riscontra una notevole carenza di linee guida complete che affrontino e prevedano protocolli e norme includendo l'esperienza fisica e spaziale nei percorsi terapeutici. Infatti, se nei reparti di oncologia pediatrica l'*Evidence-Based Design* ha da tempo validato l'uso di spazi a misura di bambino per mitigare il trauma dell'ospedalizzazione, la letteratura recente evidenzia come tale necessità sia altrettanto imperativa per il paziente adulto. Di fronte all'angoscia di morte e alla destrutturazione identitaria causata dal cancro, descritta nel capitolo uno, l'adulto sperimenta una vulnerabilità affine a quella infantile che rende altrettanto urgente il bisogno di spazi contenitivi e rassicuranti.

La legittimità di estendere i principi dell'*Evidence-Based Design* dai reparti pediatrici a quelli per adulti trova un solido fondamento nella neuroarchitettura. La letteratura neuroscientifica (Eberhard, 2009) dimostra infatti che l'elaborazione degli stimoli ambientali (come la percezione di un ambiente clinico ostile rispetto a uno spazio accogliente e protetto) è mediata da strutture cerebrali filogeneticamente antiche, come l'amigdala e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Pertanto, la risposta fisiologica di allarme di fronte a uno spazio percepito come minaccioso, così come l'attivazione del sistema parasimpatico in presenza di elementi rassicuranti, costituiscono meccanismi

innati e trasversali. Ne consegue che il bisogno di un contenitore spaziale in grado di mitigare l'arousal neurovegetativo è un'esigenza fisiologica universale, che non si esaurisce con lo sviluppo cognitivo, ma resta una necessità primaria anche nell'adulto traumatizzato dalla diagnosi oncologica (Higuera-Trujillo et al., 2017).

A riprova di ciò, sono interessanti anche i dati riportati da revisioni sistematiche pubblicate tra il 2017 e il 2019 che hanno aggregato dati fisiologici oggettivi (Brambilla et al., 2019; Higuera-Trujillo et al., 2017; Totaforti, 2018; Yin et al., 2018). Questi studi mostrano come l'esposizione a spazi progettati secondo i principi dell'EBD (siano essi pediatrici o per adulti) produca una riduzione misurabile della variabilità della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna e dei livelli di cortisolo ematico. Dunque, questi contributi mostrano e confermano che la disattivazione del sistema nervoso simpatico in risposta a un ambiente accogliente non è mediata dall'età anagrafica o dallo sviluppo cognitivo, ma è una risposta biologica innata. Inoltre, il recente paradigma del *Trauma-Informed Design* (Cewart et al., 2024) sottolinea come il sistema nervoso di un paziente adulto, sottoposto allo shock di una diagnosi oncologica, presenti livelli di reattività e disregolazione analoghi a quelli dell'età evolutiva in situazioni di stress. Pertanto, l'ambiente fisico deve attivamente promuovere la regolazione neurofisiologica offrendo spazi sicuri, prevedibili e de-medicalizzati.

A coronamento di questa cornice teorica, l'effettivo potere terapeutico dell'ambiente clinico è confermato da inequivocabili dati quantitativi. Revisioni sistematiche di grande autorevolezza nel campo dell'Evidence-Based Design (come i lavori di rassegna supportati dal *Center for Health Design* e le indagini di Brambilla et al., 2019) hanno aggregato i risultati clinici di decine di strutture ospedaliere, dimostrando l'impatto diretto dello spazio fisico sulle traiettorie di guarigione. I dati evidenziano che i pazienti ricoverati in ambienti progettati secondo criteri di supporto psicologico caratterizzati da comfort acustico, accesso a spazi di decompressione, privacy e controllo ambientale registrano non solo punteggi significativamente inferiori nelle scale cliniche per l'ansia e la depressione reattiva, ma presentano anche esiti biomedici migliorati. In particolare, gli studi riportano una riduzione statisticamente significativa nella richiesta di farmaci analgesici e ansiolitici, un abbassamento della pressione arteriosa e, in molti casi, una diminuzione dei giorni di degenza media rispetto ai pazienti collocati in reparti tradizionali e anonimi.

Tali evidenze sanciscono in modo inoppugnabile che lo spazio architettonico interagisce direttamente con la neurofisiologia e la clinica del paziente. Se l'ambiente fisico possiede un potere così tangibile nel modulare il dolore e l'angoscia, esso smette di essere un semplice sfondo inerte e assume a tutti gli effetti la funzione di un "corpo" istituzionale che accoglie e protegge l'individuo vulnerabile. È

proprio a partire da questa validazione empirica e quantitativa che diviene possibile, e anzi necessario, rileggere lo spazio di cura attraverso le lenti della clinica psicologica, indagando come tale ambiente possa tradursi in un vero e proprio contenitore emotivo.

Come verrà esplorato nel paragrafo successivo, questa necessità di "cura spaziale" e di regolazione degli affetti trova la sua più profonda spiegazione clinica nei concetti psicoanalitici di *holding* e contenimento.

2.2 Lo spazio come "contenitore": il concetto di contenimento emotivo applicato al setting istituzionale

Se l'approccio neurofisiologico ed Evidence-Based illustra la reazione biologica di allarme di fronte a un ambiente clinico ostile, è attraverso l'integrazione tra le scienze cognitive contemporanee e la psicologia clinica relazionale che diviene possibile comprendere come tale ambiente agisca profondamente sulla strutturazione e sul mantenimento del Sé.

Lo shock ontologico innescato dalla diagnosi di cancro destruttura l'identità dell'individuo, esponendolo ad un'intensa angoscia di morte. In questo scenario l'intervento puramente biomedico risulta insufficiente: l'ospedale è chiamato a trascendere la sua funzione di erogatore di terapie per farsi carico della regressione e della vulnerabilità del paziente, trasformando lo spazio fisico in un vero e proprio contenitore emotivo.

Per comprendere a fondo la natura di questo contenimento, è essenziale superare la visione dualistica che separa la mente dal corpo e lo spazio dall'osservatore. Il relativamente recente paradigma dell'*Embodied Cognition* (Cognizione Incarnata) postula che i processi cognitivi ed emotivi non siano relegati esclusivamente all'attività cerebrale, ma siano profondamente radicati nel corpo e nella sua costante interazione sensomotoria con l'ambiente circostante (Gallagher, 2005; Varela, 2017). In altre parole, noi non ci limitiamo a "pensare" o "osservare" lo spazio in cui ci troviamo, ma lo percepiamo e lo viviamo attraverso il corpo. Attraverso la lente delle neuroscienze, la relazione tra mente, corpo e ambiente costruito ha inaugurato il fecondo filone delle neuroscienze dell'architettura, ossia una disciplina che si occupa di esplorare la possibilità di plasmare l'esperienza umana e il benessere attraverso un approccio neurobiologico alla progettazione (Jelić et al., 2016). In particolare, nel 2003 si è assistito alla fondazione dell'Academy of Neuroscience for Architecture (ANFA) a San Diego (Papale et al., 2016).

Nel contesto dell'architettura per la salute, la letteratura fenomenologica e neuroscientifica (Jelić et al., 2016; Pallasmaa, 2012) evidenzia come le qualità atmosferiche e materiali di un edificio vengano elaborate in modo pre-riflessivo, seguendo una modalità bottom-up. Questo meccanismo trova un puntuale riscontro teorico nel concetto di neurocezione, formulato all'interno della *Teoria Polivagale* (Porges, 2011): il sistema nervoso autonomo dell'individuo scansiona costantemente e in modo subconscio i segnali spaziali (temperatura, acustica, illuminazione e materiali) per determinare se l'ambiente circostante sia sicuro o minaccioso.

In ambito oncologico, il corpo del paziente rappresenta il vero e proprio campo di battaglia: è un corpo vulnerabile, invaso dalle terapie e profondamente segnato dal trauma della patologia. Come ampiamente documentato dalla letteratura clinica sul trauma (Van der Kolk, 2015), il corpo “tiene traccia” del vissuto traumatico e mantiene un livello di allerta e ipervigilanza cronico. Quando questo corpo viene immerso in un ambiente ospedaliero anonimo, rumoroso e asettico, l'individuo incarna la rigidità e l'ostilità dello spazio circostante, acuendo il proprio vissuto di impotenza e alimentando l'attivazione del sistema del sistema nervoso simpatico. Al contrario, uno spazio progettato per la cura emotiva agisce come un dispositivo di regolazione fisiologica: la modulazione della luce, l'isolamento acustico e l'accoglienza dei materiali inviano precisi segnali di sicurezza tali da permettere al corpo traumatizzato di disattivare i recettori di minaccia. Secondo la prospettiva incarnata, è proprio questa distensione fisica pre-verbale, ossia il corpo che percepisce di essere “tenuto” e al sicuro all'interno dei confini architettonici, a costituire il prerequisito neurofisiologico indispensabile per innescare i successivi processi psicologici di elaborazione del lutto e della diagnosi.

Questa modalità di concepire lo spazio, che unisce l'esperienza emotiva soggettiva (fenomenologica) alla reazione fisica e neurologica del corpo (sensomotoria), trova la sua più profonda spiegazione clinica nei capisaldi della psicanalisi relazionale e istituzionale. La sensazione corporea di “essere tenuti” dall'ambiente architettonico rimanda direttamente al costrutto di *holding environment* (ambiente di contenimento) teorizzato da Donald W. Winnicott (1960). Nel suo celebre saggio “*Sviluppo affettivo e ambiente*”, l'autore descrive l'importanza vitale della funzione materna di “sostegno”, necessaria per proteggere il neonato da quelle che definisce “angosce impensabili”. In oncologia, il paziente adulto traumatizzato dalla minaccia della patologia, sperimenta una massiccia regressione e rivive esattamente queste angosce primitive. Tale necessità di accudimento, tuttavia, non si esaurisce all'interno della diade curante-paziente. Come ampiamente argomentato nell'influente articolo di Kahn (2001) sull'applicazione istituzionale dell'holding, successivamente declinato in ambito sanitario da Fotaki (2015), il contenimento deve necessariamente estendersi

all'infrastruttura organizzativa. Gli autori evidenziano come la fornitura di un adeguato holding spaziale sia un requisito sistemico essenziale per rendere materialmente possibile l'erogazione di cure. Lo spazio fisico della cura è chiamato ad assumere le funzioni vicarianti della “*madre sufficientemente buona*” (Fotaki, 2015; Kahn, 2001). La Stanza del Silenzio si propone come un ambiente che “abbraccia” il paziente, i caregivers e il personale sanitario, offrendo loro un sostegno materiale che permette di vivere il proprio crollo emotivo nella certezza che l'ambiente circostante sia solido abbastanza da non frantumarsi insieme a loro.

Se Winnicott si concentra sulla funzione di sostegno, il modello teorico di Wilfred R. Bion (1962) permette di esplorare la capacità dello spazio di trasformare l'angoscia. Attraverso il modello del *Contenitore/Contenuto*, Bion spiega come l'infante proietti nella madre stati affettivi grezzi e terrorizzanti (gli *elementi beta*). La madre, tramite la sua funzione di *rêverie*⁶, accoglie queste proiezioni, le metabolizza e le restituisce in forma tollerabile (*elementi alfa*) (Bion, 1962). Il dolore, l'impotenza e lo spettro della morte rappresentano i perfetti *elementi beta* dell'esperienza oncologica.

A partire dalle teorizzazioni originarie di Bion, la letteratura scientifica internazionale su *Evidence-Based Design* e psicologia ambientale (Dijkstra et al., 2006; Huisman et al., 2012) ha dimostrato come l'ambiente fisico ospedaliero possa operare come un vero e proprio trasformatore di stress. Tali revisioni evidenziano che la progettazione di spazi fisici dedicati alla quiete e al raccoglimento costituiscono un dispositivo ambientale capace di mitigare il distress psicologico, permettendo all'istituzione di processare l'angoscia estrema legata al ricovero e al fine vita. Dunque, predisporre spazi fisici deputati alla quiete e all'ascolto costituisce uno dei principali dispositivi per processare gli elementi beta legati al fine vita, arginando il rischio di burnout nell'équipe curante, il caregiver burden nei familiari e lo shock biografico nel malato. In quest'ottica, la Stanza del Silenzio si propone di contribuire alla macro-funzione di *rêverie* istituzionale: l'intento clinico è offrire un ambiente che accolga l'angoscia indicibile, fornendo una pausa sensoriale ed emotiva capace, in potenza, di arginare il panico e favorire una graduale ripresa del pensiero.

A coronamento di questa architettura concettuale, risulta essenziale richiamare il contributo di José Bleger (1967) sulla psicoanalisi del *setting*. Bleger postula che la cornice materiale (la stanza, l'immutabilità dello spazio, le regole di accesso) non costituisca un semplice sfondo muto in cui si svolge la cura, ma rappresenti l'istituzione primaria in cui il paziente deposita la parte più simbiotica,

⁶ *Rêverie*: termine francese introdotto da Bion nel saggio *Apprendere dall'esperienza* (1962) per indicare lo stato mentale aperto alla ricezione di tutto ciò che proviene dall'oggetto amato e, più specificamente, la recettività della madre alle emozioni ed alle sensazioni che il bambino piccolo le trasmette con modalità di comunicazione molto primitive, tra cui la principale è l'identificazione proiettiva

indifferenziata e fragile della propria personalità (Bleger, 1967). L'intuizione Blegeriana trova una potente conferma nelle odierne indagini sull'impatto psicologico degli ambienti ospedalieri e nel moderno paradigma del *Trauma-Informed Care* (Isobel, 2021; Sweeney et al., 2018). Gli autori contemporanei evidenziano, infatti, come i moderni reparti oncologici, sebbene all'avanguardia sul piano biomedico, siano caratterizzati da un'altissima saturazione tecnologica e da un'iper-medicalizzazione degli spazi.

In termini psicodinamici e secondo il paradigma del *Trauma-Informed Care*, tale configurazione ambientale si traduce in un setting instabile e precario (Isobel, 2021; Purkey et al., 2018), il quale risulta strutturalmente inidoneo ad assolvere la funzione di contenimento delle istanze più regressive descritte da Bleger. La continua mutabilità della cornice spaziale, l'eccesso di stimolazione sensoriale e la perdita di controllo sulla propria privacy, privano il paziente dei necessari ancoraggi ambientali, incrementando la vulnerabilità psichica e il rischio di ritraumatizzazione.

All'interno di questo panorama clinico, l'implementazione di una Stanza del Silenzio risponde a una precisa necessità operativa: contrastare tali fattori iatrogeni attraverso la costituzione di un setting terapeutico primario. Come evidenziato dalle moderne convergenze teoriche tra architettura della salute e psicologia ambientale (Andrade & Devlin, 2015), sono proprio l'invarianza spaziale, l'assenza di intrusività medica e la stabilità percettiva dell'ambiente a garantire al soggetto quel senso di controllo e di continuità del Sé indispensabile per tollerare e modulare i severi stati di disregolazione affettiva associati all'esperienza oncologica.

In sintesi, l'integrazione tra le neuroscienze incarnate, i classici della psicoanalisi relazionale e la moderna letteratura sulle dinamiche istituzionali, dimostra inequivocabilmente come l'ambiente fisico rappresenti un dispositivo clinico vitale. Fornendo contenimento sensoriale, esercitando una funzione di *rêverie* collettiva e garantendo la stabilità del setting, lo spazio di cura si fa carico attivo della destrutturazione psichica dell'individuo. È precisamente su questo solido razionale clinico che poggia la necessità di implementare luoghi specifici per il raccoglimento in ambito oncologico, come la Stanza del Silenzio, la cui genesi storica e architettonica sarà esplorata nel prossimo paragrafo.

2.3 La "Stanza del Silenzio": genesi e diffusione di questi spazi

Come abbiamo visto, sono numerose le evidenze che dimostrano come i luoghi istituzionali, in particolare il contesto ospedaliero, non debbano concentrarsi esclusivamente sull'efficienza

biomedica (Engel, 1977). Al contrario, in linea con il modello biopsicosociale, è opportuno ripensare questi spazi adattandoli ai bisogni complessi dell'utenza che vi affrisce. Essendo l'esperienza oncologica particolarmente difficile e provante per pazienti, caregiver e personale sanitario, emerge sempre più l'urgenza di riprogettare l'ambiente ospedaliero sulla base delle evidenze scientifiche, in modo da non acutizzare il trauma clinico, ma anzi mitigarne attivamente l'impatto emotivo. Come è stato più volte anticipato, la "Stanza del Silenzio" (frequentemente denominata a livello internazionale *Quiet Room*) si propone di andare esattamente in questa direzione.

Storicamente, il prototipo concettuale di questo spazio viene individuato nella *Meditation Room* allestita all'interno del Palazzo di Vetro dell'ONU a New York, voluta negli anni '50 da Dag Hammarskjöld, allora Segretario Generale delle Nazioni Unite, per offrire a chiunque un “*centro di quiete universale*” (Spiga, 2019).

A partire da questa prima intuizione, la necessità di predisporre ambienti interamente dedicati alla decompressione emotiva ha trovato una vasta e sistematica applicazione nel mondo anglosassone, diventando un elemento cardine nella progettazione delle moderne strutture sanitarie. Negli Stati Uniti, in particolare, i grandi poli di ricerca e cura oncologica hanno fatto da apripista: istituzioni di eccellenza mondiale come lo *UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center* di San Francisco e il *Duke Cancer Institute* in North Carolina hanno da tempo integrato in modo organico le *Quiet Rooms* (o *Reflection Rooms*) all'interno dei propri servizi di supporto psicosociale (UCSF Patient and Family Support Services; Duke Supportive Care and Survivorship Center). In questi contesti, la presenza di tali ambienti non è considerata un semplice accessorio architettonico, bensì un presidio essenziale riconosciuto come standard di alta qualità assistenziale.

Parallelamente, nel Regno Unito, il *National Health Service* (NHS) ha di fatto istituzionalizzato la creazione di questi spazi. Attraverso specifiche direttive e linee guida di edilizia sanitaria, codificate nelle *Health Building Notes* (Department of Health, UK, 2014), il sistema sanitario britannico ha promosso la diffusione strutturale di *Quiet Rooms* aconfessionali all'interno dei principali trust ospedalieri. Questo ha portato a implementazioni sistematiche e virtuose in numerosi poli ad alta specializzazione, tra cui spicca l'esperienza dei grandi hub londinesi come il *Guy's and St Thomas' Hospital* (Brand et al., 2013).

È proprio guardando a queste consolidate *best practice* internazionali che anche l'Italia ha avviato un processo di rinnovamento spaziale e culturale. Nel nostro Paese, la prima Stanza del Silenzio viene inaugurata nel 2009 presso l'Ospedale Molinette di Torino (A.O.U. Città della Salute e della Scienza

di Torino, 2009). Questa iniziativa rappresenta il frutto di un progressivo aggiornamento delle prassi sanitarie verso il paradigma dell'umanizzazione delle cure e della centralità della persona. Nello specifico, l'esigenza di istituire uno spazio dedicato al ritiro emotivo è emersa a seguito di un Audit civico promosso dall'Ufficio Qualità Percepita, inserendosi all'interno di un più ampio programma di innovazione dell'accoglienza ospedaliera.

A fronte di queste prime iniziative pionieristiche, è emersa la necessità di dare una forma più organica e sistematica a tale progettualità. Il 16 giugno 2016 nasce così a Modena il Gruppo Nazionale di Lavoro per la «Stanza del Silenzio», un comitato di volontariato *ex lege* costituito da professionisti accomunati dall'interesse di studiarne le implicazioni sociologiche, psicologiche e filosofiche. L'obiettivo principale del Gruppo è promuovere e sostenere la realizzazione di questi spazi all'interno di istituzioni pubbliche o private, quali ospedali, hospice, carceri, cimiteri, università e aeroporti. Lo sviluppo iniziale di questi luoghi è stato reso possibile soprattutto grazie alla lungimiranza di singole Aziende Ospedaliere, le quali hanno compreso in anticipo l'importanza di dotarsi di un presidio dedicato al raccoglimento emotivo e psicologico (Gruppo Nazionale Stanza del Silenzio e dei Culti, 2016).

Il progetto gode del patrocinio di importanti enti accademici e del terzo settore, tra cui il Master *Death Studies & the End of Life* dell'Università di Padova, il Master *Interculturale nel Campo della Salute, del Welfare, del Lavoro e dell'Integrazione* dell'Università di Modena, oltre alla Fondazione *Benvenuti in Italia*, la Fondazione *Fabretti* e la *Socrem* di Torino.

Il Gruppo Nazionale si propone inoltre di definire in modo puntuale la tipologia e le finalità di questo spazio, inquadrandolo come (Bonardi, 2021):

- un ambiente fisico collocato all'interno di spazi istituzionali (pubblici o privati);
- un luogo che garantisce a tutti uguale accesso, dignità e rispetto;
- un vettore per migliorare il rapporto di fiducia tra l'utenza e l'istituzione sanitaria;
- un elemento qualificante per innalzare la qualità complessiva del percorso di cura;
- uno strumento spaziale per la gestione del conflitto emotivo e per il potenziamento delle strategie di *coping*.

Sotto il profilo gestionale, le Stanze del Silenzio operative in Italia sono ad accesso libero ma sottoposte a tutela. Ogni ambiente è normato da uno specifico regolamento (o codice di comportamento) ed è monitorato da operatori incaricati non solo della manutenzione, ma anche della

rilevazione delle presenze e della mappatura dei bisogni psicosociali dell'utenza mediante questionari appositamente strutturati (Spiga, 2019).

Oggi, a distanza di decenni dalla realizzazione della prima "Sala della Meditazione" all'ONU, le Stanze del Silenzio registrano una significativa diffusione anche sul territorio nazionale. I progetti fino ad ora realizzati coinvolgono prevalentemente ospedali, aziende sanitarie e policlinici universitari: si stima la presenza di circa trenta stanze distribuite in sette regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana, Lazio e Sicilia). Tali realizzazioni, pur non esaurendo il potenziale di intervento, rappresentano preziosi casi-studio da cui attingere per diffondere buone pratiche, approcci e soluzioni organizzative (Iannaccone, 2025).

Nonostante questo panorama in rapida evoluzione, lo stato dell'arte in Italia presenta ancora un importante interrogativo: *questi spazi rispondono pienamente ed efficacemente alle esigenze per le quali sono stati concepiti?* Poiché non esistono ancora risposte univoche e strutturate a tale quesito, il Gruppo Nazionale e diverse realtà accademiche hanno evidenziato l'urgenza di intensificare la ricerca all'interno delle Stanze operanti in Italia. Soltanto in questo modo sarà possibile stabilire se l'impegno profuso nella promozione di tali ambienti debba proseguire e se le attuali modalità organizzative risultino adeguate. La profonda convinzione alla base di questo filone di ricerca è che il punto di partenza per l'elaborazione di politiche sociosanitarie efficaci risieda nell'analisi quantitativa e qualitativa del reale impatto vissuto dall'utenza. Ed è proprio da questa premessa metodologica e concettuale che trae origine lo spunto di indagine del presente elaborato di tesi.

2.4 Il valore terapeutico del silenzio

Se la progettazione architettonica fornisce il perimetro fisico necessario alla decompressione emotiva, è il silenzio a costituire il vero e proprio principio attivo di questi spazi. In un'epoca caratterizzata da un costante sovraccarico sensoriale, la valenza del silenzio all'interno del percorso di cura è stata profondamente riconsiderata dalla comunità scientifica. Esso non viene più inteso in senso privativo, come mera assenza di suoni o vuoto acustico, bensì come una presenza tangibile, uno strumento terapeutico non farmacologico capace di generare benefici misurabili sia a livello fisiologico che psicologico.

Per comprendere appieno il valore terapeutico del silenzio, è necessario inquadrare il contesto sonoro in cui sono immersi pazienti, caregiver e personale sanitario. I moderni reparti ad alta intensità, come le unità operative di oncologia, sono ambienti cronicamente iper-stimolanti. Il continuo susseguirsi

di allarmi acustici, conversazioni cliniche, cercapersone e rumori legati alle strumentazioni mediche genera inquinamento acustico ospedaliero. L'eccessivo rumore è, infatti, un problema globale: è ampiamente dimostrato come esso sia dannoso per il benessere del personale e dei pazienti, nonché per i livelli di soddisfazione relativi all'ambiente ospedaliero, come confermato da numerose revisioni della letteratura scientifica (Walker & Karl, 2019).

Secondo uno studio del 2005 pubblicato sul *Journal of the Acoustical Society of America*, il rumore diurno negli ospedali è aumentato del 200% (15 dB) dal 1960, mentre quello notturno del 400% (18 dB), con livelli di picco che oggi superano frequentemente gli 85-90 dB. Si tratta di soglie che oltrepassano drasticamente le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2011), le quali raccomandano livelli di decibel di 35 di giorno e 30 di notte.

Recenti indagini e revisioni della letteratura medica (Xyrichis et al., 2018) evidenziano come l'esposizione prolungata a questi stimoli sonori non solo disturbi il riposo, ma attivi in modo cronico l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Questa risposta di allarme continua si traduce in un innalzamento dei livelli di cortisolo (l'ormone dello stress), aumento della pressione arteriosa, alterazione della frequenza cardiaca e grave compromissione dell'architettura del sonno. In questo scenario, il rumore si configura come un ostacolo reale al processo di guarigione e al benessere psico-fisico.

Una revisione sistematica pubblicata nel 2021 da De Lima Andrade e collaboratori mette in evidenza come questo sia un campo di ricerca con un grande potenziale di crescita. Tuttavia, gli autori sottolineano la necessità di una valutazione più critica della qualità degli studi, al fine di promuovere un solido progresso scientifico e una diffusione affidabile delle informazioni (De Lima Andrade et al., 2021). Inoltre, il gruppo di ricerca brasiliano mette in luce come alti livelli di rumore siano positivamente correlati a molteplici alterazioni della salute umana e delle funzioni cognitive. Tra queste conseguenze spiccano: disturbi del sonno (Basner & McGuire, 2018; Muzet, 2007), fastidio e irritabilità (Guski et al., 2017; Miedema & Oudshoorn, 2001; Paiva et al., 2019), patologie cardiovascolari (Héritier et al., 2019; Lin et al., 2020; Van Kempen et al., 2018) e alterazioni della percezione e dell'apprendimento (Erickson & Newman, 2017; Minichilli et al., 2018). La preoccupazione risulta ancora maggiore nelle aree considerate sensibili, come gli ospedali, dove il rumore influisce sul benessere dei pazienti, rallentandone la guarigione, riducendo la produttività del personale e aumentando il rischio di errori medici (Loupa, 2020; Loupa et al., 2019; Montes-González et al., 2019). Infine, l'inquinamento acustico può avere un effetto negativo anche sui visitatori e sull'ospedale nel suo complesso e può aumentare l'incidenza delle riospedalizzazioni (De Lima Andrade et al., 2021).

Affinché i pazienti possano godere di un ambiente tranquillo, è necessaria la collaborazione e la formazione trasversale di tutti i reparti, al fine di rendere il personale più consapevole di questo obiettivo e rispettoso della necessità di tutela acustica. Questa attenzione all'ambiente di cura può influenzare in modo diretto la percezione della qualità dell'assistenza sanitaria da parte di pazienti, visitatori e personale sanitario (Demirbag et al., 2018).

La consapevolezza dei danni iatrogeni legati al rumore ha spinto sempre più strutture a introdurre protocolli organizzativi noti come *Quiet Time* (tempi di quiete). Una review di Pulak e Jensen, pubblicata nel 2020 sul *Journal of Intensive Care Medicine*, evidenzia come la sistematica riduzione dei decibel in reparto tramite questi protocolli porti a benefici clinici immediati. Nello specifico, lo studio dimostra che l'implementazione del *Quiet Time* (spesso associata all'abbassamento delle luci e alla minimizzazione delle procedure non urgenti) è direttamente correlata a un netto miglioramento della qualità e della continuità del sonno dei degenti, a una maggiore stabilità dei parametri vitali ed a una diminuzione significativa dell'incidenza di *delirium* nei pazienti ricoverati in aree critiche (Pulak & Jensen, 2020).

Un esempio concreto dell'applicazione di questi protocolli in ambito oncologico è fornito da un recente progetto di implementazione condotto presso il Dipartimento di Oncologia del Johns Hopkins Hospital di Baltimora. Partendo dall'evidenza che il rumore ospedaliero incrementa la percezione del dolore e l'incidenza di riospedalizzazioni, l'intervento ha previsto l'introduzione di un *Quiet Time* di due ore pomeridiane in un reparto oncologico. Il protocollo adottato ha previsto un pacchetto di misure standardizzate e sistemiche: l'abbassamento delle luci del reparto come segnale visivo universale, la chiusura delle porte, il raggruppamento delle cure infermieristiche (*care clustering*) per limitare le continue interruzioni e l'offerta di presidi atti a isolare i pazienti dalle fonti sonore presenti in reparto. I risultati del progetto hanno dimostrato una riduzione tangibile dell'inquinamento acustico, con una diminuzione della media dei decibel da 62.28 a 55.90 nella prima ora di applicazione, confermando come un intervento ambientale mirato possa mitigare l'impatto del reparto sulle condizioni cliniche e psicologiche del malato, pur richiedendo una forte aderenza e flessibilità da parte del personale curante.

Se i protocolli di *Quiet Time* mirano a contenere i danni del rumore ambientale, l'accesso a uno spazio dedicato come la Stanza del Silenzio offre un'esperienza qualitativamente diversa: l'immersione in un silenzio profondo e intenzionale. Da un punto di vista clinico, questo livello di quiete agisce in modo diretto sulla neurofisiologia umana.

A livello del sistema nervoso autonomo, la letteratura dimostra come il silenzio non sia una semplice assenza di rumore, ma un potente modulatore fisiologico. Uno studio pionieristico condotto da Bernardi e colleghi (2006) presso l'Università di Pavia ha indagato approfonditamente le variazioni cardiovascolari e respiratorie indotte dall'ascolto di diverse tipologie musicali, confrontandole con l'effetto generato da pause di quiete assoluta. Nello specifico, i ricercatori hanno sottoposto un campione di soggetti (musicisti e non) all'ascolto di sei tracce caratterizzate da diverse strutture ritmiche, armoniche e melodiche. Durante l'esperimento, sono stati monitorati in modo continuo e non invasivo parametri vitali fondamentali: la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, i movimenti respiratori e i livelli di anidride carbonica. Il protocollo sperimentale prevedeva una registrazione dei valori di base, seguita dalla riproduzione dei brani in ordine casuale. L'elemento cruciale dello studio è consistito nell'inserimento di pause di silenzio assoluto, della durata di due minuti, alternate in modo randomico alle sequenze musicali. I risultati hanno rivelato dinamiche inedite sul controllo autonomo della respirazione e della circolazione. È emerso che una breve esposizione alla musica (indipendentemente dalle preferenze personali del soggetto per il brano) induce effetti cardiovascolari e respiratori che portano a uno stato di arousal (eccitazione) proporzionale alla velocità e al ritmo della traccia. Inaspettatamente, l'inserimento della pausa musicale, ossia il silenzio, ha generato l'effetto opposto, inducendo uno stato di rilassamento cardiovascolare e respiratorio significativamente superiore non solo rispetto all'ascolto della musica stessa, ma persino rispetto allo stato di riposo basale misurato prima dell'inizio dell'esperimento. Dunque, questo studio ha dimostrato come il sistema nervoso autonomo, se immerso nel silenzio assoluto anche per brevi lassi di tempo (due minuti), promuova un rapido e profondo recupero dei parametri vitali. Tali evidenze vanno in controtendenza rispetto all'opinione comune, confermando che il silenzio supera in efficacia il semplice ascolto di musica considerata rilassante, validando il contenimento degli stimoli uditivi come un vero e proprio intervento clinico (Bernardi et al., 2006).

A livello del sistema nervoso centrale (SNC), gli effetti dell'assenza di stimoli uditivi sono altrettanto profondi. Ricerche specifiche hanno evidenziato come l'esposizione al silenzio non rappresenti una condizione neurologicamente inerte, ma uno stimolo attivante per la neurogenesi cerebrale. Un importante studio condotto dal *German Center for Neurodegenerative Diseases* (DZNE) di Dresda ha dimostrato che il silenzio favorisce lo sviluppo di nuove cellule nell'ippocampo, un'area del cervello cruciale per la memoria e la regolazione emotiva. Gli autori hanno focalizzato la loro attenzione sulla neurogenesi, ovvero il processo biologico mediante il quale si aggiunge plasticità al giro dentato dell'ippocampo, creando un bacino (pool) più ampio di neuroblasti e neuroni immaturi pronti a essere reclutati dal cervello in caso di specifiche sfide cognitive.

Partendo dall'evidenza pregressa che un trauma acustico (con conseguente perdita delle cellule ciliate dell'orecchio interno) comporta una riduzione della proliferazione di cellule precursori nell'ippocampo, il gruppo di ricerca si è domandato in che modo diverse tipologie di stimoli uditivi o la loro totale assenza potessero influenzare la neurogenesi in età adulta. Utilizzando un modello animale, i ricercatori hanno confrontato vari gruppi sperimentali, tra cui un gruppo esposto a rumori ambientali (*ambient*) e un gruppo esposto unicamente al silenzio assoluto (*silence*). I soggetti sono stati collocati in una camera anecoica e sottoposti agli stimoli previsti per due ore al giorno, per un periodo di tre giorni. I risultati dell'esperimento hanno rivelato dinamiche sorprendenti: in questa fase, solo il gruppo esposto al silenzio ha mostrato un aumento significativo del numero di cellule precursori (identificate come cellule BrdU-positive). Il silenzio ha determinato un incremento statisticamente significativo ($p = 0,008$) dei livelli di neurogenesi, documentato dall'aumento di cellule BrdU/NeuN-positive. Questo studio dimostra in modo tangibile che la privazione sensoriale acustica prolungata non costituisce un vuoto inutile per il sistema nervoso, ma agisce come un potente fattore neurogenico (Kirste et al., 2015).

Inoltre, in assenza di stimoli acustici esterni da decodificare, il cervello cessa di disperdere energie per mantenere la vigilanza ambientale e ottimizza l'attività del *Default Mode Network* (DMN). Come confermato da recenti revisioni neuroscientifiche pubblicate su *Nature*, questa complessa rete neurale si attiva specificamente nei momenti di riposo sensoriale ed è fondamentale per l'introspezione, l'autoconsapevolezza e l'elaborazione degli stati emotivi interni (Buckner & DiNicola, 2019). In sintesi, il silenzio agisce come un interruttore: permette di spostare le risorse cognitive dall'elaborazione delle minacce esterne (tipica dell'ambiente caotico del reparto) verso l'integrazione e la stabilizzazione del sé.

Nel contesto specifico dell'oncologia, l'impatto di questa transizione neurologica assume un valore terapeutico inestimabile. In questo setting, infatti, il carico cognitivo ed emotivo raggiunge i massimi livelli dall'impatto della diagnosi, dalla complessità delle informazioni mediche da assimilare e dall'ansia per la prognosi, portando la mente a un rapido esaurimento. Tale esaurimento colpisce di riflesso sia i familiari, che si trovano a farsi carico della sofferenza dell'assistito, sia l'équipe curante, esposta alla continua gestione delle comunicazioni infauste e all'esecuzione di procedure mediche invasive.

Secondo le recenti applicazioni della *Attention Restoration Theory* (Teoria della Rigenerazione dell'Attenzione) all'architettura curativa, l'attenzione diretta (quella volontaria e focalizzata necessaria per ascoltare i medici o gestire le terapie) è una risorsa fortemente limitata, che si esaurisce

rapidamente in situazioni di stress psicofisico (Ratcliffe, 2021). Il silenzio offre lo spazio vuoto necessario per il ripristino di tale preziosa risorsa.

All'interno della Stanza del Silenzio, l'assenza di richieste, di sguardi e di rumori clinici sospende temporaneamente l'identità medicalizzata del paziente e dei caregiver, attenuando al contempo il carico performativo del personale sanitario. Questo vuoto sensoriale si trasforma così in uno spazio vitale di decompressione: permette al malato e ai familiari di confrontarsi con il proprio vissuto, di lasciar sedimentare lo shock di una cattiva notizia o semplicemente di radicarsi nel momento presente. Il silenzio si spoglia quindi della sua accezione isolante, rivelandosi al contrario una risorsa di coping trasformativa, in grado di restituire all'individuo senso di controllo, intimità e dignità all'interno del percorso clinico.

Alla luce delle evidenze neurofisiologiche e psicologiche finora analizzate, emerge con chiarezza che la Stanza del Silenzio non rappresenta un mero accessorio architettonico, bensì un presidio terapeutico e di umanizzazione a tutti gli effetti. All'interno del complesso ecosistema ospedaliero, specialmente in reparti ad alta intensità clinica ed emotiva come quelli oncologici, l'istituzione di spazi dedicati al silenzio intenzionale risponde a un preciso e misurabile bisogno di cura. Tali ambienti permettono non solo di mitigare i danni iatrogeni derivanti dall'inquinamento acustico, ma favoriscono attivamente la regolazione del sistema nervoso, offrendo il substrato spaziale indispensabile per l'elaborazione del trauma e il ripristino delle risorse cognitive. Aver compreso la valenza clinica e progettuale di questi spazi a livello teorico pone ora le basi necessarie per un'indagine empirica diretta: risulta infatti essenziale osservare come questi principi di architettura curativa si traducano nella prassi clinica quotidiana e, soprattutto, come vengano percepiti e vissuti dall'utenza reale.

CAPITOLO 3: Il contesto dello IOV e lo studio pilota

3.1 Il setting: La Stanza del Silenzio presso l'Istituto Oncologico Veneto

Alla luce delle evidenze neurofisiologiche e psicologiche analizzate, emerge con chiarezza come la Stanza del Silenzio non rappresenti un mero accessorio architettonico, ma un presidio terapeutico e di umanizzazione a tutti gli effetti. All'interno del complesso ecosistema ospedaliero, e in particolar modo nei reparti ad alta intensità emotiva e clinica come quelli oncologici, l'istituzione di spazi dedicati al silenzio intenzionale risponde a un preciso e misurabile bisogno di salute. Tali ambienti permettono di mitigare i danni iatrogeni dell'inquinamento acustico, favoriscono la regolazione del sistema nervoso e offrono il substrato spaziale indispensabile per l'elaborazione del trauma e il ripristino delle risorse cognitive (Ulrich et al., 2008; Van Kempen et al., 2018). Aver compreso la valenza clinica e progettuale di questi spazi a livello teorico pone ora le basi necessarie per un'indagine empirica diretta: risulta infatti essenziale osservare come questi principi di architettura curativa si traducano nella realtà clinica quotidiana e, soprattutto, come vengano percepiti e vissuti dall'utenza reale.

L'Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS è il primo e unico Istituto del Veneto destinato in maniera specifica alla ricerca sul cancro e alla prevenzione, diagnosi e cura dei tumori. Voluto dalla Regione nel 2005, lo IOV-IRCCS si è affermato come centro di ricerca sanitaria e ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e internazionale. È riconosciuto dal Ministero della Salute come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e dalla *Organization of European Cancer Institutes* (OECI) come *Comprehensive Cancer Centre*; è membro di Alleanza Contro il Cancro (ACC), la più grande organizzazione italiana di ricerca oncologica clinica e traslazionale, e della Rete europea per i tumori rari dell'adulto EURACAN. Inoltre, è Centro regionale di riferimento per la chirurgia delle malattie dell'esofago, per il melanoma cutaneo e per il sarcoma dei tessuti molli.

Viene istituito con la Legge Regionale 22 dicembre 2005, con le seguenti finalità:

1. Lo svolgimento, nella disciplina di oncologia, di attività di prevalente ricerca biomedica e sanitaria e di assistenza sanitaria, di tipo clinico e traslazionale;
2. Il trasferimento dei risultati validati della ricerca nei processi assistenziali del sistema sanitario regionale;
3. Elaborazione ed attuazione, direttamente o in rapporto con altri enti, di programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali di attività e per il miglioramento e lo sviluppo delle stesse;

4. La sperimentazione e verifica di forme innovative di gestione e di organizzazione in campo sanitario, nei rispettivi ambiti disciplinari;
5. Il supporto, tramite idonee modalità, alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post-laurea;
6. Lo svolgimento di attività di studio e ricerca con attivazione di misure preventive, nelle aree con alta incidenza di tumori.

L'avvio delle attività presso l'Ospedale Busonera (Padova) e la palazzina Radioterapia avviene il 1 Marzo 2006. A fianco dell'ospedale Busonera opera l'Immunologia Diagnostica e Molecolare Oncologica (IDMO). Nel luglio 2015 l'attività di laboratorio si estende presso la Torre della Ricerca, in zona industriale di Padova, con l'avvio dei laboratori di genetica molecolare e cellule tumorali circolanti. Nell'ottobre 2017 prende il via l'attività nella sede di Castelfranco Veneto, presso l'Ospedale San Giacomo. Nel giugno 2018 viene inaugurata la sede della Radioterapia di Schiavonia, a fianco dell'Ospedale madre Teresa di Calcutta.

La missione dell'Istituto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica, unitamente al costante miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Lo IOV-IRCCS si distingue per un approccio alle malattie neoplastiche caratterizzato dalla profonda integrazione tra prevenzione primaria e secondaria, cura e ricerca, inserendosi in un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità per soddisfare i bisogni sempre più complessi del cittadino. L'umanizzazione delle cure, l'attenzione alle esigenze dell'utente e dei suoi familiari e il rispetto della dignità della persona umana, considerata nella totalità dei suoi aspetti biologici, psicofisici e relazionali, costituiscono i riferimenti valoriali condivisi di tutte le attività dell'Istituto.

È proprio a partire da tali premesse che lo IOV ha scelto di realizzare la Stanza del Silenzio all'interno dei propri spazi istituzionali. La creazione di questo ambiente è il frutto di due fondamentali consapevolezze maturate dalla Direzione.

Da un lato, vi è la forte attenzione posta dall'Istituto all'ascolto dell'utenza, concretizzatasi attraverso l'indagine *Osservatorio PREMs (Patient Reported Experience Measures)*. Tale indagine, promossa dalla Regione del Veneto tramite Azienda Zero e realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Laboratorio MeS), riconosce i pazienti come *stakeholder* chiave del settore sanitario, valutando congiuntamente i servizi per creare valore aggiunto. Attraverso rilevazioni effettuate via indagini postali, è emerso un dato significativo: nonostante un'altissima soddisfazione generale dell'utenza rispetto al personale, alle scelte di cura e

alla chiarezza comunicativa, appena il 62% degli intervistati riteneva i reparti realmente silenziosi. Nello specifico, alla domanda "*Il reparto (stanza, bagno, corridoi, altri spazi comuni, ecc.) era silenzioso?*", il campione ha così risposto: il 2% ha risposto "per niente", il 5,4% "poco", il 30,3% "abbastanza", il 39,1% "molto", il 23,2% "moltissimo". Inoltre, all'interno della sezione narrativa del questionario, ben 49 commenti aperti segnalavano un eccessivo rumore durante la degenza. Su indicazione della Direzione Sanitaria, un gruppo di lavoro ha analizzato queste criticità: pur trattandosi di un fenomeno numericamente limitato, il tema dell'inquinamento acustico in reparto è risultato la segnalazione più frequente. Questo ha generato una prima risposta organizzativa tramite una campagna di sensibilizzazione aziendale (con l'affissione di poster e comunicazioni ufficiali) volta a invitare personale e utenza a ridurre il rumore, in piena linea con le evidenze scientifiche discusse nel Capitolo 2. I risultati dell'indagine PREMs hanno così gettato le basi per un'azione più incisiva, suggerendo che per favorire il recupero e la guarigione, fisica ed emotiva, fosse necessario adibire aree specifiche al silenzio completo, evidenziando il ruolo cruciale della quiete come parte integrante del sostegno psicologico nel processo di cura.

In secondo luogo, un'altra consapevolezza che ha guidato e favorito l'istituzione di questa stanza è legata alla necessità di rispondere ai complessi bisogni psicologici ed emotivi dell'utenza. L'adozione del modello biopsicosociale richiede, infatti, che un centro di eccellenza oncologica non si limiti a trattare esclusivamente la patologia clinica, ma si faccia carico della persona nella sua interezza. L'angoscia legata a una nuova diagnosi, l'attesa snervante degli esiti degli esami, la fatica dei cicli chemioterapici o il delicato momento della comunicazione di una cattiva notizia (*bad news telling*) generano un sovraccarico cognitivo ed emotivo devastante (*NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care*, 2024; Trufelli et al., 2008; Lazarus & Folkman, 1984). Si è resa quindi palese la necessità di offrire uno spazio di decompressione neutro, slegato dalla connotazione fortemente medicalizzata della stanza di degenza o dai ritmi frenetici del corridoio di reparto.

La Stanza del Silenzio è nata proprio per colmare questo vuoto spaziale e psicologico: un luogo accessibile a chiunque, dove pazienti, caregiver e gli stessi operatori sanitari possano trovare rifugio, privacy, raccoglimento e conforto nei momenti di maggiore vulnerabilità. Un ambiente progettato per allentare la tensione accumulata, restituendo all'individuo una dimensione di intimità e dignità fondamentale nel complesso percorso di cura oncologica.

Per sviluppare il progetto della "Stanza del Silenzio" presso le sedi dello IOV (Padova e Castelfranco Veneto) si è reso necessario un approccio sistemico e partecipativo. L'Istituto ha pertanto istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, caratterizzato da una stretta e proficua collaborazione tra l'Unità

Operativa di Psicologia Clinica, la Direzione Medica e le Professioni medico-sanitarie. L'integrazione di queste specifiche competenze cliniche e operative, sinergicamente unite a quelle del team di ingegneria degli spazi, è risultata fondamentale per mappare con precisione l'architettura ospedaliera e identificare le aree strutturali più idonee all'allestimento.

La stanza del silenzio è stata istituita sia nella sede di Padova, all'interno dell'Ospedale Busonera, che nella sede di Castelfranco Veneto, presso l'Ospedale San Giacomo. Il presente studio ha preso in esame la realtà padovana. Qui, la stanza è situata al piano interrato (piano -1), nelle immediate vicinanze del reparto di Radiodiagnostica, ed è agevolmente raggiungibile sia tramite le scale che mediante ascensore. La scelta di collocarla in quest'area risponde alla necessità di ricavare una "nicchia" di quiete facilmente accessibile, ma fisicamente separata dai flussi più caotici, dai rumori dei macchinari di degenza e dalle affollate sale d'attesa ambulatoriali.

Per quanto concerne l'arredamento, il team multidisciplinare si è basato sui più recenti paradigmi dell'*Evidence-Based Design* (EBD) e dell'architettura salutogenica, cercando di predisporre uno spazio neutro, poco attivante e massimamente accogliente. In netta contrapposizione all'estetica istituzionale e asettica del reparto, l'ambiente è stato epurato da qualsiasi strumentazione clinica visibile. Le attuali revisioni sull'architettura ospedaliera indicano infatti la demedicalizzazione visiva degli spazi come una strategia fondamentale per ridurre i marcatori neurofisiologici dello stress indotti dall'ambiente di cura (Capolongo et al., 2020). L'allestimento privilegia arredi morbidi, con poltrone confortevoli studiate per favorire il rilassamento posturale, e la presenza di un tavolo con sedute idonee a facilitare la semplice vicinanza fisica silenziosa tra i membri della famiglia, l'introspezione o la lettura. L'introduzione di elementi dal forte richiamo *homelike* (domestico), distanti dal rigore ospedaliero, favorisce un maggiore senso di intimità e sicurezza percepita; un principio progettuale che si è rivelato particolarmente efficace per mitigare il trauma emotivo nei contesti oncologici, come dimostrato dall'esperienza internazionale dei centri di cura ispirati al design salutogenico (Rakhshani & Khakzand, 2025).

Infine, i materiali impiegati per le finiture e le tinteggiature seguono una palette cromatica delicata, volta a ridurre il carico percettivo e ad attutire i riverberi acustici. Questo approccio materico e visivo crea un vero e proprio guscio sensoriale che incentiva la rassicurazione psicologica e minimizza il sovraccarico cognitivo dell'utenza (Brambilla et al., 2019).

Un elemento di particolare rilevanza terapeutica all'interno dello spazio è il sistema di illuminazione modulabile. Gli utenti hanno la possibilità di regolare autonomamente l'intensità e la temperatura

della luce, potendo scegliere tra luce calda, luce fredda e luce blu. L'inserimento della componente cromatica blu non è affatto casuale, ma risponde a precise evidenze neurofisiologiche. Recenti ricerche sperimentali hanno infatti dimostrato come l'esposizione alla luce blu acceleri significativamente il processo di rilassamento in seguito a episodi di stress acuto psicosociale (rispetto all'illuminazione bianca convenzionale), favorendo una più rapida diminuzione della frequenza cardiaca e modulando l'attività del sistema nervoso parasimpatico in fase di recupero (Minguillon et al., 2017). Questa modularità garantisce all'utente il massimo grado di controllo sull'ambiente, permettendogli di adattare il setting sensoriale al proprio specifico bisogno emotivo.

L'accesso alla Stanza del Silenzio è completamente libero e volontario. La porta è sempre aperta, pur rimanendo soggetta a un servizio di custodia e monitoraggio per garantire il costante decoro e la sicurezza dell'ambiente.

L'aspetto più innovativo dell'iniziativa è la sua vocazione sistemica: il progetto non è circoscritto ai soli pazienti, ma si propone di offrire uno spazio di decompressione benefico per tutto l'ecosistema ospedaliero. Si offre, infatti, come luogo vitale di ricarica per i caregiver e, fattore cruciale, per il personale sanitario, fornendo a medici e infermieri un ambiente dedicato all'elaborazione delle proprie esperienze cliniche e alla prevenzione del burnout emotivo.

3.2 Disegno della ricerca e obiettivi specifici dello studio pilota

Sebbene la letteratura scientifica internazionale confermi l'efficacia degli spazi a bassa stimolazione sensoriale all'interno dei luoghi di cura, l'implementazione di una Stanza del Silenzio in un polo oncologico come l'Istituto Oncologico Veneto rappresenta un'innovazione che merita di essere indagata con rigore.

Il presente elaborato di tesi, dal titolo *"La Stanza del Silenzio come spazio di cura psicologica: uno studio pilota sul significato e sull'impatto percepito in un contesto oncologico"*, nasce con un duplice intento. Da un lato, si propone di esplorare come i principi teorici dell'Evidence-Based Design si traducano e vengano percepiti nella complessità della pratica clinica quotidiana; dall'altro, intende accogliere l'invito del Gruppo Nazionale della Stanza del Silenzio.

Come discusso nel Capitolo 2, il Gruppo ha infatti evidenziato la necessità di intensificare la raccolta dati sulle Stanze operanti in Italia. Pur senza la pretesa di fornire conclusioni definitive o

generalizzabili sull'intero panorama nazionale, questo studio pilota si pone l'obiettivo di offrire un primo contributo esplorativo, calato nella specifica realtà padovana. L'indagine mira a raccogliere dati preliminari e oggettivi sull'esperienza vissuta dall'utenza locale, al fine di comprendere se l'impegno profuso nella realizzazione di questo ambiente stia effettivamente rispondendo ai bisogni di pazienti, caregiver e operatori, fornendo al contempo utili spunti di riflessione per le future scelte organizzative dell'Istituto.

Dal punto di vista dell'architettura della ricerca, il lavoro è stato disegnato come uno studio osservazionale, retrospettivo, trasversale (*cross-sectional*)⁷ e monocentrico. La scelta di un approccio monocentrico, focalizzato esclusivamente sulla sede padovana dello IOV, è stata dettata dalla necessità di garantire l'omogeneità più elevata possibile del campione rispetto al contesto spaziale, eliminando i fattori confondenti che inevitabilmente deriverebbero dalla comparazione di strutture architettoniche e dinamiche di reparto differenti. Come illustrato nel paragrafo precedente, l'Istituto dispone infatti di una seconda Stanza del Silenzio situata nella sede di Castelfranco Veneto (presso l'Ospedale San Giacomo). Tuttavia, non potendo garantire in tale sede le medesime modalità di accesso né la stessa conformazione spaziale e sensoriale dell'ambiente, l'inclusione di entrambe le strutture avrebbe inficiato la validità metodologica del progetto. In assenza di una rigorosa omogeneità strutturale e organizzativa di base tra i due spazi, non sarebbe stato metodologicamente corretto accorpare i partecipanti in un unico campione aggregato, né procedere a una comparazione statistica tra le due utenze.

Una peculiarità fondamentale e un punto di forza di questo disegno di ricerca risiede nella sua rigorosa conduzione in condizioni di real-world evidence, ovvero in un setting ecologico di reale e quotidiano utilizzo. Trattandosi di un'indagine non interventistica, il gruppo di ricerca ha ritenuto prioritario che la valutazione dello spazio non introducesse alcun elemento di disturbo in un ambiente nato, per sua stessa definizione, per favorire la decompressione. In ambito psiconcologico, l'allestimento di un tradizionale Trial Clinico Randomizzato (RCT), che avrebbe imposto ai soggetti di recarsi nella stanza in tempi e modi prestabiliti dal protocollo, avrebbe snaturato completamente il senso terapeutico del luogo. La volontarietà e l'autonomia nella ricerca del silenzio sono infatti variabili cliniche imprescindibili. Per questo motivo, l'accesso alla Stanza del Silenzio da parte dei soggetti sperimentali è avvenuto in modo del tutto spontaneo e non programmato.

⁷ *Studio trasversale (cross-sectional)*: tipo di disegno di ricerca osservazionale che analizza i dati di una popolazione in un momento specifico. Questo metodo consente ai ricercatori di esaminare le relazioni tra variabili senza manipolarle, fornendo un'istantanea della situazione studiata.

Di conseguenza, la raccolta dei dati si è basata su un questionario ad hoc autosomministrato, posizionato discretamente all'interno dell'ambiente stesso. Optare per una compilazione volontaria, escludendo a priori qualsiasi forma di reclutamento attivo o sollecitazione diretta da parte dei ricercatori, ha permesso di arginare in modo significativo l'effetto Hawthorne⁸ mitigando al contempo i bias di desiderabilità sociale. Questa scelta metodologica ha garantito la massima genuinità del dato raccolto, permettendo di fotografare il reale impatto dello spazio nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003).

Un ulteriore elemento qualificante del disegno di ricerca è rappresentato dalla scelta del target di riferimento. Lo studio non si è limitato a indagare l'esperienza del paziente oncologico, ma ha adottato una prospettiva sistemica, includendo le tre categorie istituzionali che abitano quotidianamente l'ospedale: i pazienti, i caregiver e gli operatori sanitari. Questa tripartizione del campione nasce dalla consapevolezza che l'ecosistema ospedaliero genera carichi allostatici profondamente diversi per ciascun gruppo, i quali possono trovare nella Stanza del Silenzio risposte a bisogni psicofisici differenti. Il paziente oncologico, infatti, sperimenta l'impatto traumatico della diagnosi, il dolore fisico e l'espropriazione della propria intimità; per lui, il silenzio rappresenta un rifugio per la riappropriazione del sé e la regolazione dell'ansia. Il caregiver sopporta invece il peso del carico assistenziale (*caregiver burden*), vivendo un'angoscia vicaria che spesso reprime per mostrarsi forte di fronte al malato, trovando nella stanza uno spazio vitale di sfogo emotivo. Infine, l'operatore sanitario è esposto alla fatica da compassione (*compassion fatigue*) e al delicato compito della comunicazione di cattive notizie (*bad news telling*); per il personale clinico, l'isolamento sensoriale temporaneo costituisce una strategia di coping essenziale per ripristinare le risorse attentive e prevenire il burnout. Indagare comparativamente queste tre popolazioni costituisce dunque un presupposto metodologico centrale per comprendere la versatilità terapeutica dell'architettura curativa.

Il quesito di ricerca fondante mira a esplorare il significato psicologico ed emotivo attribuito alla Stanza del Silenzio, misurandone l'impatto sul benessere immediato attraverso un disegno a metodi misti. L'obiettivo primario del presente studio è duplice: da un lato, valutare il livello di benessere psicologico percepito dai fruitori al termine della permanenza nello spazio; dall'altro, indagare in che misura le caratteristiche socio-demografiche e il ruolo istituzionale dei partecipanti siano in grado di predire tale stato di benessere post-esperienza. Per la verifica di questo obiettivo primario, la ricerca

⁸ *Effetto Hawthorne*: si riferisce a un fenomeno psicologico in cui gli individui modificano il loro comportamento in risposta all'essere osservati o studiati. Questo effetto fu identificato per la prima volta negli anni '20 durante una serie di esperimenti presso la fabbrica Hawthorne Works nell'Illinois, dove i ricercatori cercarono di comprendere la relazione tra le condizioni del posto di lavoro e la produttività.

si è avvalsa di un questionario ad hoc somministrato in fase post-esperienziale. L'indicatore primario di outcome (il benessere soggettivo in uscita) è stato misurato quantitativamente tramite una Scala di Valutazione Numerica (NRS), ancorata su punteggi da 1 (minimo benessere percepito) a 10 (massimo benessere percepito). Parallelamente, al fine di rispondere al quesito predittivo, il questionario ha rilevato le principali variabili anamnestiche e socio-demografiche del campione, tra cui l'età, il genere, il ruolo ospedaliero, il livello di scolarità, la composizione del nucleo familiare e lo stato relazionale.

Per cogliere l'intera multidimensionalità dell'esperienza, l'impianto della ricerca è stato arricchito da una serie di obiettivi secondari, operazionalizzati attraverso specifici endpoint quantitativi e qualitativi. Sul versante quantitativo, il primo obiettivo secondario è consistito nell'analizzare la qualità percepita dell'ambiente, declinata in quattro domini fondamentali: l'accoglienza, la soddisfazione oraria, il comfort e l'accessibilità. Le prime due variabili sono state rilevate mediante una scala Likert a 4 punti; questa scelta metodologica è stata adottata deliberatamente per forzare l'assenza di un punto centrale neutro, evitando la naturale tendenza alla polarizzazione sui valori medi e sollecitando così un posizionamento definito e netto da parte del rispondente. Congiuntamente, il livello di comfort e la facilità di accesso logistico sono stati indagati attraverso item specifici volti a rilevarne la sola presenza o assenza (struttura dicotomica). Al fine di esplorare le eterogeneità interne al campione, i dati quantitativi raccolti sono stati sottoposti a un'analisi statistica comparativa. Questo passaggio metodologico ha permesso di identificare l'esistenza di eventuali differenze significative nella percezione e nell'utilizzo dello spazio in funzione del ruolo ricoperto (paziente, familiare, operatore) e delle principali covariate socio-demografiche (in particolare età, genere e livello di scolarità).

Infine, sul versante qualitativo, il disegno di ricerca si è posto due ulteriori obiettivi: raccogliere aspettative legati all'esperienza del silenzio (riflessioni, emozioni, parole chiave) e individuare le possibili prospettive future per lo sviluppo del progetto. Per rispondere a queste istanze fenomenologiche, sono state incluse nel questionario due specifiche domande aperte. Attraverso questi item destrutturati, si è mirato a raccogliere le aspettative pregresse e i vissuti emotivi lasciati dagli utenti per descrivere la propria sosta. Questo sforzo narrativo e integrativo culmina nell'ultimo obiettivo della ricerca, ovvero la categorizzazione tematica dei suggerimenti e dei bisogni espressi liberamente dai partecipanti. L'analisi qualitativa di questo materiale testuale è stata concepita con un chiaro intento traslazionale: fornire alla Direzione strumenti operativi concreti, fondati sull'ascolto diretto dell'utenza, per la futura ottimizzazione del servizio e per il continuo potenziamento dei processi di umanizzazione delle cure all'interno dell'Istituto.

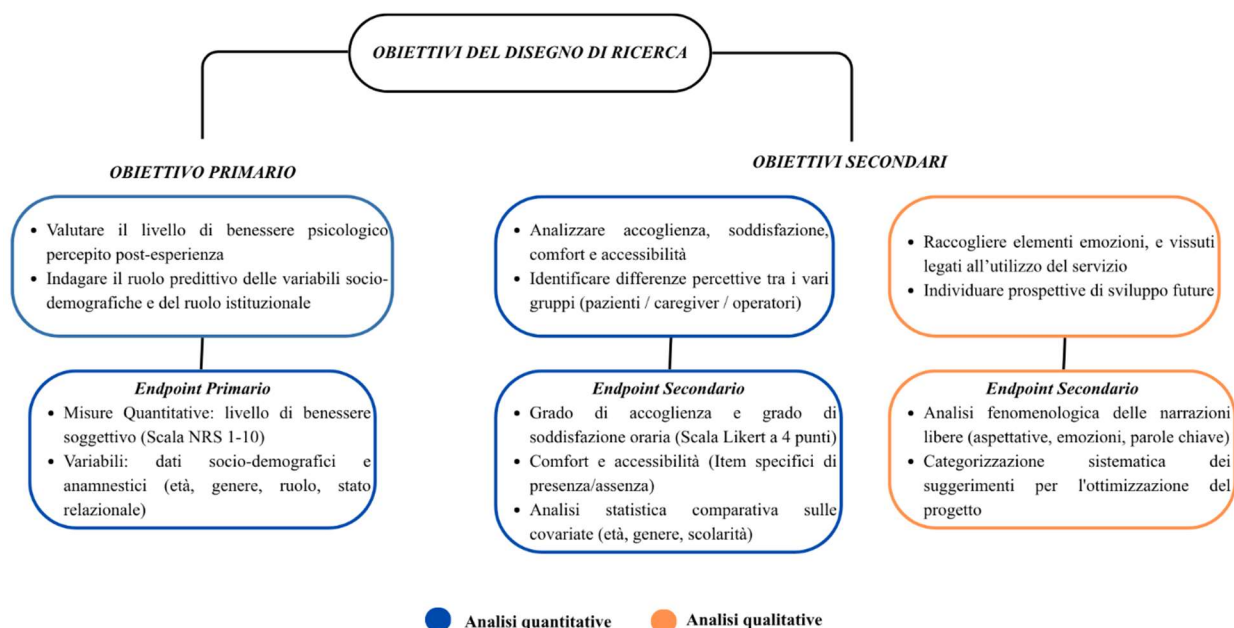


Figura 4 Schema metodologico dello studio: articolazione degli obiettivi di ricerca e dei relativi endpoint primari e secondari.

3.3 Metodologia

Il presente studio si basa sull'analisi di un campione di convenienza, costituito dagli utenti che hanno avuto accesso spontaneo alla Stanza del Silenzio dell'Istituto Oncologico Veneto nel periodo compreso tra l'8 agosto 2025 e il 12 febbraio 2026. Al fine di garantire il massimo rigore metodologico e non interferire con la funzione intrinseca dello spazio, la procedura di indagine è stata strutturata in tre fasi sequenziali, illustrate nel diagramma di flusso seguente.

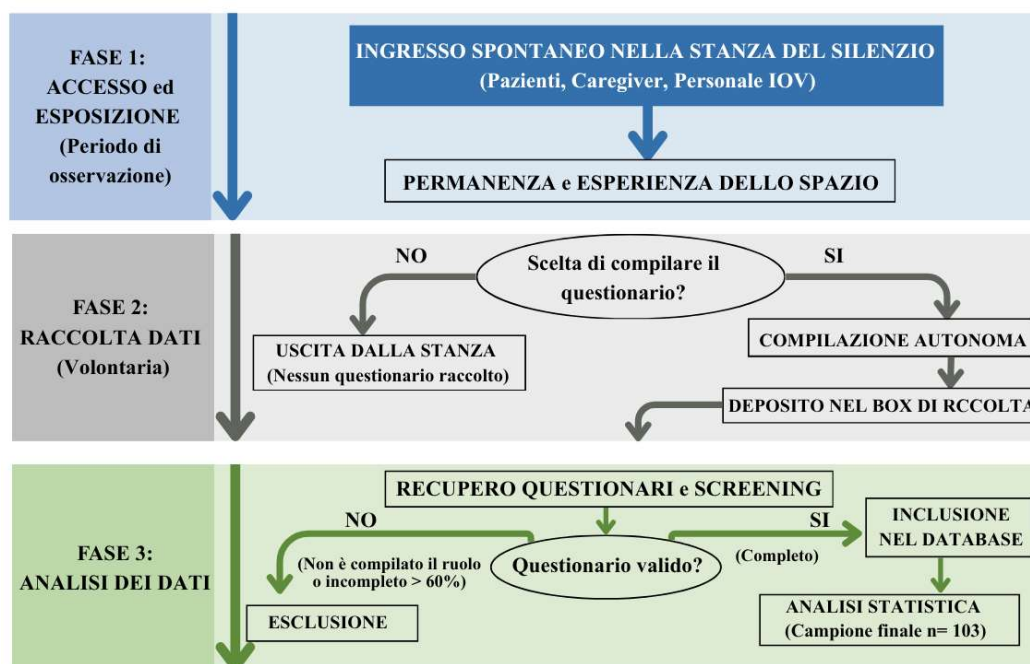


Figura 5 Flowchart dello studio pilota condotto presso l'Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S.

La prima fase del disegno di ricerca (Fase 1: accesso ed esposizione) ha coinciso con il normale periodo di osservazione in condizioni di real-world evidence. In questa fase, le tre categorie di fruitori previste dal protocollo (pazienti oncologici, caregiver e personale sanitario dell'Istituto) hanno fatto ingresso nella stanza in modo del tutto spontaneo, permanendovi per il tempo desiderato al fine di esperire un momento di decompressione e distacco sensoriale.

Successivamente, la seconda fase (Fase 2: raccolta dati) si è basata sulla scelta autonoma e volontaria dell'utente di condividere o meno la propria esperienza. Qualora il fruitore decidesse di partecipare allo studio, procedeva alla compilazione di un questionario cartaceo ad hoc autosomministrato, per poi depositarlo all'interno di un apposito box di raccolta. Tale questionario è consultabile integralmente tra gli allegati del presente elaborato.

Lo strumento di indagine è stato concepito per catturare la multidimensionalità dell'esperienza. Tutte le variabili indagate sono sintetizzate e chiarificate nella Tabella 1. Nello specifico, lo strumento si struttura in quattro aree tematiche. La prima sezione ha permesso di raccogliere le principali variabili socio-demografiche e anamnestiche, tra cui l'età, il genere, il ruolo istituzionale, il livello di istruzione, la situazione lavorativa, lo stato relazionale e il numero di figli. La seconda sezione è stata dedicata alle variabili ambientali e spaziali, indagando il canale di conoscenza del servizio e valutando la percezione del comfort e l'accessibilità logistica mediante specifici item dicotomici. All'interno della medesima area, il grado di accoglienza e la soddisfazione per l'orario di apertura sono stati misurati utilizzando una scala Likert a 4 punti. Il fulcro dell'indagine quantitativa risiede tuttavia nella terza sezione, focalizzata sulla variabile clinico-psicologica: l'indicatore primario di outcome, ovvero il livello di benessere post-esperienza, è stato quantificato mediante una Scala di Valutazione Numerica (NRS - *Numerical Rating Scale*) ancorata da 1 (minimo benessere) a 10 (massimo benessere). Infine, un'ultima sezione qualitativa a risposta aperta ha offerto ai partecipanti uno spazio libero per esprimere le proprie aspettative iniziali e suggerire potenziali miglioramenti.

Categoria	Variabile	Tipo di dato	Risposta
1. Socio-demografiche	Ruolo istituzionale	Categoriale nominale	Pazienti, Caregiver, Operatore
	Genere	Categoria nominale	Maschio, Femmina
	Età	Continua	Valore numerico
	Livello di istruzione	Ordinale	Elementare, media, superiore, laurea, altro

	Situazione lavorativa	Categoriale nominale	Impiego permanente a tempo pieno, impiego non permanente a tempo pieno, impiego permanente a tempo parziale (part time), impiego non permanente a tempo parziale (part time), disoccupato/a, in pensione, studente, altro
	Stato relazionale	Categoriale nominale	Single, convivente, sposato/a, vedovo/a, altro
	Numero di figli	Ordinale	Nessuno, 1, 2, 3, 3+
2. Ambientali e spaziali	Canale di conoscenza	Categoriale nominale	Passaparola, materiali informativi, sito, operatori, altro
	Accessibilità dello spazio	Dicotomica	Si, No
	Percezione del comfort	Dicotomica	Si, No
	Grado di accoglienza	Ordinale	Scala Likert a 4 punti
	Soddisfazione orario di apertura	Ordinale	Scala Likert a 4 punti
3. Clinico - Psicologica	Benessere post-esperienza	Ordinale	Scala NRS (da 1 a 10)
4. Qualitative	Aspettative iniziali	Testo libero	Domanda aperta
	Suggerimenti e prospettive	Testo libero	Domanda aperta

Tabella 1 Sintesi delle variabili raccolte mediante il questionario

L'ultima fase procedurale (Fase 3: analisi dei dati) si è aperta con il recupero dei questionari e una rigorosa attività di screening. I criteri di inclusione hanno previsto un'età anagrafica pari o superiore a 18 anni e una soglia di completezza della compilazione fissata ad almeno il 60%, tollerando un massimo di quattro mancate risposte per singolo utente. Di contro, sono stati sistematicamente esclusi dalle analisi tutti i moduli in cui risultava omessa la dichiarazione del ruolo istituzionale di appartenenza, trattandosi di una variabile cardine per la successiva valutazione comparativa. Questo processo di selezione ha condotto all'inclusione in database di un campione finale composto da 103 questionari validi.

L'elaborazione quantitativa dei dati raccolti è stata condotta utilizzando il software *open-source* R. Il livello di significatività critica per i test inferenziali è stato fissato a un valore di $p < 0.05$, verificando preliminarmente l'assunto di normalità delle distribuzioni mediante il test di Shapiro-Wilk.

Inizialmente, la statistica descrittiva è stata impiegata per delineare le frequenze assolute e percentuali, le medie, le deviazioni standard e le mediane del campione, ricorrendo all'utilizzo di grafici a torta, istogrammi e boxplot per la rappresentazione visiva delle tendenze centrali.

In fase di analisi, per verificare l'obiettivo primario e valutare il peso predittivo delle caratteristiche anagrafiche sul benessere, è stato costruito un modello di regressione lineare multipla. Al fine di ottimizzare la potenza statistica dei modelli inferenziali, alcune variabili socio-demografiche originarie, quali la condizione lavorativa e lo stato relazionale, sono state oggetto di trasformazione e ricodificate in macro-categorie dicotomiche. I relativi risultati dell'analisi multivariata sono stati supportati dal calcolo degli intervalli di confidenza (IC) al 95% e resi graficamente mediante forest plot. Successivamente, l'effetto isolato delle singole caratteristiche originarie sull'indicatore primario di benessere è stato indagato attraverso analisi bivariate esplorative, applicando il T-test a campioni indipendenti per la variabile di genere, la correlazione di Pearson per l'età anagrafica e l'Analisi della Varianza (ANOVA a una via) per le variabili categoriali politomiche (situazione lavorativa, stato relazionale, titolo di studio e numero di figli).

Le differenze significative nella percezione dello spazio in funzione del ruolo (pazienti, caregiver, operatori) sono state esplorate avvalendosi del test del Chi-quadro di Pearson (X^2) per i dati nominali dicotomici legati all'accessibilità e al comfort. Al contrario, per le variabili su scala ordinale, ovvero il livello di benessere, il grado di accoglienza e la soddisfazione per gli orari, il confronto tra le mediane è stato condotto tramite il test non parametrico di Kruskal-Wallis, giustificato dalla natura non normale delle distribuzioni. A fronte della significatività del test, sono stati eseguiti confronti multipli post-hoc mediante test U di Mann-Whitney per isolare in modo preciso le differenze tra le singole diadi.

Parallelamente all'impianto quantitativo, il materiale narrativo raccolto nella sezione a testo libero è stato sottoposto a un'analisi qualitativa del contenuto mediante approccio tematico. A garanzia del massimo rigore scientifico e al fine di contenere eventuali bias interpretativi, la codifica e la categorizzazione testuale sono state elaborate con l'ausilio del software CAQDAS *QDA Miner Lite* (Provalis Research), il quale ha consentito di isolare i segmenti di testo salienti, far saturare i dati attorno a specifici codici tematici ed estrarne le frequenze relative.

Dal punto di vista etico, l'intero impianto della ricerca è stato condotto nel rigoroso rispetto della Dichiarazione di Helsinki e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in particolare il D.Lgs. 196/2003 e il Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Trattandosi di un'indagine

osservazionale non interventistica basata su questionari strettamente anonimi e privi di dati clinici sensibili, la raccolta del consenso informato scritto non si è resa necessaria ai sensi dell'art. 89 del GDPR. La partecipazione è stata infatti implicitamente confermata dal conferimento autonomo e volontario del modulo nel box di raccolta, come specificato nell'informativa presente sul frontespizio dello strumento. A garanzia dell'integrità formale e scientifica del progetto, il protocollo di studio è stato sottomesso al Comitato Etico Territoriale (CET ANV) per la ratifica dell'analisi retrospettiva.

3.4 Risultati

3.4.1 Analisi descrittiva delle variabili socio-demografiche

Il gruppo di indagine, arruolato tramite la metodologia precedentemente descritta, risulta costituito da N=103 soggetti. Nel presente paragrafo verranno analizzate le variabili soci-demografiche che descrivono i partecipanti coinvolti.

La suddivisione dei rispondenti in base al ruolo istituzionale ha rivelato una partecipazione trasversale da parte di tutte le categorie previste dal protocollo: il gruppo più numeroso è rappresentato dagli operatori sanitari, costituiti da 46 individui (pari al 45% del totale), seguiti dai caregiver e familiari con 41 presenze (40%), mentre i pazienti oncologici che hanno scelto di partecipare allo studio ammontano a 16 soggetti (16%).

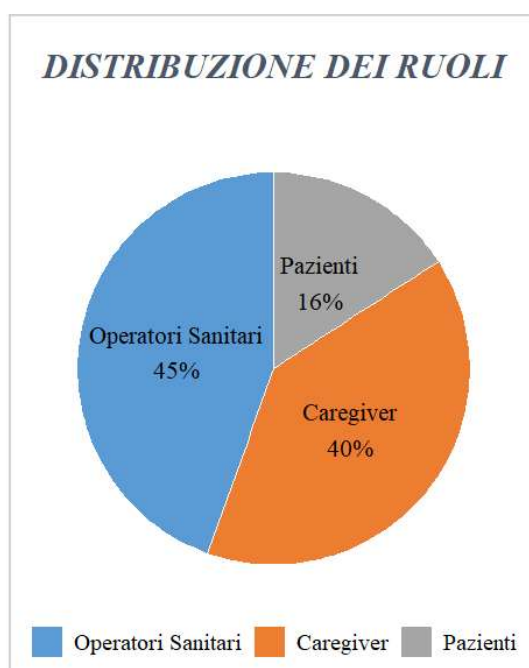


Figura 6 Distribuzione percentuale dei partecipanti in base al ruolo istituzionale

Dal punto di vista anagrafico, l'età dei partecipanti è compresa in un range ampio, che va dai 20 agli 81 anni, con un'età media complessiva di circa 48 anni ($M = 48.03$, $DS = 15.26$). Analizzando la distribuzione di genere, si osserva una prevalenza femminile: il gruppo è infatti composto per il 62% da donne e per il 38% da uomini. La quasi totalità dell'utenza (98%) ha dichiarato di essere cittadino italiano.

Per quanto concerne il livello di istruzione, i partecipanti si caratterizzano per un grado di scolarità tendenzialmente medio-alto: quasi la metà dei rispondenti (49%) è in possesso di un diploma di laurea, mentre il 30% ha conseguito un diploma di scuola superiore. Solo il 18% dichiara un'istruzione ferma alla scuola media o elementare. In linea con le fasce d'età e il livello di istruzione, l'analisi della situazione occupazionale evidenzia che la maggioranza relativa degli utenti (oltre il 50%) possiede un impiego stabile, seguita da una quota del 16% costituita da soggetti in pensione.

A completamento del profilo socio-demografico, sono stati indagati lo stato relazionale e la composizione del nucleo familiare. La porzione più consistente dei partecipanti dichiara di essere sposata (43%), seguita da soggetti single (29%) e conviventi (23%), mentre percentuali residuali riguardano utenti vedovi (1%) o che hanno indicato un altro stato relazionale (3.9%). Infine, per quanto riguarda la genitorialità, emerge che quasi la metà dei partecipanti (47%) non ha figli; la restante utenza si divide prevalentemente tra coloro che hanno due figli (26%) o un figlio (20%), con una minoranza (circa il 7%) che riferisce di avere tre o più figli.

Una sintesi di quanto sopra esposto si ritrova nelle Figure sottostanti:

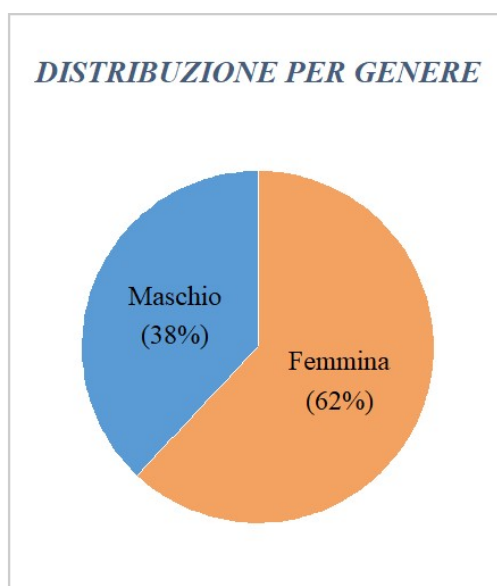


Figura 7 Ripartizione percentuale dei partecipanti intervistati in base al sesso ($N=103$).

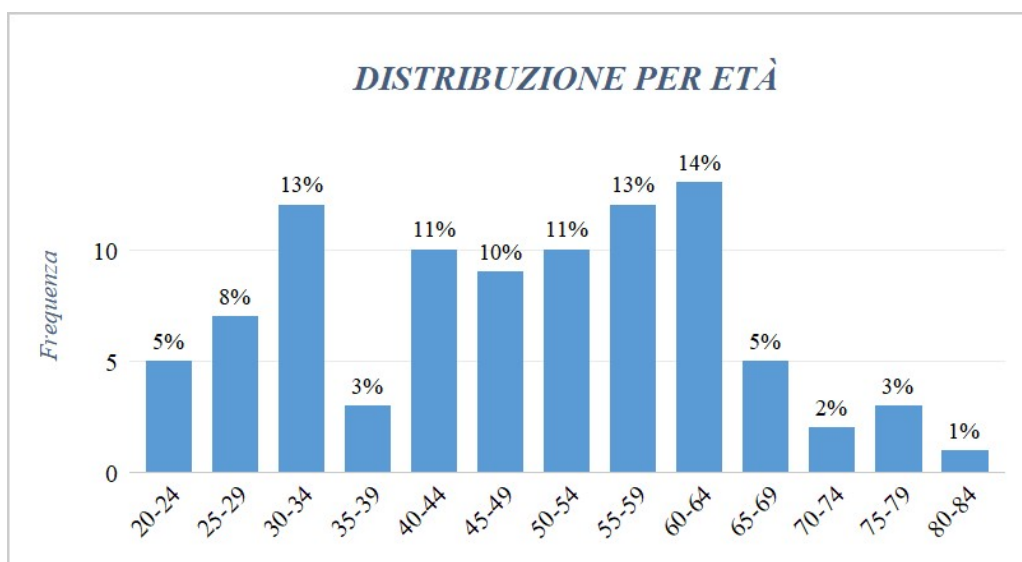


Figura 8 Distribuzione anagrafica dei partecipanti raggruppata in fasce di cinque anni (N=103).

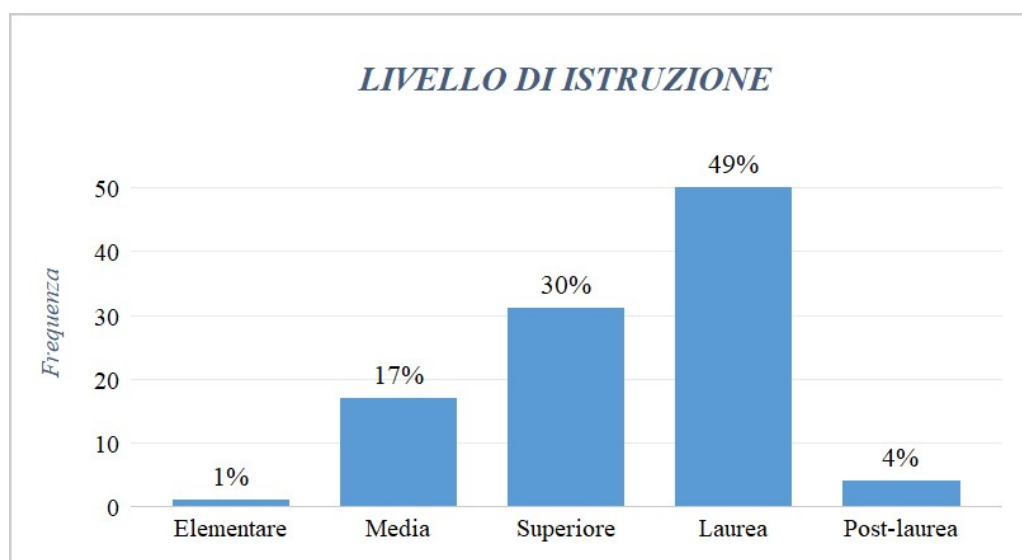


Figura 9 Livello di istruzione conseguito dai soggetti appartenenti al gruppo dei partecipanti (N=103).

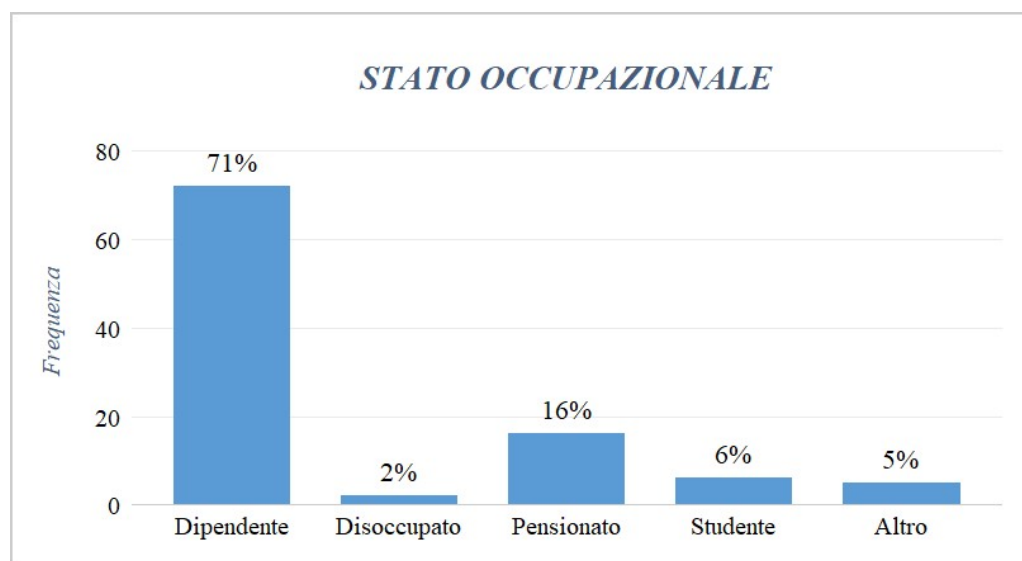


Figura 10 Condizione occupazionale e lavorativa attuale dei partecipanti (N=103).

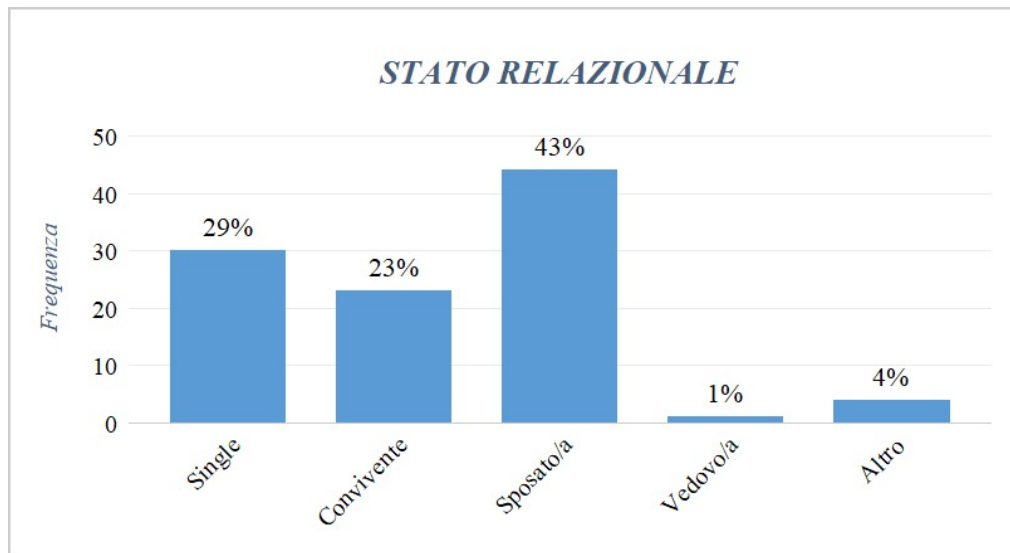


Figura 11 Stato relazionale e situazione affettiva dei soggetti intervistati (N=103).

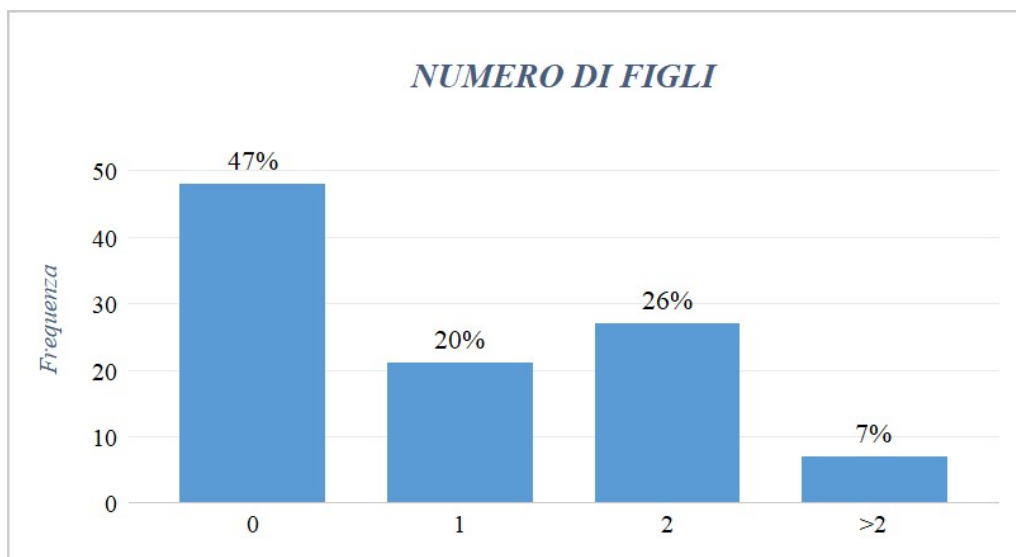


Figura 10 Numero di figli dichiarati dai partecipanti al momento della rilevazione.

3.4.2 Risultati obiettivo primario

Il nucleo centrale dell'indagine ha riguardato la misurazione dell'impatto della Stanza del Silenzio sul benessere psicologico percepito dagli utenti, valutato mediante una Scala di Valutazione Numerica (NRS) da 1 a 10. Preliminarmente, è stato verificato l'assunto di normalità della distribuzione mediante il test di Shapiro-Wilk, il quale ha evidenziato uno scostamento significativo dalla normalità, confermando la natura non gaussiana dei dati. A livello generale, l'intero gruppo di partecipanti ha registrato un punteggio medio di benessere pari a 6.9 (DS = 2.8), con un valore mediano di 8. Riclassificando i punteggi in due macro-categorie, emerge che ben il 70% degli utenti

ha riportato un livello di benessere "alto" (punteggi da 6 a 10), mentre il restante 30% ha registrato un livello "basso" (punteggi da 1 a 5).

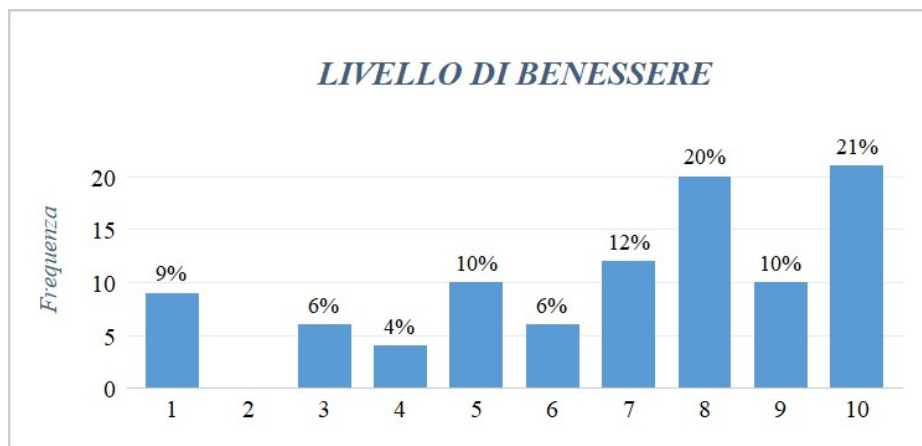


Figura 11 Distribuzione delle risposte relative al livello di benessere psicologico percepito (scala da 1 a 10).

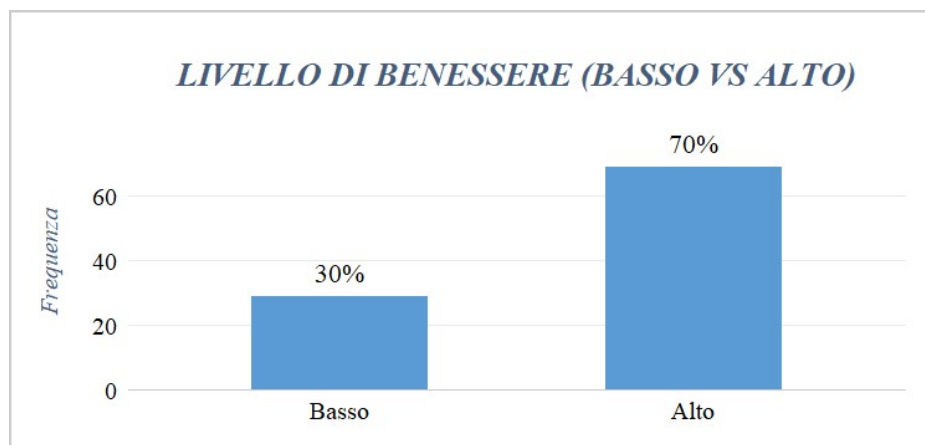


Figura 12 Livello di benessere psicologico aggregato nelle macro-categorie "Basso" (0-5) e "Alto" (6-10).

Successivamente, l'applicazione di un modello di regressione lineare multipla ha permesso di valutare l'influenza delle caratteristiche personali sull'efficacia dell'esperienza. La variabile dipendente inserita nel modello è il punteggio di benessere soggettivo (misurato tramite scala NRS da 1 a 10), mentre le variabili indipendenti (predittori) considerate sono quelle socio-demografiche e il ruolo istituzionale di appartenenza. Al fine di ottimizzare la potenza statistica del modello e ridurre la frammentazione dei dati, le variabili categoriali originarie sono state ricodificate in macro-categorie (ad esempio, la condizione lavorativa è stata aggregata in "Occupato" e "Inattivo", e lo stato relazionale in "In coppia" e "Senza partner"). I risultati dell'analisi inferenziale hanno dimostrato che il benessere psicologico percepito in uscita dalla Stanza del Silenzio risulta indipendente dalle variabili socio-demografiche di base e dal ruolo. Fattori quali l'età, il genere, il ruolo, il livello di istruzione, lo stato relazionale, la situazione lavorativa o la presenza di figli non hanno mostrato alcun

impatto predittivo statisticamente significativo sul punteggio finale di benessere, registrando sistematicamente valori di $p > 0.05$.

Al fine di rappresentare visivamente l'assenza di significatività di tali predittori, è stato elaborato il grafico Forest Plot riportato nella figura sottostante (Figura 13). In esso è possibile osservare chiaramente come gli intervalli di confidenza di ciascun coefficiente stimato intersechino la linea dello zero (tratteggio verticale), confermando a livello grafico la non incidenza delle variabili analizzate.

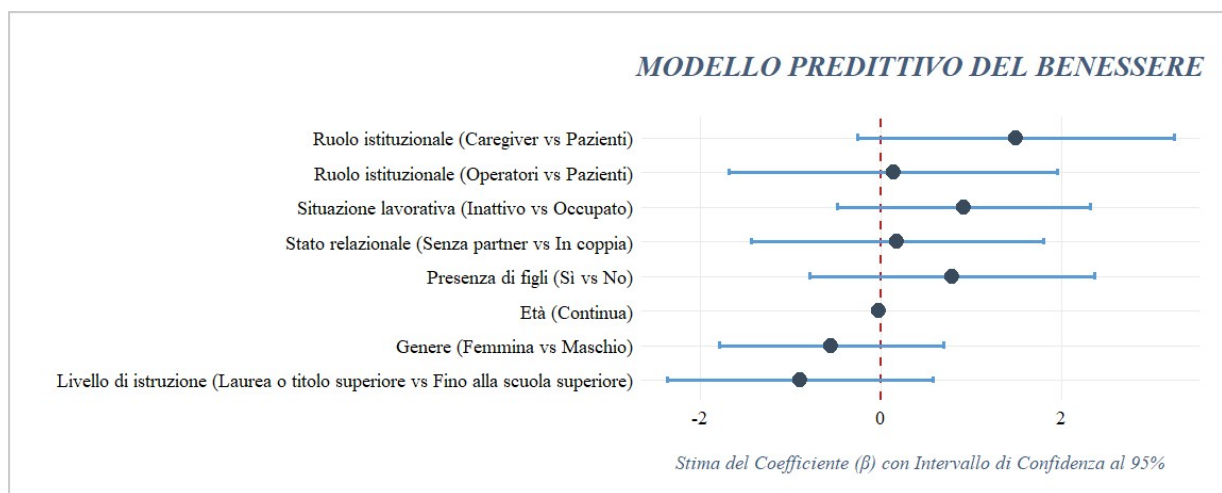


Figura 13 Forest plot dei coefficienti di regressione e intervalli di confidenza al 95%, i quali confermano visivamente l'assenza di predittori socio-demografici significativi sul benessere.

Per comprendere più a fondo le dinamiche di beneficio, i partecipanti sono stati stratificati in base al ruolo istituzionale. L'analisi descrittiva ha evidenziato che il gruppo dei caregiver e familiari ha riportato i livelli di benessere post-permanenza più elevati, con una media di 7.8 (DS = 2.5; Mediana = 8). Seguono i pazienti oncologici con un punteggio medio di 6.3 (DS = 2.8; Mediana = 7) e, infine, gli operatori sanitari con una media di 6.2 (DS = 2.9; Mediana = 7). Al fine di verificare se le differenze osservate tra le tre categorie fossero statisticamente rilevanti, è stato eseguito un test non parametrico di Kruskal-Wallis. L'analisi inferenziale ha confermato la presenza di una differenza statisticamente significativa nella distribuzione del benessere tra i tre ruoli indagati ($\chi^2 = 8.54$, $df = 2$, $p = 0.014$).

La Figura 14 riporta la rappresentazione grafica della distribuzione dei punteggi tramite Boxplot. Il grafico permette di apprezzare visivamente non solo la tendenza centrale (evidenziata dalla linea della mediana all'interno di ciascun riquadro), ma anche la dispersione e la variabilità delle risposte all'interno di ogni specifico ruolo istituzionale.

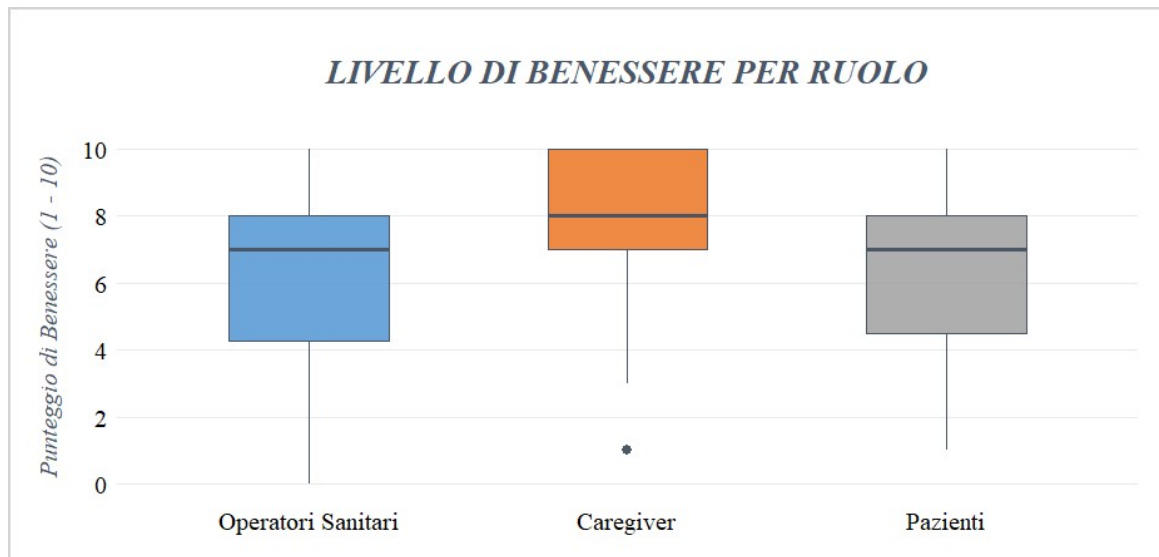


Figura 14 Confronto dei punteggi medi relativi al benessere psicologico percepito (scala NRS 1-10) nei tre gruppi di utenti.

A seguito della significatività emersa dal test, l'analisi è stata approfondita mediante confronti multipli post-hoc (*test U di Mann-Whitney*) al fine di isolare le differenze specifiche tra le singole diadi. I risultati hanno rivelato che il livello di benessere post-esperienza riportato dai caregiver risulta significativamente superiore rispetto a quello riferito dagli operatori sanitari ($p = 0.006$). Il confronto tra caregiver e pazienti oncologici ha evidenziato una forte tendenza statistica ($p = 0.053$) nella medesima direzione, delineando un beneficio tendenzialmente maggiore per i familiari. Al contrario, le distribuzioni dei punteggi tra pazienti e operatori sanitari si sono rivelate statisticamente sovrapponibili ($p = 0.978$). Questo dato suggerisce come l'esperienza all'interno della Stanza del Silenzio assuma una valenza di decompressione emotiva particolarmente marcata e specifica per il caregiver, che spesso sopporta in modo indiretto ma logorante il carico psicologico della patologia.

Infine, per rispondere all'obiettivo primario e valutare l'impatto delle variabili socio-demografiche, a integrazione del modello di regressione multivariata, i dati sono stati sottoposti a più indagini biavariate esplorative. Tale approccio ha permesso di indagare l'effetto isolato delle singole caratteristiche originarie sul livello di benessere psicologico.

Per la variabile a due categorie (il genere), l'impatto è stato analizzato tramite T-test a campioni indipendenti, il quale non ha rivelato differenze statisticamente significative ($t = 1.43$, $p = 0.158$), mostrando medie sovrapponibili tra soggetti di sesso maschile (Media = 7.30) e femminile (Media = 6.47). Parimenti, l'analisi di correlazione di Pearson non ha evidenziato alcuna associazione lineare tra l'età anagrafica dei partecipanti e il punteggio di benessere riportato ($r = 0.07$, $p = 0.499$), indicando che l'efficacia dell'esperienza si mantiene costante nelle diverse fasi della vita.

Per esplorare l'incidenza delle variabili categoriali a tre o più livelli (situazione lavorativa, stato relazionale, titolo di studio e numero di figli), è stata applicata l'Analisi della Varianza (ANOVA a

una via). Mentre la condizione lavorativa ($F = 0.87$, $p = 0.533$) e lo stato relazionale ($F = 0.95$, $p = 0.436$) non hanno mostrato alcun effetto sul benessere percepito, il livello di istruzione è emerso come un fattore statisticamente significativo ($F = 2.62$, $p = 0.040$). Nello specifico, i soggetti con un titolo di studio intermedio (licenza media o diploma) hanno riportato indici di benessere post-esperienza superiori (Media = 7.43, DS = 2.38) rispetto al campione in possesso di una laurea (Media = 6.35, DS = 3.03).

Infine, l'ANOVA applicata al numero di figli ha evidenziato una forte tendenza alla significatività ($F = 2.44$, $p = 0.052$). L'osservazione delle medie dei sottogruppi suggerisce che i partecipanti aventi un solo figlio tendano a trarre un beneficio marginalmente superiore (Media = 8.05) rispetto a coloro che non hanno figli (Media = 6.55) o che ne hanno due (Media = 6.88).

3.4.3 Risultati quantitativi obiettivi secondari

L'indagine sugli obiettivi secondari del progetto ha permesso di valutare gli aspetti logistici, organizzativi e ambientali legati alla fruizione della Stanza del Silenzio.

In primo luogo, è stato indagato il canale attraverso cui i partecipanti sono venuti a conoscenza del servizio. Il “passaparola” si conferma il vettore informativo principale, segnalato dal 30% dei partecipanti. Seguono le indicazioni fornite direttamente dagli operatori dell'Istituto (21%) e la categoria residua “altro” (22%). Una percentuale minore di utenti ha invece scoperto lo spazio tramite i materiali informativi cartacei (15%) o attraverso il sito web dell'istituto (13%).

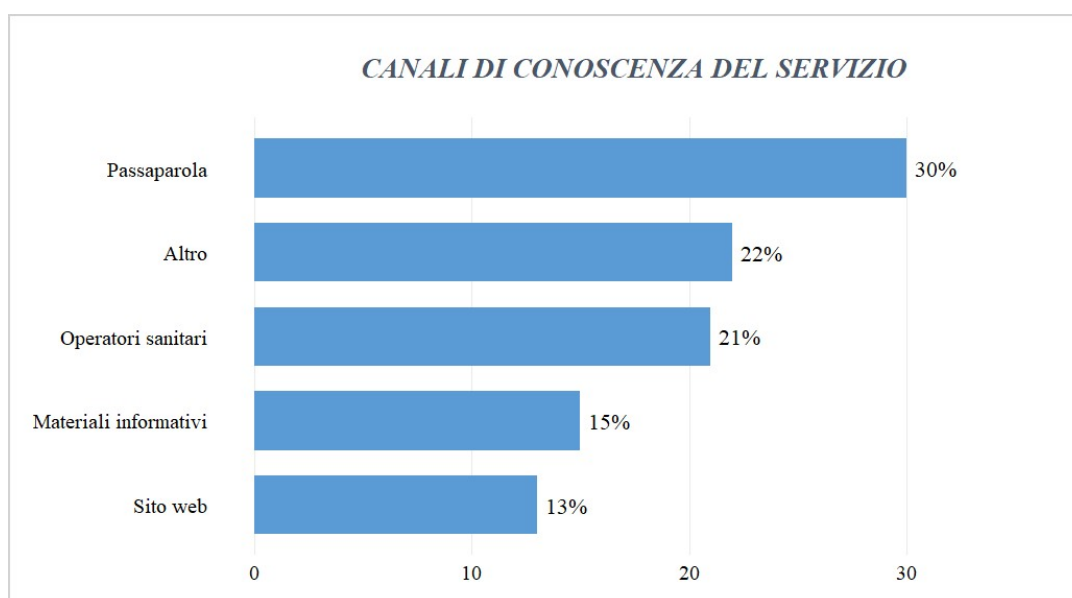


Figura 15 Modalità attraverso le quali l'utenza ha conosciuto la Stanza del Silenzio

Per quanto riguarda l'accessibilità e la facilità di individuazione della stanza all'interno del polo ospedaliero, il 62% dei rispondenti ha valutato lo spazio come facilmente accessibile e ben segnalato,

mentre il restante 38% ha riscontrato delle criticità in tal senso. Al contrario, la valutazione della qualità sensoriale dell'ambiente restituisce un quadro nettamente positivo: ben il 70% degli utenti ritiene che la Stanza offra un ambiente adeguato e confortevole per le proprie necessità. Il grado di accoglienza percepito, misurato mediante una scala Likert a 4 punti, ha registrato un punteggio medio di 2.89 su 4 (DS = 0.94). Aggregando le risposte, emerge che la netta maggioranza dei partecipanti (68%) ha espresso un giudizio positivo, posizionandosi sui valori alti della scala ("abbastanza" e "molto"), a fronte di un 32% che ha riferito un livello di accoglienza basso ("per nulla" o "poco"). Parimenti, l'articolazione degli orari di apertura del servizio ha riscontrato un'ampia approvazione, con l'87% dell'utenza che si è dichiarata soddisfatta.

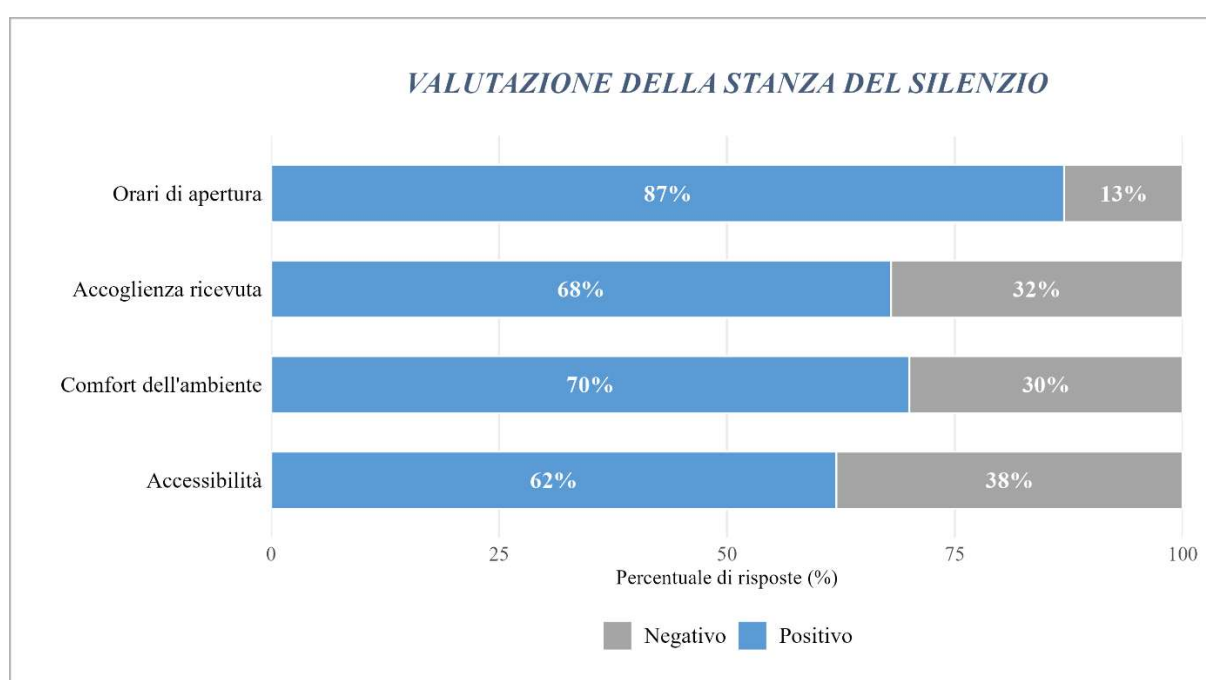


Figura 16 Distribuzione percentuale complessiva delle valutazioni (positive vs negative) relative agli indicatori di accessibilità, comfort, accoglienza e orari di apertura.

Al fine di comprendere più a fondo le dinamiche di fruizione, le valutazioni relative agli obiettivi secondari sono state stratificate in base al ruolo istituzionale degli utenti (Pazienti, Caregiver, Operatori sanitari). L'analisi delle frequenze incrociate ha fatto emergere profili di gradimento marcatamente differenziati.

Per quanto riguarda i parametri logistici e ambientali, il gruppo dei caregiver ha espresso giudizi nettamente più favorevoli rispetto alle altre coorti: l'85% di essi ha ritenuto lo spazio facilmente accessibile e il 90% lo ha giudicato confortevole. Al contrario, gli operatori sanitari hanno evidenziato maggiori criticità strutturali, con il 57% del sottogruppo che valuta l'ambiente come non adeguatamente accessibile e una percentuale di approvazione del comfort limitata al 59%. I pazienti

oncologici si collocano in una posizione intermedia, giudicando la stanza accessibile nel 63% dei casi e confortevole nel 56%. Tale tendenza si conferma anche nell'analisi delle variabili relazionali e organizzative. Per uniformità analitica, le dimensioni di accoglienza e soddisfazione oraria, originariamente rilevate su scala ordinale a quattro punti, sono state ricodificate in dicotomiche (aggregando i punteggi 1-2 nella categoria "bassa" e 3-4 nella categoria "alta"). L'accoglienza è stata giudicata in modo estremamente positivo dal 90% dei caregiver, a fronte di opinioni nettamente più divise e critiche per pazienti (56%) e operatori (53%). Infine, la soddisfazione per gli orari risulta complessivamente elevata, toccando un picco del 98% tra i familiari, seguiti dai pazienti (87%), mentre gli operatori registrano la percentuale più alta di insoddisfazione (23%). I dati delineano dunque una chiara tendenza del personale strutturato a manifestare maggiori criticità rispetto all'utenza e ai rispettivi accompagnatori.

A riepilogo delle valutazioni ambientali e organizzative stratificate per ruolo, si rimanda alla consultazione della Figura 17 sottostante:

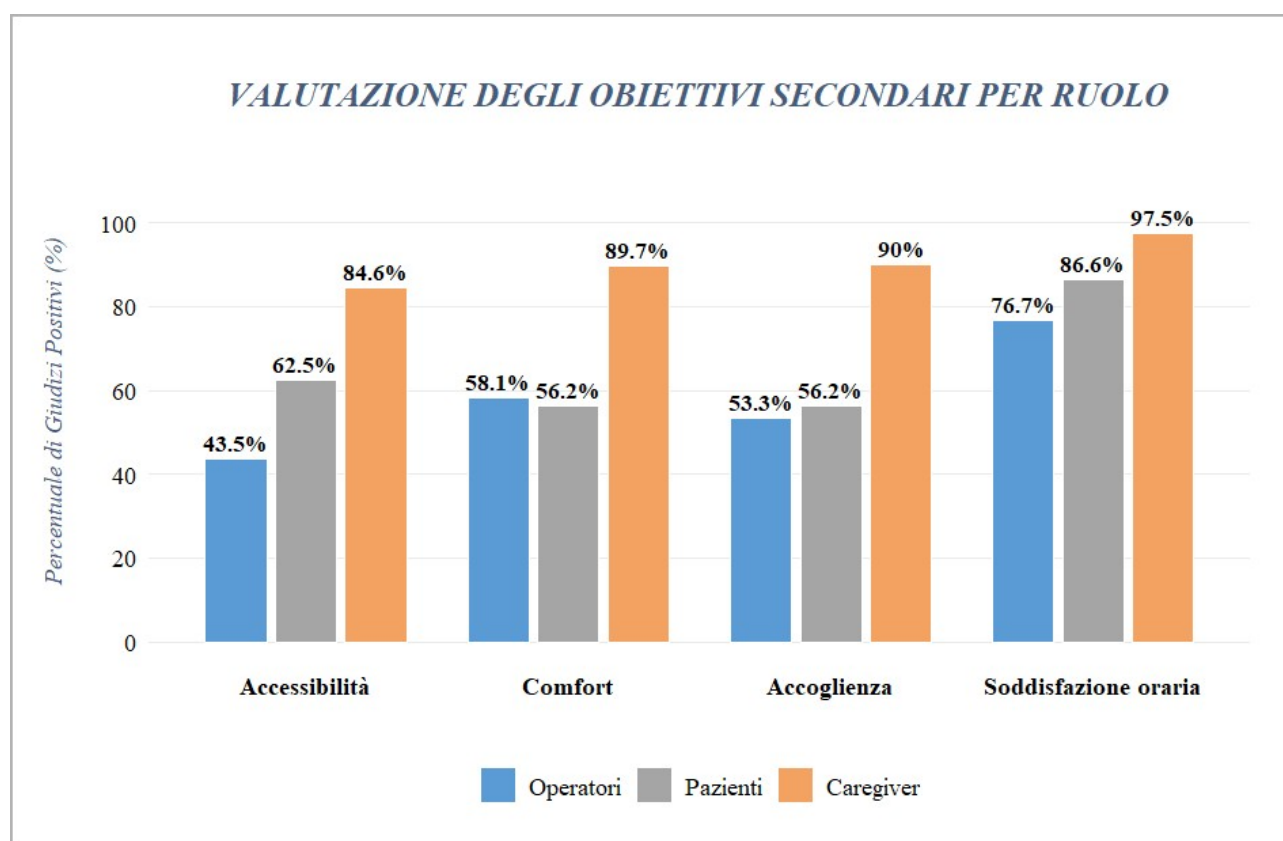


Figura 17 Valutazione degli obiettivi secondari stratificata per ruolo istituzionale.

Al fine di verificare se le differenze di gradimento osservate tra le coorti fossero statisticamente rilevanti, è stato applicato il test del Chi-quadro di Pearson su tutte le dimensioni indagate. L'analisi inferenziale ha confermato la validità e la significatività statistica delle divergenze osservate. Nello

specifico, i test hanno evidenziato differenze altamente significative per quanto concerne la percezione dell'accessibilità ($X^2 = 15.22$, $p < 0.001$) e del comfort ambientale ($X^2 = 11.64$, $p = 0.003$). L'applicazione del medesimo test statistico alle variabili organizzative ricodificate ha confermato una stretta dipendenza tra il ruolo istituzionale ricoperto e le valutazioni espresse, attestando scostamenti significativi tra i gruppi sia per l'accoglienza ($X^2 = 14.43$, $p < 0.001$) sia per la soddisfazione oraria ($X^2 = 7.76$, $p = 0.021$).

3.4.4 Risultati qualitativi obiettivi secondari

A completamento dell'indagine quantitativa, le ultime due sezioni del questionario hanno previsto delle domande a risposta aperta, con l'obiettivo di raccogliere liberamente le aspettative dell'utenza e i suggerimenti pratici per l'ottimizzazione del servizio.

Il materiale narrativo raccolto è stato sottoposto a un'analisi qualitativa del contenuto mediante approccio tematico. Per garantire il massimo rigore scientifico e limitare i bias interpretativi, la codifica e la categorizzazione dei testi sono state condotte con l'ausilio del software CAQDAS (Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software) QDA Miner Lite (Sérór, 2025). Questo strumento ha permesso di isolare i segmenti di testo significativi e di assegnare loro delle etichette concettuali, facilitando l'estrazione dei temi ricorrenti e il calcolo delle rispettive frequenze all'interno del campione.

La prima domanda aperta poneva il seguente quesito: *"Quali sono le sue aspettative in merito al servizio?"*. Su un totale di $N=103$ soggetti arruolati nello studio, si sono registrate 26 mancate risposte, portando il totale dei segmenti testuali analizzati a 77. Il processo di codifica condotto su QDA Miner Lite ha permesso di far saturare i dati attorno a sei codici tematici principali:

- **Rilassamento e decompressione (28 occorrenze):** costituisce il tema dominante emerso dall'indagine, strettamente legato alla ricerca di uno spazio in cui poter ricaricare le energie. Diversi utenti esprimono questo bisogno descrivendo la necessità di *«staccare la spina»* o cogliendo il servizio come *«un'ottima opportunità per stare bene da soli ma in compagnia di sé stessi»*. Lo spazio è percepito come un contenitore ideale per *«ricaricare le energie mentali»* in un momento di forte carico cognitivo.
- **Elaborazione emotiva e conforto (18 occorrenze):** questo tema fa riferimento al bisogno di supporto morale e alla ricerca di un luogo sicuro in cui poter accogliere e sfogare la vulnerabilità

psicologica. È emblematico il commento di un utente che ammette: *«Ero spaventato e in panico. Avevo bisogno di un posto tranquillo per sfogarmi»*, a cui fanno eco molteplici dichiarazioni sintetiche ma profonde, accomunate dalla richiesta di *«trovare conforto»* e avere *«ristoro per necessità morali»*. La Stanza assume così un prezioso ruolo di contenimento: viene infatti percepita come uno spazio vitale per *«ripensare l'evento della malattia e cercare nuovi punti di osservazione»*, rivelandosi fondamentale per chi ammette di vivere *«un periodo molto aggressivo e stringente e questi pochi minuti mi hanno fatto smettere di essere preoccupato, quando sembra non esserci lo spazio e il tempo»*. Come sintetizzato efficacemente da un altro fruitore, si tratta di *«un luogo in cui è possibile riconnettersi con sé stessi e per venire a contatto con tutte quelle emozioni che tendiamo a negare durante giornate frenetiche»*.

- **Proposte pratiche (15 occorrenze):** questa categoria merita una precisa contestualizzazione metodologica. In fase di codifica, si è riscontrato un fisiologico effetto di trascinamento (*carry-over effect*): 15 partecipanti hanno utilizzato lo spazio relativo alle “aspettative” per inserire direttamente suggerimenti e proposte pratiche di miglioramento strutturale. Questo fenomeno è confermato dal fatto che i medesimi utenti hanno poi lasciato incompleta la successiva domanda (specificamente dedicata ai suggerimenti). Al fine di mantenere il massimo rigore analitico, le istanze di questi 15 utenti sono state etichettate come "Proposte pratiche" e verranno riallocate e discusse operativamente all'interno dell'analisi della seconda domanda.
- **Gratitudine e apprezzamento (14 occorrenze):** questa categoria raccoglie commenti di lode, in cui la Stanza viene percepita non solo come uno spazio fisico, ma come un'espressione di cura da parte dell'istituzione. Diversi partecipanti hanno approfittato della domanda per ringraziare, definendo il servizio *«un segno di forte interesse da parte dello IOV verso noi pazienti»*.
- **Isolamento ed estraniamento (12 occorrenze):** riguarda la stringente necessità di distaccarsi, sia fisicamente che mentalmente, dal rumore e dalle dinamiche prettamente cliniche dell'ambiente ospedaliero. Gli utenti ricercano la possibilità di *«estraniarsi dall'ambiente circostante»* per poter *«fare mente locale sulle dinamiche ospedaliere»* o, più semplicemente, per *«lasciare per qualche momento gli eventi e il caos della vita quotidiana fuori dalla porta»*. Questa necessità di decompressione isolata è fortemente avvertita anche dal personale dello IOV, come evidenziato da una dipendente che riconosce l'utilità di *«avere la possibilità di stare da sola in tranquillità con i miei pensieri così da staccare dalla realtà lavorativa, avendo poi la possibilità di tornare a lavorare in maniera più concentrata»*.
- **Aspettative disattese (8 occorrenze):** questo nodo concettuale raggruppa le percezioni negative di quegli utenti che si aspettavano un ambiente visivamente differente. Alcuni fruitori hanno lamentato di aver trovato *«una semplice stanzetta dalle pareti spoglie»* o di aver percepito un'atmosfera asettica.

La distribuzione delle frequenze relative ai codici estratti è illustrata nella figura seguente:

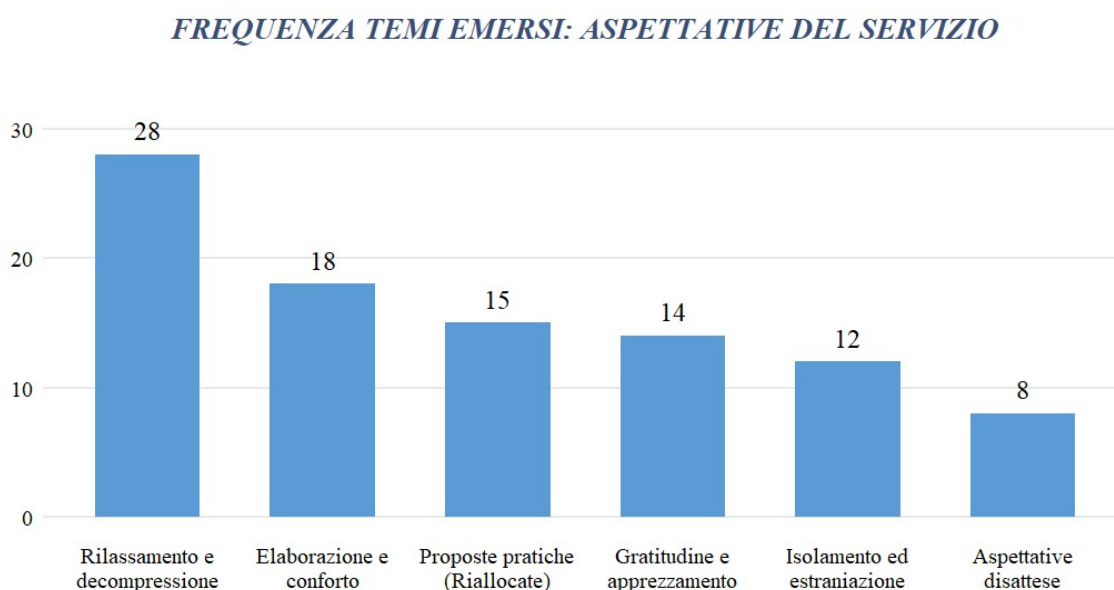


Figura 9 Distribuzione delle frequenze assolute dei macro-temi emersi dall'analisi qualitativa in merito alle aspettative dell'utenza (N=77 segmenti testuali analizzati).

La seconda domanda aperta del questionario mirava a raccogliere indicazioni operative attraverso il quesito: *"Quali miglioramenti suggerirebbe per il servizio della Stanza del Silenzio?"*. Su un totale di 103 soggetti arruolati nello studio, si sono registrate 25 mancate risposte, portando il totale delle risposte analizzate a 70. L'indagine tematica condotta tramite QDA Miner Lite, comprensiva delle istanze riallocate metodologicamente dalla domanda precedente, ha permesso di isolare sette codici principali, delineando preziose traiettorie di sviluppo per il servizio.

Di seguito vengono descritte le macro-categorie emerse, ordinate per frequenza:

- **Arredo e ambiente (38 occorrenze):** costituisce l'area di intervento su cui si concentra la maggior parte dei suggerimenti. Si precisa che in questo nodo concettuale, alle 23 occorrenze originarie della presente domanda, sono state integrate strutturalmente le 15 risposte a carattere pratico riallocate dal quesito precedente. Gli utenti esprimono il desiderio di un'ulteriore cura estetica dello spazio, talvolta giudicato ancora un po' spoglio o dal carattere clinico (*«è fredda»*). Le proposte vertono sull'inserimento di elementi naturalistici (*«un quadro, una pianta»*) e sull'introduzione di mobili maggiormente orientato al comfort fisico, suggerendo ad esempio di arricchire l'ambiente con *«divanetti comodi e morbidi»*

- **Isolamento acustico e rumore (17 occorrenze):** un aspetto su cui gli utenti hanno fornito spunti costruttivi riguarda l'ottimizzazione dell'acustica. Essendo un ambiente vocato alla quiete e al raccoglimento, alcuni partecipanti hanno suggerito di curare maggiormente l'*«insonorizzazione della porta»*, al fine di attutire in modo più efficace le normali e inevitabili dinamiche di reparto ospedaliero. Alcuni fruitori segnalano infatti che in certi momenti di maggiore affluenza *«si sente troppo il rumore ed il vociare delle persone che transitano o sostano fuori dalla stanza»*. Un accorgimento logistico proposto per tutelare ulteriormente questo spazio riguarda la gestione delle aree adiacenti, suggerendo ad esempio di *«spostare le macchinette del caffè vicine alla stanza del silenzio»*.
- **Nessun cambiamento (14 occorrenze):** un dato di estrema rilevanza ai fini della valutazione del servizio è rappresentato dalla quota di utenti che ha dichiarato di non necessitare di alcun miglioramento. Queste risposte, espressione di una soddisfazione piena, testimoniano l'efficacia dell'assetto attuale attraverso affermazioni dirette come *«Nessuno, va bene così»*, *«Così come è va bene»* o riconoscendo il profondo valore dell'iniziativa *«Già questo è un miglioramento»*.
- **Accessibilità e segnaletica (10 occorrenze):** questa categoria fa emergere una necessità di natura logistica e informativa. Viene richiesto che il servizio sia promosso in modo più capillare e *«meglio segnalato in modo da renderlo fruibile ad un maggior numero di utenti e operatori»*. Emerge inoltre il tema degli orari di fruizione, sollevato in particolare dal personale strutturato ospedaliero: *«Ho notato che al sabato pomeriggio e tutta la domenica è chiusa. Per noi dipendenti che lavoriamo 24h su 24... trovarla chiusa è spiacevole»*.
- **Stimolazione sensoriale (6 occorrenze):** sebbene la stanza nasca per tutelare il silenzio, una piccola nicchia di utenti suggerisce l'introduzione di delicati elementi uditivi per favorire la decompressione o mascherare fisiologici rumori esterni. Le richieste si concentrano prevalentemente sulla *«possibilità di avere una musica di sottofondo rilassante»* o sulla diffusione controllata di rumori bianchi.
- **Illuminazione (4 occorrenze):** parallelamente all'arredo, alcuni partecipanti hanno fornito suggerimenti mirati sulla gestione della luce. Le proposte mirano a rendere l'atmosfera ancora più avvolgente, suggerendo di introdurre *«luci soffuse per aiutare a rilassarsi e a sentirsi a proprio agio»* o di implementare sistemi che diano all'utente la possibilità di *«regolare la luminosità e scegliere il colore»*.
- **Privacy e gestione ingressi (2 occorrenze):** infine, seppur con frequenza marginale, è emerso il bisogno di sentirsi maggiormente tutelati contro intrusioni accidentali durante la permanenza. Le proposte si concentrano sulla *«possibilità di essere in privacy, che nessuno entri dentro la stanza»*.

se è occupata», suggerendo accorgimenti pratici come l'introduzione di «un cartellino con occupato o libero».

La distribuzione complessiva delle frequenze relative a queste aree di intervento è schematizzata nella figura seguente:

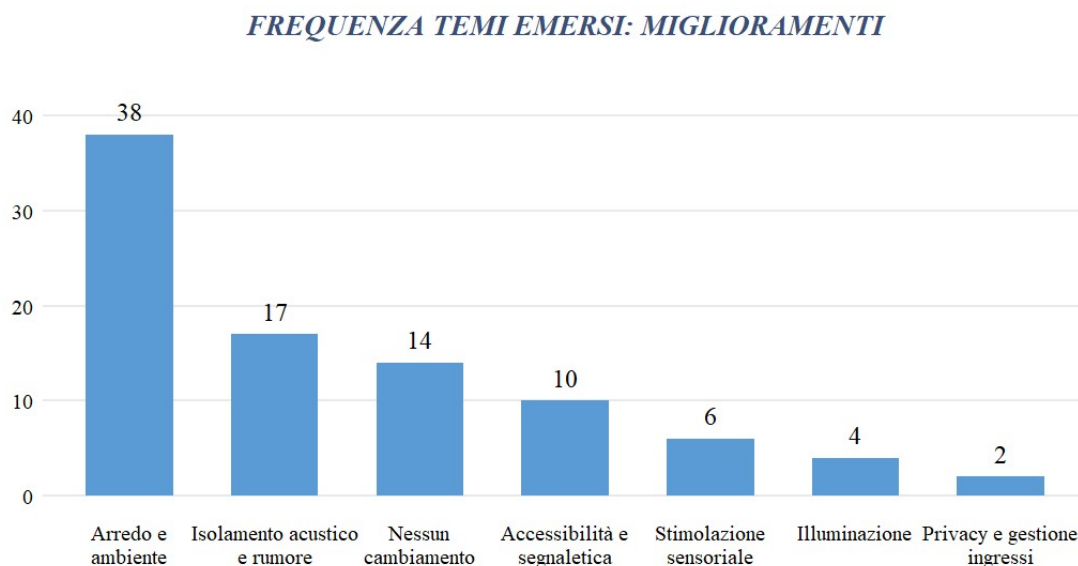


Figura 10 Distribuzione delle frequenze assolute dei macro-temi emersi dall'analisi qualitativa in merito ai suggerimenti e alle aree di miglioramento (N=85 segmenti testuali analizzati).

In questo capitolo è stata presentata l'elaborazione dei dati raccolti tramite l'indagine a questionario, adottando un approccio metodologico misto. Da un lato, l'analisi quantitativa ha permesso di misurare oggettivamente il gradimento, l'impatto emotivo e l'utilizzo della Stanza del Silenzio, stratificando i risultati in base alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione. Dall'altro, l'analisi qualitativa del materiale narrativo ha dato voce alle esperienze dirette dell'utenza, portando alla luce i bisogni psicologici (come la ricerca di decompressione e conforto) e restituendo preziose indicazioni operative in merito all'arredo, all'acustica e alla fruibilità dello spazio.

I risultati fin qui esposti forniscono una solida base empirica, ma la loro pura descrizione necessita di un'adeguata contestualizzazione critica per poterne cogliere il reale valore scientifico e assistenziale. A tal fine, il successivo Capitolo 4 sarà interamente dedicato all'interpretazione di tali evidenze. Si procederà inizialmente con una discussione clinica dei dati raccolti (4.1) e con una riflessione più ampia sul ruolo cruciale dello spazio fisico nei processi di umanizzazione delle cure oncologiche all'interno dello IOV (4.2). Saranno inoltre esaminati in modo trasparente i limiti metodologici del presente studio pilota (4.3), per giungere infine a delineare le implicazioni cliniche e le prospettive

future, fornendo suggerimenti concreti per implementare, ottimizzare e diffondere questo modello di accoglienza (4.4 e 4.5).

CAPITOLO 4: Discussione e conclusione dei risultati

4.1 Discussione

Il presente capitolo rappresenta il fulcro critico e interpretativo dello studio. Dopo aver esposto dettagliatamente i dati quantitativi e qualitativi nel capitolo precedente, l'obiettivo è ora quello di superare la dimensione puramente descrittiva per fornire una chiave di lettura profonda. I risultati verranno analizzati, contestualizzati e discussi alla luce delle complesse dinamiche psicologiche, cliniche e relazionali che caratterizzano l'esperienza oncologica all'interno dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

4.1.1 Il profilo dell'utenza

Seguendo l'ordine di estrazione dei dati, la prima riflessione di natura clinica e metodologica emerge dall'analisi puramente descrittiva dei partecipanti (N=103) e dalle loro caratteristiche anagrafiche. Il gruppo si caratterizza a livello generale per un'ampia variabilità anagrafica e per una prevalenza femminile. Osservando la scolarità, emerge inoltre un livello di istruzione tendenzialmente medio-alto: un dato fisiologico e atteso, trainato in gran parte dai necessari requisiti accademici che caratterizzano le professioni sanitarie, le quali rappresentano la quota maggioritaria dei rispondenti.

Spostando l'attenzione dalle caratteristiche demografiche alla composizione dei partecipanti in base al ruolo istituzionale, emerge un dato numerico di grande interesse: la ridotta partecipazione dei pazienti oncologici, i quali costituiscono solo il 16% dei rispondenti, a fronte del 45% di operatori e del 40% di caregiver. Questa minore adesione non deve essere letta come un disinteresse verso il servizio, bensì interpretata clinicamente come il riflesso fedele della condizione vissuta in reparto. Il tempo e lo spazio del paziente ospedalizzato subiscono una drastica contrazione e una forte medicalizzazione: la giornata è scandita rigidamente da procedure diagnostiche, cicli di terapia e monitoraggi continui, riducendo al minimo i momenti di reale autonomia. A questa costrizione logistica si somma l'impatto invalidante della tossicità dei trattamenti, che si manifesta sovente sotto forma di Cancer-Related Fatigue (astenia cronica) o dolore acuto, fattori che disincentivano o rendono fisicamente gravoso lo spostamento volontario dal proprio letto verso aree comuni.

4.1.2 La trasversalità del benessere e l'impatto sul ruolo (obiettivo primario)

L'obiettivo primario dell'indagine risiede nella misurazione dell'endpoint primario: la valutazione del benessere psicologico post-esperienza. Il dato aggregato, che vede il 70% dell'utenza riportare un

beneficio elevato con un punteggio medio di 6.9 su 10, certifica l'efficacia intrinseca dell'intervento. Tuttavia, la vera portata clinica dello studio emerge dai risultati del modello di regressione lineare multipla e dalle indagini bivariate. L'assenza di un impatto predittivo statisticamente significativo da parte delle variabili socio-demografiche di base (quali età, sesso, stato relazionale, livello di istruzione o situazione lavorativa) attribuisce alla Stanza del Silenzio la qualifica di un presidio trasversale: non fa distinzioni anagrafiche, sociali o culturali, ma agisce come un contenitore psicologico universale capace di abbattere il carico di distress per chiunque vi acceda.

È però attraverso la stratificazione per ruolo istituzionale (confermata dalla significatività del test di Kruskal-Wallis) che il benessere rivela le sue differenti sfaccettature terapeutiche, dimostrando come lo spazio risponda a istanze interiori specifiche, strettamente dipendenti dal carico emotivo del fruitore. Il risultato più emblematico riguarda i familiari, i quali registrano i picchi di benessere più elevati. Nella moderna psiconcologia, i caregiver sono considerati dei “pazienti ombra”: vivono un invisibile ma gravoso caregiver burden fatto di lutto anticipatorio, ansia e affaticamento fisico. Il dover mantenere quotidianamente una facciata di resilienza incrollabile di fronte al proprio caro li porta a necessitare fisiologicamente di un luogo sicuro e non giudicante. La Stanza del Silenzio rappresenta per loro uno spazio di decompressione emotiva socialmente autorizzato, un ambiente che legittima il diritto alla fragilità, permettendo loro di crollare per poi ricaricarsi. Per il paziente oncologico, pur registrando punteggi di benessere lievemente inferiori a causa del già citato carico fisico, lo spazio funge da indispensabile rifugio de-medicalizzato. L'ambiente ospedaliero, per sua natura, tende a ridurre la persona alla sua patologia; varcare la soglia di uno spazio privo di macchinari, camici e rumori clinici permette un temporaneo ma salvifico isolamento identitario. All'interno della Stanza, l'individuo si spoglia dell'etichetta di “malato” e ha l'opportunità di riconnettersi con la propria dimensione spirituale e personale, lontana dall'identificazione totale con il cancro. Infine, per gli operatori sanitari l'esperienza si configura come un fondamentale presidio di salute occupazionale per la prevenzione del burnout e della compassion fatigue. Tuttavia, i dati confermano che il personale fatica maggiormente a raggiungere i livelli di distacco assoluto propri dei familiari. Tale fenomeno è spiegabile attraverso il concetto psicologico di iper-attivazione (hyper-arousal) cognitiva: poiché l'ospedale coincide con l'ambiente di lavoro e le responsabilità assistenziali (e i pazienti) si trovano letteralmente al di là della porta, la mente dell'operatore mantiene uno stato di vigilanza latente che limita un abbandono totale al rilassamento durante le brevi pause lavorative.

4.1.3 Dinamiche logistiche e ambientali (obiettivi secondari quantitativi)

L'indagine sugli obiettivi secondari quantitativi ha permesso di esplorare l'interazione pratica degli utenti con l'ambiente, a partire dalle modalità stesse di avvicinamento allo spazio. I canali attraverso cui l'utenza viene a conoscenza del servizio riflettono le diverse “velocità” e reti comunicative ospedaliere: mentre gli operatori scoprono la stanza prevalentemente tramite comunicazioni istituzionali (come il sito web o materiale formale), pazienti e caregiver si affidano in larga misura al passaparola o all'indicazione empatica del personale di reparto. Questa dinamica conferma l'esistenza di una rete informale di supporto tra i "residenti" del reparto e suggerisce che, per le categorie più fragili, l'accesso a uno spazio terapeutico necessita spesso di una mediazione relazionale, piuttosto che di una semplice segnaletica passiva.

Un aspetto centrale della discussione riguarda la percezione degli attributi fisici dello spazio (accoglienza, comfort, accessibilità e orari). In questo contesto, i dati offrono uno spunto di riflessione cruciale basato sui principi della psicologia ambientale: la percezione fisica di uno spazio ospedaliero non è oggettiva, ma è fortemente filtrata e modellata dallo stato emotivo e dal ruolo di chi lo abita. L'analisi stratificata e i risultati dei test inferenziali (quali il Chi-quadro e il Kruskal-Wallis) hanno evidenziato una netta divergenza valutativa tra le coorti. Emblematico è il dato sull'accoglienza: i caregiver, come confermato dall'analisi dei residui standardizzati e dalle frequenze assolute ampiamente positive (90% di gradimento alto), sono coloro che si sentono maggiormente accolti. Questo dato suggerisce l'intervento di un marcato “effetto alone” (halo effect) psicologico: il profondo sollievo emotivo ricavato dall'esperienza, unito al disperato bisogno di un asilo lontano dalla stanza di degenza, induce il familiare a sovrastimare positivamente anche gli attributi puramente fisici e strutturali dell'ambiente, trovando piena soddisfazione in un luogo che risponde al suo stringente bisogno emotivo. Di contro, gli operatori sanitari si dimostrano molto più critici e sensibili alle barriere logistiche. Interagendo con lo spazio in un'ottica prevalentemente funzionale ed ergonomica, essendo “abitanti” quotidiani del reparto, sono fortemente vincolati ai ristretti tempi di turnazione e notano con maggiore acutezza i limiti pratici della struttura. Le discrepanze significative emerse per le variabili dell'accessibilità e del comfort si spiegano proprio alla luce di questa differenza di fruizione, integrando le criticità registrate nell'analisi testuale. Per il personale dipendente, il limite è puramente logistico e legato al poco tempo a disposizione per gli spostamenti. I pazienti, invece, si collocano in una posizione intermedia: le loro valutazioni più tiepide sull'accessibilità non dipendono da reali carenze strutturali della stanza in sé, bensì dalle oggettive e invalidanti barriere fisiche imposte dalla condizione clinica.

Sul fronte del comfort, le problematiche acustiche segnalate, prevalentemente riconducibili ai normali rumori tipici delle dinamiche di reparto, impattano in modo diverso a seconda dell'utente: un caregiver in cerca di isolamento e profonda elaborazione emotiva risulterà fisiologicamente più sensibile e infastidito dalle interferenze sonore esterne rispetto a un operatore che abita il reparto ed è più abituato a tali interferenze. Per quanto concerne, infine, la soddisfazione degli orari, mentre i caregiver ne risultano ampiamente soddisfatti, si registrano lievi flessioni nelle altre categorie, trovando piena corrispondenza nelle risposte qualitative del personale che ha lamentato la chiusura dello spazio durante i fine settimana.

4.1.4 Vissuti fenomenologici e direttrici di ottimizzazione (obiettivi secondari qualitativi)

L'esplorazione del materiale narrativo, afferente agli obiettivi qualitativi, ha permesso di completare la discussione arricchendo i dati numerici e donando loro uno spessore prettamente umano e fenomenologico. L'analisi tematica relativa alle aspettative ha confermato in modo inequivocabile l'urgenza dei bisogni intercettati quantitativamente. L'emersione di macro-temi dominanti quali la ricerca di “rilassamento e decompressione”, uniti all'intenso “bisogno di elaborazione emotiva” e di “estraniazione”, supporta l'immagine della Stanza come un prezioso “contenitore psicologico”, un setting indispensabile per accogliere l'angoscia e il disorientamento legati alla diagnosi oncologica. Parallelamente, la categorizzazione sistematica dei suggerimenti liberi ha delineato chiare traiettorie di implementazione per l'Istituto, trasformando le criticità in concreti spunti operativi. L'insistenza da parte dell'utenza sull'ottimizzazione dell'isolamento acustico sottolinea una profonda verità clinica: per il paziente oncologico e i suoi familiari, il silenzio all'interno di questo spazio non coincide semplicemente con l'assenza di decibel, ma con l'assenza di suoni semanticamente carichi di angoscia (come gli allarmi, il transito dei carrelli o le voci dei medici). Avvertire il rumore del reparto penetrare nella stanza infrange la bolla di sicurezza psicologica e di distacco tanto ricercata. Analogamente, le e proposte relative all'arredo e all'introduzione di stimoli sonori dedicati (musica o rumori bianchi) costituiscono preziosi suggerimenti che verranno discussi e presi analiticamente in esame nel successivo paragrafo dedicato alle prospettive future.

In sintesi, l'analisi statistica e clinica dei dati conferma che non esiste un'unica modalità di fruizione della Stanza del Silenzio, bensì tre declinazioni terapeutiche distinte ma ugualmente necessarie, capaci di rispondere ai complessi bisogni dell'intero ecosistema oncologico: un asilo di sfogo ed elaborazione emotiva per i caregiver, un rifugio de-medicalizzato per i pazienti e un presidio di decompressione occupazionale per gli operatori sanitari. Trascendendo la sua funzione puramente

strutturale, la Stanza si configura dunque come uno spazio terapeutico universale, capace di accogliere l'individuo spogliandolo delle etichette ospedaliere e dei rispetti

4.2 Riflessioni sul ruolo dello spazio fisico nell'umanizzazione delle cure oncologiche allo IOV

I risultati emersi dalla presente indagine non testimoniano unicamente l'efficacia di un singolo servizio, ma si inseriscono all'interno di un dibattito molto più ampio e attuale riguardante i processi di umanizzazione delle cure. In un centro di altissima specializzazione come l'Istituto Oncologico Veneto (IOV), l'eccellenza biomedica e l'iper-tecnologizzazione dei trattamenti rappresentano un pilastro imprescindibile per la sopravvivenza clinica. Tuttavia, la moderna psiconcologia riconosce che l'efficacia terapeutica non può esaurirsi nella sola eradicazione biologica della patologia. Come evidenziato a livello internazionale (Bultz & Carlson, 2005) e ribadito dalle recenti linee guida della *International Psycho-Oncology Society* (Grassi et al., 2012), il distress psicologico è ormai considerato a tutti gli effetti il “sesto parametro vitale” in oncologia. La presa in carico della dimensione emotiva e spirituale della persona deve necessariamente affiancare i protocolli medici tradizionali, trasformando l'umanizzazione da un mero corollario etico a un rigoroso standard qualitativo dell'assistenza.

All'interno di questo mutato paradigma, lo spazio fisico cessa di essere un semplice contenitore inerte in cui si erogano prestazioni sanitarie, per trasformarsi in uno strumento terapeutico attivo. Questa prospettiva affonda le proprie radici nel modello della *Salutogenesi* introdotto da Aaron Antonovsky, un approccio che indaga non i fattori che generano la malattia, bensì quelli che promuovono la resilienza e la salute (Antonovsky, 1991). Un ospedale è, per sua natura, un ambiente altamente stressogeno che mina il senso di coerenza dell'individuo; l'introduzione di una Stanza del Silenzio rappresenta un vero e proprio intervento salutogenico contemporaneo, capace di restituire al soggetto, sia esso paziente, familiare o professionista, uno spazio di comprensibilità e gestione emotiva del trauma.

Come discusso nel Capitolo 2, l'impatto clinico dello spazio fisico è ampiamente validato dai principi dell'*Evidence-Based Design* (EBD). Dallo studio pionieristico di Roger Ulrich, che dimostrò per primo come le qualità ambientali influenzassero i tempi di recupero post-operatorio (Ulrich, 1984). Le recenti revisioni sistematiche in materia di architettura sanitaria e *Healing Environment* (es. Ahmad et al., 2023; Huisman et al., 2012; Read & Meath, 2025) confermano inequivocabilmente che l'ambiente ospedaliero tradizionale, dominato da rumori di macchinari, allarmi, luci artificiali fredde

e arredi asettici, contribuisce ad aumentare il carico allostatico, l'ansia anticipatoria e la percezione del dolore.

È proprio in questa intersezione tra letteratura scientifica e applicazione clinica che la Stanza del Silenzio si pone come una vitale discontinuità spaziale, traducendo in architettura i principi fondanti sanciti dalla Carta Etica dello IOV. L'introduzione di questo luogo altro de-medicalizzato restituisce, infatti, immediata concretezza al Principio 1 della Carta, il quale stabilisce che la persona malata deve essere *“accolta e riconosciuta nella sua interezza, considerandone anche il vissuto psicologico, la condizione lavorativa, abitativa, economica, le relazioni familiari, le convinzioni spirituali e religiose”*. Permettendo agli individui di allontanarsi dai ritmi del reparto e di sospendere temporaneamente la propria identità totalizzante di "malato" per gestire l'impatto emotivo del trauma, questo ambiente garantisce di fatto quel rispetto della dignità del paziente che l'Istituto si pone come fine ultimo in ogni fase del percorso di cura.

Altrettanto sovrapponibile alla mission istituzionale è l'impatto straordinario che la stanza ha generato sui familiari. I picchi di gradimento registrati tra i caregiver rispondono in modo esatto al Principio 9 della Carta Etica, attraverso il quale lo IOV si impegna a supportare la famiglia *“attraverso momenti di ascolto ed aiuto, riconoscendo che su di essa ricade parte importante del carico socio-assistenziale”*. Fornire a questi utenti un ambiente riparato in cui poter allentare il controllo emotivo significa trasformare una dichiarazione etica in una prassi assistenziale tangibile e quotidiana.

L'importanza di questo spazio si estende in modo cruciale anche al personale sanitario, richiamando direttamente il Principio 10 della Carta Etica, che sottolinea l'investimento continuo dell'Istituto nel *“benessere lavorativo degli operatori ed al miglioramento degli ambienti di cura”*. In un contesto oncologico, medici e infermieri, essendo i primi erogatori delle cure high-tech, sono quotidianamente esposti a dinamiche di sofferenza acuta e fine vita, accumulando un rischio elevatissimo di sviluppare compassion fatigue e burnout. L'equilibrio tra tecnologia ed empatia risulta pertanto vitale per la loro stessa salute occupazionale. In tale ottica, le criticità costruttive sollevate dall'utenza e dal personale stesso (quali la necessità di mitigare ulteriormente le interferenze acustiche del reparto e la richiesta di arredi più avvolgenti) non si configurano come mere rivendicazioni estetiche, ma confermano quanto i professionisti necessitino di una zona high-touch per decomprimere lo stress. Ottimizzare l'isolamento acustico e visivo della stanza significa massimizzarne l'efficacia come zona di decompressione, tutelando la salute mentale di chi cura e, indirettamente, garantendo una maggiore lucidità e sicurezza nell'assistenza erogata. Solo rigenerando le proprie energie in un ambiente

ovattato, l'operatore può tornare in corsia mantenendo l'empatia, la lucidità e la sicurezza necessarie per assistere efficacemente il malato.

In conclusione, l'esperienza della Stanza del Silenzio allo IOV dimostra che l'umanizzazione delle cure è un processo che deve necessariamente plasmare e riqualificare lo spazio fisico. Affiancare ai luoghi dominati dall'alta intensità tecnologica degli ambienti dedicati all'alta complessità interiore conferma la capacità dell'Istituto di integrare il paradigma "high-tech" con quello "high-touch" (alta tecnologia e alto contatto umano). Tale approccio architettonico e organizzativo permette di mantenere salda "l'alleanza terapeutica fra Istituto, Pazienti, Famiglie e Rete dei Servizi", confermando che per curare efficacemente il cancro è indispensabile sapersi prendere cura, in ogni sua dimensione, della persona che lo ospita.

4.3 Limiti dello studio pilota

Nonostante i risultati incoraggianti e la solidità delle evidenze statistiche emerse, la presente indagine deve essere interpretata alla luce di alcune limitazioni metodologiche intrinseche. Riconoscere tali criticità risulta fondamentale per contestualizzare correttamente la portata dei dati raccolti e per orientare in modo rigoroso le future direzioni di ricerca.

Il primo limite di rilievo riguarda l'impossibilità di quantificare il tasso di risposta esatto, poiché non è noto il numero totale degli accessi fisici alla stanza durante i sei mesi di rilevazione. Questa assenza di tracciamento non è tuttavia dovuta a una lacuna organizzativa, bensì a una precisa e consapevole scelta etica e metodologica. In linea con il proposito stesso del servizio, si è ritenuto essenziale non interferire con la fruibilità e la spontaneità dello spazio. Posizionare un rilevatore o uno sperimentatore all'ingresso per un periodo di tempo così prolungato sarebbe risultato logisticamente impervio e, soprattutto, avrebbe snaturato l'essenza stessa della Stanza del Silenzio. L'accesso doveva mantenere la sua natura di atto strettamente volontario e intimo, privo di condizionamenti esterni o della spiacevole sensazione di essere "osservati", per garantire che l'utilizzo riflettesse un bisogno reale dell'individuo e non una forma di compiacenza verso lo sperimentatore. Di conseguenza, il gruppo finale è soggetto a un fisiologico bias di autoselezione, includendo unicamente coloro che hanno deciso in totale autonomia di compilare il questionario in uscita.

Un ulteriore aspetto critico riguarda la composizione socio-demografica del campione, con particolare riferimento al livello di scolarità. Come anticipato nella descrizione del profilo dell'utenza,

il gruppo dei rispondenti è risultato fortemente omogeneo, caratterizzato in primis da un livello di istruzione tendenzialmente alto, trainato dalla massiccia presenza di professionisti sanitari. Questa ridotta variabilità interna ha precluso la possibilità di utilizzare la scolarità come variabile indipendente all'interno delle analisi statistiche. In presenza di un campione più ampio e maggiormente rappresentativo della popolazione generale, sarebbe stato possibile formulare specifiche domande di ricerca e testare ipotesi strutturate sull'influenza di tale fattore demografico; tuttavia, stante l'attuale omogeneità dei dati, un simile livello di approfondimento non avrebbe trovato un'adeguata giustificazione metodologica.

Un terzo aspetto critico, di natura prettamente clinica, risiede nella modalità di misurazione del benessere psicologico. Lo strumento utilizzato ha indagato esclusivamente il livello di benessere percepito al termine della permanenza (post-esperienza), omettendo la rilevazione del dato basale (pre-esperienza). L'assenza di questo termine di paragone iniziale impedisce di calcolare con esattezza il reale delta di miglioramento dell'individuo. A titolo esemplificativo, un utente che ha dichiarato un punteggio di benessere finale pari a 4 è stato interpretato nell'analisi statistica come un esito basso o tendenzialmente negativo; tuttavia, qualora quello stesso utente avesse varcato la soglia con un livello di benessere pari a 2, il dato nasconderebbe in realtà un netto miglioramento clinico. La mancanza di questa misurazione antecedente all'utilizzo non permette di apprezzare appieno le sfumature dell'efficacia terapeutica dello spazio, rappresentando peraltro un prezioso spunto di riflessione per l'implementazione delle direzioni di ricerca future.

Più che come vere e proprie limitazioni strutturali, altri aspetti del disegno di indagine si configurano invece come preziose prospettive per le implementazioni future, utili per approfondire in modo ancora più granulare l'impatto clinico del servizio. Tra queste, vi è la scelta iniziale di non registrare la variabile temporale, ovvero il tempo effettivo di permanenza all'interno della stanza. La durata dell'esposizione all'ambiente de-medicalizzato rappresenta un fattore cruciale: una sosta transitoria di pochi minuti potrebbe generare un impatto emotivo diverso rispetto a una permanenza prolungata. L'integrazione di questo parametro nei monitoraggi futuri permetterà di valutare se esista una precisa correlazione “dose-risposta” tra l'esposizione allo spazio e il beneficio percepito.

Parimenti, l'indagine ha scelto in questa fase pilota di non stratificare i partecipanti in base alla fase clinica della malattia. Accedere alla Stanza del Silenzio il giorno della prima comunicazione diagnostica, durante la fase acuta dei trattamenti o in un momento legato alle cure palliative porta con sé un bagaglio di distress psicologico radicalmente differente. Indagare lo stadio della patologia o il motivo clinico dell'accesso in ospedale non rappresenta dunque un limite della presente ricerca, bensì

un fondamentale step evolutivo per gli studi successivi, al fine di comprendere in che modo il carico emotivo di partenza, legato alla specifica traiettoria della malattia, influenzi il bisogno e la percezione dello spazio.

Infine, a queste riflessioni si aggiungono considerazioni strutturali legate al disegno di ricerca. Lo studio è stato condotto in modalità monocentrica presso un contesto di altissima specializzazione, il che riduce parzialmente la validità esterna dei risultati. Inoltre, la valutazione dell'impatto si è basata su misurazioni puramente soggettive e auto-riportate (*self-report*), in assenza di riscontri fisiologici oggettivi correlati allo stress (come il monitoraggio dei parametri vitali).

Tuttavia, tali limitazioni non inficiano in alcun modo il valore delle evidenze raccolte. Al contrario, esse definiscono il naturale perimetro di validità di uno studio pilota, il cui scopo primario non è fornire risposte cliniche definitive, bensì esplorare la fattibilità di un intervento e gettare solide basi metodologiche per le indagini successive.

4.4 Implicazioni cliniche e prospettive future: suggerimenti per implementare, migliorare o diffondere questo modello

Nel paragrafo precedente sono stati discussi ed evidenziati i limiti e le criticità emerse dallo studio pilota. L'obiettivo è ora tradurre queste osservazioni in specifiche direttrici di sviluppo clinico e organizzativo, al fine di compiere il necessario salto epistemologico: trasformare la Stanza del Silenzio da spazio sperimentale a vero e proprio modello di cura standardizzato. Per raggiungere tale traguardo, le prospettive future devono articolarsi su più livelli interconnessi: l'adeguamento strutturale e logistico, la strategia di comunicazione continua, l'ottimizzazione metodologica e, infine, la validazione scientifica.

Il primo livello di intervento, dettato direttamente dalle istanze qualitative raccolte, riguarda l'infrastruttura fisica e la regolamentazione logistica del servizio. Da un lato, emerge la necessità di consolidare la de-medicalizzazione dell'ambiente attraverso un migliore isolamento acustico, l'introduzione di un'illuminazione modulabile e la diffusione sonora; dall'altro, si impone una riflessione sull'estensione delle fasce orarie di apertura al pubblico. È fondamentale sottolineare che tali implementazioni, sia architettoniche che logistiche, esulano dalle dirette prerogative dell'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera. Tuttavia, l'equipe psicologica ha il preciso dovere di tradurre questi bisogni clinici in una proposta formale da sottoporre alla Direzione Generale e al Comitato di

Sicurezza, affinché le risorse economiche e le modifiche organizzative vengano inserite a bilancio e riconosciute come parametri essenziali per l'umanizzazione delle cure.

Un'ulteriore, e delicata, sfida organizzativa emersa dall'indagine riguarda la gestione della privacy e la percezione dell'intimità dello spazio. La Stanza del Silenzio è stata originariamente concepita come un luogo di condivisione, in cui più individui potessero coesistere nel medesimo momento, uniti dal rispetto reciproco e dalla comune necessità di raccoglimento. Ciononostante, diversi utenti hanno manifestato il desiderio di poterne fruire in modo del tutto esclusivo e individuale. Una potenziale soluzione a basso impatto logistico potrebbe consistere nell'affissione di un sistema di segnaletica dinamica sulla porta (una targhetta scorrevole recante le diciture "Libero/Occupato"), lasciando all'utente la libertà di riservare l'ambiente per sé. Questa opzione, tuttavia, porta con sé una criticità gestionale non trascurabile legata all'errore umano: l'eventualità che una persona, uscendo in uno stato di forte carico o rilassamento emotivo, dimentichi di ripristinare la targhetta su "Libero", finirebbe per inibire l'accesso ad altri utenti per ore, precludendo di fatto il servizio.

Il superamento di questo limite logistico potrebbe avvenire attraverso l'integrazione di sensori ambientali passivi (come rilevatori volumetrici a infrarossi) collegati a un indicatore luminoso esterno, in grado di segnalare automaticamente lo stato di "Libero" o "Occupato" all'avvicinarsi di un nuovo utente, azzerando così l'errore umano. Tuttavia, è fondamentale sottolineare che l'adozione di un simile automatismo trasformerebbe inevitabilmente la Stanza del Silenzio in uno spazio ad uso esclusivo e individuale. Alla luce di questa profonda implicazione concettuale, la scelta metodologica su come implementare e gestire l'affluenza all'interno della stanza, se preservarne la vocazione originaria di luogo condiviso o mutarne la natura in rifugio strettamente privato, rappresenta un interrogativo complesso che dovrà essere rimesso al prosieguo degli studi futuri e a più ampie valutazioni istituzionali.

Indipendentemente dalla futura risoluzione di tale dilemma sulla modalità di fruizione, l'apporto tecnologico si renderà in ogni caso indispensabile per la tracciabilità degli ingressi. Per superare il limite della mancata quantificazione degli accessi senza violare la natura intima dell'esperienza e dello spazio, la prospettiva futura più idonea consiste proprio nell'installazione di sensori ambientali passivi (come i già citati rilevatori volumetrici a infrarossi o contatti magnetici per l'apertura della porta). Sebbene l'adozione di tale tecnologia introduca fisiologicamente un "rumore" statistico nel campionamento, registrando inevitabilmente anche il transito del personale addetto alle pulizie, dei manutentori o di chi effettua brevi controlli, il dato grezzo può essere facilmente depurato in fase di analisi. Applicando algoritmi di filtraggio temporale (escludendo, ad esempio, le attivazioni del

sensores inferiori a una soglia minima di due minuti o incrociando i dati con gli orari di sanificazione), diventerebbe finalmente possibile stimare in modo oggettivo, continuo e non invasivo il reale tasso di ingressi e di utilizzo del servizio.

Il secondo pilastro per l'implementazione del modello risiede nella garanzia di un'adeguata e costante divulgazione. Nella fase di avvio del progetto, per uniformare la condizione di partenza dell'utenza, l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) ha condotto una mirata campagna di comunicazione attraverso l'affissione di flyer esplicativi nelle bacheche dei reparti, la pubblicazione di contenuti sui canali social istituzionali e l'aggiornamento del sito web ufficiale. Sebbene questo sforzo iniziale sia stato fondamentale, per il futuro si rende indispensabile strutturare un piano di promozione periodica e continuativa. L'ecosistema ospedaliero è infatti caratterizzato da un fisiologico e massiccio turnover: ogni mese nuove famiglie varcano le porte dell'Istituto e nuovi operatori sanitari vengono assunti. Affinché il dispositivo mantenga la sua efficacia e garantisca equità di accesso, è imperativo che queste nuove generazioni di utenti vengano sistematicamente informate dell'esistenza della stanza e delle sue finalità terapeutiche, impedendo che il servizio si trasformi in un privilegio noto solo ai frequentatori abituali dell'Istituto o ai pazienti già in carico da lungo tempo.

A livello strettamente metodologico e di ricerca, le prospettive future impongono un netto superamento dell'approccio esplorativo. Per conferire validità inferenziale ai dati, i futuri studi dovranno avvalersi dei risultati di questo studio pilota per eseguire una power analysis a priori, calcolando l'esatta numerosità campionaria necessaria per minimizzare il rischio di errori statistici. L'osservazione dovrà inoltre assumere un carattere longitudinale, monitorando l'andamento del servizio per un periodo ininterrotto di dodici mesi, così da mappare le fluttuazioni legate alla stagionalità e depurare i risultati dal fisiologico "effetto novità". Tali accorgimenti garantiranno la solidità necessaria per promuovere la diffusione del modello su scala nazionale. Progettare studi multicentrici che condividano i medesimi standard fisici e procedurali risulta infatti determinante per supportare il Comitato Nazionale della Stanza del Silenzio, trasformando le evidenze raccolte allo IOV in linee guida vincolanti per l'edilizia sanitaria del futuro.

Infine, lo snodo fondamentale per la prosecuzione di questa linea di ricerca risiede in una profonda revisione metodologica dello strumento di raccolta dati. Le limitazioni analizzate nel paragrafo precedente impongono di ripensare il questionario nella sua interezza. Il nuovo strumento di rilevazione dovrà essere strutturato per catturare dimensioni fino ad ora inesplorate, permettendo in primis la misurazione del delta clinico attraverso una doppia rilevazione del benessere (pre e post-permanenza). Sarà inoltre indispensabile integrare variabili di estremo valore esplicativo, quali il

tempo effettivo di sosta all'interno dell'ambiente e la specifica fase clinica della malattia (al momento della diagnosi, durante il trattamento attivo o nel fine vita). Solo attraverso la costruzione di uno strumento di indagine così stratificato e rigoroso sarà possibile restituire un quadro autenticamente tridimensionale dell'impatto di questo servizio sulla traiettoria di cura del paziente e sulla vita lavorativa dell'operatore. Proprio la strutturazione, il razionale metodologico e l'architettura di questo nuovo questionario costituiranno l'oggetto di trattazione del paragrafo successivo.

4.5 La riprogettazione dello strumento di valutazione: razionale clinico e architettura del questionario

A naturale completamento delle prospettive future delineate nel paragrafo precedente, si propone la strutturazione di un nuovo dispositivo di indagine, concepito per superare i limiti esplorativi dello studio pilota e misurare l'efficacia della Stanza del Silenzio con rigorosi parametri psicometrici. La riprogettazione del questionario risponde all'esigenza di trasformare la rilevazione del semplice "gradimento" in una misurazione clinica multidimensionale dell'impatto terapeutico dello spazio. Di seguito vengono analizzate e motivate le implementazioni introdotte, supportate dalla letteratura scientifica di riferimento.

La prima integrazione metodologica riguarda l'inclusione di variabili esplicative fondamentali, omesse nella prima stesura: la fase del percorso di cura (es. prima diagnosi, trattamento attivo, fine vita) e il tempo di permanenza stimato. Come evidenziato dalla letteratura psico-oncologica, il livello di vulnerabilità del paziente fluttua drammaticamente lungo la traiettoria della malattia, rendendo il distress un vero e proprio "sesto parametro vitale" da monitorare (Watson & Bultz, 2010). Tracciare lo stadio clinico consentirà di comprendere se la Stanza del Silenzio risponda maggiormente ai bisogni legati allo shock diagnostico iniziale o all'esaurimento emotivo delle fasi avanzate. Parimenti, la registrazione del tempo di permanenza permetterà di indagare l'esistenza di una correlazione "dose-risposta" tra l'esposizione all'ambiente de-medicalizzato e il beneficio psicologico ottenuto.

Il salto di qualità più rilevante sotto il profilo inferenziale è rappresentato dal passaggio da una misurazione singola a una misurazione differenziale (il delta di benessere). Richiedere all'utente di valutare il proprio stato d'animo retrospettivamente (riferito al momento dell'ingresso) e contestualmente (al momento dell'uscita) permette di quantificare l'effettivo abbattimento del distress generato dallo spazio. Questo costrutto, unito agli strumenti standardizzati, consentirà di calcolare l'entità dell'effetto (effect size) in modo accurato.

Per garantire la solidità statistica e la comparabilità dei risultati con la letteratura internazionale, il nuovo questionario è stato arricchito con l'inserimento di specifiche scale psicometriche (di cui si prevede l'utilizzo delle versioni validate in lingua italiana), selezionate per la loro brevità ed elevata sensibilità nel setting oncologico.

Una delle sfide metodologiche più complesse nella ricerca psico-oncologica consiste nel bilanciare il rigore psicometrico con la fragilità clinica dell'utenza. Sottoporre un paziente o un operatore sanitario a batterie di test prolungate, per giunta al termine di un momento delicato di decompressione emotiva, rischierebbe di generare *survey fatigue* (affaticamento da questionario), vanificando i benefici appena acquisiti e producendo dati distorti e inaffidabili. Per prevenire tale criticità e anticipare le potenziali obiezioni metodologiche relative a un'eccessiva sovrapposizione concettuale degli strumenti, il nuovo dispositivo di rilevazione è stato architettato selezionando esclusivamente le versioni ultra-brevi di scale validate a livello internazionale. Ogni costrutto è stato accuratamente scelto per coprire un dominio psicologico indipendente e complementare, permettendo di mappare l'esperienza dell'utente a trecentosessanta gradi senza incorrere in ridondanze.

L'inquadramento della condizione di partenza dell'individuo viene affidato al *Termometro del Disagio* (NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care, 2024), strumento d'elezione validato originariamente da Roth e collaboratori (Roth et al., 1998). Questo singolo item visivo rileva il livello di distress globale esperito nell'ultima settimana; in ambito oncologico, tale costrutto è nettamente preferito ai termini di ansia o depressione poiché de-stigmatizza e normalizza la sofferenza del paziente. La sua inclusione fornisce un indicatore di baseline aspecifico ma universalmente riconosciuto, utile a delineare la gravità del carico emotivo pre-esistente all'accesso nella stanza.

A questo indicatore globale si affianca il *Patient Health Questionnaire* nella sua forma abbreviata a quattro item (PHQ-4), sviluppato da Kroenke e colleghi (Kroenke et al., 2009). A differenza del Termometro del Disagio, il PHQ-4 intercetta in modo mirato la sintomatologia internalizzante, effettuando uno screening rapido per il nucleo ansioso (GAD-2) e depressivo (PHQ-2). Misurare questo costrutto risulta metodologicamente cruciale per stratificare il campione: consentirà infatti di indagare se la Stanza del Silenzio si configuri come un intervento ugualmente efficace per l'intera popolazione ospedaliera o se agisca come fattore protettivo elettivo per i soggetti che presentano quadri psicopatologici subclinici o manifesti.

Per differenziare ulteriormente i profili di vulnerabilità, l'indagine integra la *Perceived Stress Scale* (PSS-4) di Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983). Questo strumento misura la percezione dello stress cronico e del senso di incontrollabilità della propria vita maturato nell'ultimo mese (Cohen et al., 1983). L'analisi del carico allostatico assume una valenza clinica e organizzativa strategica, in particolar modo per il personale sanitario: permette di discriminare chiaramente gli operatori che utilizzano lo spazio per decantare uno stress acuto, derivante magari da un singolo turno lavorativo critico, da coloro che vi ricorrono come estremo rifugio da una condizione di burnout radicato e persistente, fornendo così dati inestimabili anche ai fini della medicina del lavoro.

L'inclusione simultanea di questi tre strumenti (Termometro del Disagio, PHQ-4 e PSS-4) risponde a una precisa necessità di triangolazione clinica, volta a scongiurare il rischio di sovrapposizioni concettuali. Mentre il Termometro del Disagio funge da indicatore globale per quantificare il carico complessivo di sofferenza dell'individuo in un dato momento (inclusendo fattori fisici, pratici o spirituali), il PHQ-4 isola la quota puramente psicopatologica legata all'ansia e alla flessione dell'umore. La PSS-4, infine, valuta il senso di incontrollabilità e il carico allostatico cronico. Questa differenziazione risulta essenziale ai fini della ricerca: permette, ad esempio, di distinguere un paziente con un alto distress fisico ma solide risorse di coping psicologico, da un operatore sanitario con basso distress acuto ma altissimi livelli di stress cronico associato al burnout. Senza questa mappatura tridimensionale della vulnerabilità, risulterebbe impossibile determinare se l'efficacia della Stanza del Silenzio si espliciti prevalentemente nell'abbattimento di un'angoscia clinica (intercettata dal PHQ-4) o nell'allentamento di un sovraccarico emotivo e lavorativo (misurato dalla PSS-4).

Tuttavia, l'impatto clinico della Stanza del Silenzio non è ascrivibile unicamente a variabili intrapsichiche, ma scaturisce dalla complessa interazione tra l'individuo e lo spazio fisico. Per validare questo aspetto, si è scelto di includere la sottoscala *Being Away* tratta dalla *Perceived Restorativeness Scale* (PRS), basata sulla Teoria della Rigenerazione dell'Attenzione di Kaplan (1995) e validata da Hartig e collaboratori (Hartig et al., 1997). Tale misurazione oggettiva del senso di distacco psicologico permette di validare scientificamente l'ipotesi architettonica alla base del progetto, confermando, in un'ottica rigorosa di *Evidence-Based Design*, che gli specifici arredi, l'illuminazione e l'isolamento acustico riescono effettivamente a generare una percezione di "fuga" e protezione dal rigido ecosistema ospedaliero.

Infine, mentre le scale precedentemente descritte si limitano a fotografare uno stato psicologico transitorio, l'*Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) di Gross e John (2003) esplora un tratto strutturale del funzionamento cognitivo individuale. Distinguendo tra le strategie di rivalutazione

cognitiva (*Cognitive Reappraisal*) e di inibizione dell'espressione emotiva (*Expressive Suppression*), l'ERQ fornisce la chiave di volta metodologica per le future analisi di moderazione statistica (Gross & John, 2003). L'inclusione di questo costrutto svelerà i reali meccanismi d'azione interattivi del servizio, consentendo di verificare l'affascinante ipotesi clinica secondo cui lo spazio privato offra il beneficio terapeutico maggiore proprio ai "soppressori" emotivi. Permetterà di dimostrare oggettivamente se l'ambiente isolato garantisca a coloro che abitualmente mascherano il proprio dolore in reparto, per proteggere i familiari o mantenere la lucidità professionale, l'unico luogo sicuro in cui poter finalmente allentare i meccanismi di difesa e rilasciare la tensione accumulata.

In definitiva, la riprogettazione dello strumento di indagine non si configura come una mera espansione quantitativa del questionario originale, bensì come una radicale evoluzione qualitativa dell'intero impianto metodologico. L'adozione di questo nuovo protocollo, fondato sull'incrocio simultaneo tra traiettoria clinica, tratti di regolazione emotiva, profili di distress e misurazioni di interazione ambientale, consentirà ai futuri ricercatori di applicare modelli statistici multivariati di elevata complessità, pur mantenendo un tempo di somministrazione compatibile con la fragilità dell'utenza. Si compirà così il decisivo salto epistemologico auspicato al termine dello studio pilota: il passaggio dall'osservazione empirica del "gradimento generale" alla misurazione profonda e inoppugnabile dei meccanismi psicologici e spaziali che si attivano all'interno della Stanza del Silenzio. Dotare le istituzioni sanitarie di uno strumento così stratificato, standardizzato e facilmente replicabile significa gettare le basi operative per la realizzazione di quegli studi multicentrici necessari a trasformare l'intuizione clinica in evidenza scientifica generalizzabile, validando la Stanza del Silenzio non più come semplice spazio accessorio, ma come un vero e proprio dispositivo terapeutico evidence-based. A supporto di tale proposta metodologica, la veste grafica strutturata e l'interfaccia completa di questo nuovo strumento di rilevazione sono state inserite in appendice al presente elaborato, consultabili integralmente all'interno dell'allegato 2.

CONCLUSIONE

Il presente studio pilota ha permesso di esplorare e misurare con rigore metodologico l'impatto della Stanza del Silenzio all'interno dell'Istituto Oncologico Veneto, validando empiricamente il ruolo cruciale che lo spazio fisico riveste nei complessi processi di umanizzazione delle cure. L'indagine ha dimostrato in modo inequivocabile che questo ambiente non costituisce un semplice accessorio architettonico, ma si configura come un presidio terapeutico e salutogenico a tutti gli effetti, capace di rispondere ai bisogni profondi dell'intero ecosistema ospedaliero. In questo complesso scenario, l'ospedale è chiamato a superare la sua storica vocazione unicamente riparativa, per assumere la funzione di un vero e proprio contenitore emotivo. I principi della psicologia ambientale e dell'Evidence-Based Design (EBD) dimostrano, infatti, che lo spazio fisico possiede un impatto diretto sulla neurofisiologia umana: un ambiente iper-medicalizzato e rumoroso rischia di amplificare l'angoscia e lo stress cronico, mentre un luogo progettato per la cura psicologica può agire come un potente dispositivo di regolazione affettiva.

Lo studio pilota condotto presso l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) si è inserito esattamente in questa cornice teorica, proponendosi di misurare sul campo l'impatto clinico della Stanza del Silenzio. Attraverso un disegno di ricerca osservazionale a metodi misti, svolto in condizioni ecologiche e di reale utilizzo per non intaccare la natura intima dello spazio, è stato possibile dimostrare come tale ambiente rappresenti un presidio terapeutico universale e trasversale. I risultati quantitativi raccolti su un campione di 103 partecipanti hanno evidenziato un dato chiarissimo: il 70% dell'utenza ha riportato livelli di benessere psicologico elevati al termine dell'esperienza, un esito che si mantiene costante indipendentemente da variabili socio-demografiche di base quali l'età, il genere o il livello di istruzione.

Scendendo nella specificità dei ruoli istituzionali, la ricerca ha svelato come la Stanza del Silenzio risponda a urgenze psichiche profondamente differenziate all'interno della triade clinica. È emerso con forza il beneficio riportato dai caregiver, i quali hanno registrato i picchi di massima efficacia del servizio. Per questi pazienti ombra, spesso costretti a celare la propria vulnerabilità per sostenere il malato e schiacciati dal carico assistenziale, la stanza funge da valvola di sfogo essenziale, legittimando il loro diritto al crollo emotivo e fornendo l'energia per la successiva rigenerazione. Per i pazienti oncologici, l'ambiente si è configurato invece come un vitale rifugio de-medicalizzato. Lontano dai monitor, dai camici e dalle terapie, il paziente ha la possibilità di sospendere temporaneamente la propria identità totalizzante di malato, ritrovando uno spazio intimo in cui rielaborare l'evento traumatico della diagnosi senza intrusioni esterne. Infine, per gli operatori sanitari

l'esperienza ha confermato la necessità di disporre di un luogo di decompressione occupazionale. L'isolamento sensoriale temporaneo si è rivelato un baluardo per arginare il rischio di compassion fatigue e burnout, pur evidenziando una maggiore difficoltà da parte del personale clinico a distaccarsi completamente, a causa dell'iper-attivazione cognitiva legata alla stretta vicinanza fisica del reparto.

Questi esiti quantitativi hanno trovato una preziosa risonanza nell'analisi qualitativa delle testimonianze narrative. I vissuti fenomenologici trascritti dai fruitori hanno rimarcato l'urgente bisogno di estraniamento e di conforto morale, percependo la stanza non come un semplice vuoto acustico, ma come un tangibile gesto di cura e accoglienza da parte dell'istituzione. Parallelamente, le istanze dell'utenza hanno fornito all'amministrazione chiare traiettorie per l'ottimizzazione del servizio, sottolineando la necessità primaria di perfezionare l'isolamento acustico per impedire che il rumore clinico infranga questa bolla di sicurezza, e suggerendo di arricchire l'ambiente con arredi maggiormente avvolgenti e con un'illuminazione modulabile.

Naturalmente, il presente lavoro riconosce i propri limiti intrinseci legati alla natura esplorativa dell'indagine. Il bias di autoselezione del campione e la mancanza di un dato clinico differenziale basale, che avrebbe permesso di quantificare l'esatto delta di miglioramento tra il pre e il post-ingresso, rappresentano criticità che dovranno essere superate. Proprio in risposta a tali limiti, a coronamento della tesi, è stata proposta la strutturazione di un nuovo questionario fondato su rigorosi strumenti psicometrici. L'integrazione di scale internazionali brevi, come il Termometro del Disagio, il PHQ-4 per l'ansia e la depressione, e la PSS-4 per lo stress cronico, consentirà ai futuri studi longitudinali e multicentrici di validare l'efficacia del servizio con una solidità inferenziale inoppugnabile. A questo si suggerisce di affiancare l'eventuale impiego di sensori passivi per un tracciamento degli accessi metodologicamente robusto e rispettoso della privacy, qualora l'istituzione decidesse di adottare tale soluzione.

In definitiva, l'esperienza analizzata presso lo IOV dimostra come l'eccellenza in oncologia non possa più prescindere dall'integrazione tra l'alta tecnologia biomedica (*high-tech*) e la profonda cura della dimensione relazionale e spaziale (*high-touch*). Tutelare il silenzio e offrire un luogo fisico in cui poter processare la rottura biografica della malattia significa onorare la Carta Etica dell'Istituto e tradurre i principi dell'umanizzazione in una prassi sanitaria quotidiana. La Stanza del Silenzio abbandona così lo status di mera sperimentazione architettonica per affermarsi come un inestimabile dispositivo di cura, essenziale per restituire dignità, respiro e umanità a tutti coloro che affrontano, assistono e curano la malattia oncologica.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmad, S., Verma, T., & Arif Kamal, M. (2023). Evidence Based Design Guidelines for a Healthcare Environment: A Conceptual Framework. *American Journal of Civil Engineering and Architecture*, 11(3), 77–88. <https://doi.org/10.12691/ajcea-11-3-3>
- AIOM. (2023, dicembre). *I NUMERI DEL CANCRO IN ITALIA 2023*. Intermedia.
- Andrade, C. C., & Devlin, A. S. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, 41, 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.12.001>
- Antonovsky, A. (1991). *Health, stress, and coping* (1. ed., 6. print). Jossey-Bass Publ.
- Baider, L., & Surbone, A. (2010). Cancer and the Family: The Silent Words of Truth. *Journal of Clinical Oncology*, 28(7), 1269–1272. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.25.1223>
- Basner, M., & McGuire, S. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Effects on Sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 519. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030519>
- Bernardi, L., Porta, C., & Sleight, P. (2006). Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: The importance of silence. *Heart*, 92(4), 445–452. <https://doi.org/10.1136/hrt.2005.064600>
- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza* (Armando Editore).
- Bleger, J. (1967). *Psycho-Analysis of the Psycho-Analytic Frame*. 48, 511–519.
- Bonardi, A. (2021). *Stanze del Silenzio*. Stanze del Silenzio. <https://www.stanzadelsilenzio.it/wp-content/uploads/2023/11/Alessandro-Bonardi-Stanza-del-Silenzio-e-dei-Culti-Anima.pdf>
- Brambilla, A., Rebecchi, A., & Capolongo, S. (2019). Evidence Based Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunita*, 31(2), 165–180. <https://doi.org/10.7416/ai.2019.2269>

- Brand, R., Crompton, A., & Hewson, C. (2013). *Multi-faith spaces—Symptoms and agents of religious and social change*. Sociology of Religion.
- <https://gtr.ukri.org/projects?ref=AH%2fH017321%2f1&pn=0&fetchSize=50&selectedSortableField=firstAuthorName&selectedSortOrder=ASC#/tabOverview>
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer? coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10(1), 1–18.
- [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1%3C1::AID-PON484%3E3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1%3C1::AID-PON484%3E3.0.CO;2-T)
- Buckner, R. L., & DiNicola, L. M. (2019). The brain’s default network: Updated anatomy, physiology and evolving insights. *Nature Reviews Neuroscience*, 20(10), 593–608. <https://doi.org/10.1038/s41583-019-0212-7>
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2005). Emotional Distress: The Sixth Vital Sign in Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440–6441. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.02.3259>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182.
- <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Calderon, J. M. (2023). *Prevalence of burnout in health care providers and students*. OSF Registries.
- <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/QPWG5>
- Capolongo, S., Gola, M., Brambilla, A., Morganti, A., Mosca, E. I., & Barach, P. (2020). COVID-19 and Healthcare Facilities: A Decalogue of Design Strategies for Resilient Hospitals. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 91(9-S), 50–60. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i9-S.10117>
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: Patient and family issues. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389–402.
- <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1288090>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Cowart, C. A. A., Roche, J. E., Erdman, A., & Harte, J. D. (2024). *Trauma-informed design: A framework for designers, architects, and other practitioners* (First edition). Trauma-informed Design Society.

- De Lima Andrade, E., Da Cunha E Silva, D. C., De Lima, E. A., De Oliveira, R. A., Zannin, P. H. T., & Martins, A. C. G. (2021). Environmental noise in hospitals: A systematic review. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(16), 19629–19642. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-13211-2>
- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(3), e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- Demirbag, B. C., Hintistan, S., & Bayrak, B. (2018). Nurses interventions to reduce unwanted noise. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(1), 112–114.
- Department of Health, UK. (2014). *Health Building Note, General design guidance for healthcare buildings*. https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/2021/05/HBN_00-01-2.pdf
- Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 166–181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x>
- Doraiswamy, S., Chaabna, K., Jithesh, A., Mamtani, R., & Cheema, S. (2021). Physician burnout in the Eastern Mediterranean region: Influence of gender and related factors – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 04043. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04043>
- Eberhard, J. P. (2009). *Brain landscape: The coexistence of neuroscience and architecture*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195331721.001.0001>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Erickson, L. C., & Newman, R. S. (2017). Influences of Background Noise on Infants and Children. *Current Directions in Psychological Science*, 26(5), 451–457. <https://doi.org/10.1177/0963721417709087>
- Figley, C. R. (1995). *COMPASSION FATIGUE Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*.

- Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The Effectiveness of an Educational Program on Preventing and Treating Compassion Fatigue in Emergency Nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 247–258. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31829b726f>
- Fotaki, M. (2015). Why and how is compassion necessary to provide good quality healthcare? *International Journal of Health Policy and Management*, 4(4), 199–201. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.66>
- Gall, T. L., & Bilodeau, C. (2020). The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer: A longitudinal study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(1), 103–117. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1641581>
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Clarendon.
<https://doi.org/10.1093/0199271941.001.0001>
- Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: The agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e89. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>
- Grassi, L., Costantini, A., & Biondi, M. (con un contributo di Chochinov, H. M.). (2023). *Manuale pratico di psico-oncologia: Sfide ed evoluzione delle cure* (2. ed). Il pensiero scientifico.
- Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M. A., Capovilla, E., Costantini, A., Gritti, P., Torta, R., Bellani, M., & on behalf of the Italian Society of Psycho-Oncology Distress Thermometer Study Group. (2013). Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*, 119(9), 1714–1721. <https://doi.org/10.1002/cncr.27902>
- Grassi, L., Watson, M., & on behalf of the IPOS Federation of Psycho-Oncology Societies' co-authors. (2012). Psychosocial care in cancer: An overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. *Psycho-Oncology*, 21(10), 1027–1033. <https://doi.org/10.1002/pon.3154>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

- Gruppo Nazionale Stanza del Silenzio e dei Culti. (2016). [Manifesto e Regolamento]. Stanza del Silenzio e dei Culti. <https://www.stanzadelsilenzio.it/>
- Guski, R., Schreckenberger, D., & Schuemer, R. (2017). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Annoyance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1539. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121539>
- Hartig, T., Korpela, K., Evans, G. W., & Gärling, T. (1997). A measure of restorative quality in environments. *Scandinavian Housing and Planning Research*, 14(4), 175–194. <https://doi.org/10.1080/02815739708730435>
- Hawthorne, D., Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2011). Psychometric Evaluation of the Spanish and English Versions of the Spiritual Coping Strategies Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 19(1), 46–54. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.19.1.46>
- Héritier, H., Vienneau, D., Foraster, M., Eze, I. C., Schaffner, E., De Hoogh, K., Thiesse, L., Rudzik, F., Habermacher, M., Köpfli, M., Pieren, R., Brink, M., Cajochen, C., Wunderli, J. M., Probst-Hensch, N., & Röösli, M. (2019). A systematic analysis of mutual effects of transportation noise and air pollution exposure on myocardial infarction mortality: A nationwide cohort study in Switzerland. *European Heart Journal*, 40(7), 598–603. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy650>
- Higuera-Trujillo, J. L., López-Tarruella Maldonado, J., & Llinares Millán, C. (2017a). Psychological and physiological human responses to simulated and real environments: A comparison between Photographs, 360° Panoramas, and Virtual Reality. *Applied Ergonomics*, 65, 398–409. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.05.006>
- Higuera-Trujillo, J. L., López-Tarruella Maldonado, J., & Llinares Millán, C. (2017b). Psychological and physiological human responses to simulated and real environments: A comparison between Photographs, 360° Panoramas, and Virtual Reality. *Applied Ergonomics*, 65, 398–409. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.05.006>

- Holland, J. C. (2002a). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers: *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206–221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Holland, J. C. (2002b). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers: *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206–221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., Van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.06.016>
- Iannaccone, B. (2025, ottobre 2). *Indagine sulle Stanze del Silenzio in Italia*. <https://www.stanzadelsilenzio.it/wp-content/uploads/2025/10/indagine-sulle-stanze-del-silenzio-iannaccone.pdf>
- Isobel, S. (2021). The ‘trauma’ of trauma-informed care. *Australasian Psychiatry*, 29(6), 604–606. <https://doi.org/10.1177/10398562211022756>
- Jelić, A., Tieri, G., De Matteis, F., Babiloni, F., & Vecchiato, G. (2016). The Enactive Approach to Architectural Experience: A Neurophysiological Perspective on Embodiment, Motivation, and Affordances. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00481>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118–119, 120.
- Kahn, W. A. (2001). Holding Environments at Work. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 37(3), 260–279. <https://doi.org/10.1177/0021886301373001>
- Karimi Moghaddam, Z., Rostami, M., Zeraatchi, A., Mohammadi Bytamar, J., Saed, O., & Zenzorian, S. (2023). Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: An investigation of patient and caregiver factors. *Frontiers in Psychology*, 14, 1059605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1059605>
- Kirste, I., Nicola, Z., Kronenberg, G., Walker, T. L., Liu, R. C., & Kempermann, G. (2015). Is silence golden? Effects of auditory stimuli and their absence on adult hippocampal neurogenesis. *Brain Structure & Function*, 220(2), 1221–1228. <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0679-3>

- Kissane, D. W., Bultz, B. D., Butow, P. N., Bylund, C. L., Noble, S., & Wilkinson, S. (A c. Di). (2017). *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (Vol. 1). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780198736134.001.0001>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kübler-Ross, E. (1997). *On death and dying* (1st Scribner Classics edition). Scribner Classics.
- Kwon, J., & Iedema, A. (2022). Body and the Senses in Spatial Experience: The Implications of Kinesthetic and Synesthetic Perceptions for Design Thinking. *Frontiers in Psychology*, 13, 864009.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.864009>
- Laidsaar-Powell, R. C., Butow, P. N., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Lam, W. W. T., Jansen, J., McCaffery, K. J., Shepherd, H. L., Tattersall, M. H. N., & Juraskova, I. (2013). Physician–patient–companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 91(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.007>
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13–22.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (20). *Stress, appraisal, and coping* (11. [print.]). Springer.
- Lazenby, M., McCorkle, R., & Fitch, M. (2014). Interdisciplinary programmatic approaches to comprehensive distress screening for implementing the quality care standard of whole-patient care. *Palliative and Supportive Care*, 12(1), 1–4. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000114>
- Lazenby, M., Tan, H., Pasacreta, N., Ercolano, E., & McCorkle, R. (2015). The Five Steps of Comprehensive Psychosocial Distress Screening. *Current Oncology Reports*, 17(5), 22.
<https://doi.org/10.1007/s11912-015-0447-z>
- Leão, D. C. M. R., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., Rocha, R. C. N. P., Cruz-Quintana, F., & García-Caro, M. P. (2022). Spiritual and Emotional Experience With a Diagnosis of Breast Cancer: A Scoping Review. *Cancer Nursing*, 45(3), 224–235. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000936>

- Lee, M. S., Tyson, D. M., Gonzalez, B. D., Small, B. J., Lechner, S. C., Antoni, M. H., Vinard, A., Krause, M., Meade, C., & Jacobsen, P. B. (2018). Anxiety and depression in Spanish-speaking Latina cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 27(1), 333–338.
<https://doi.org/10.1002/pon.4462>
- Lin, Y.-T., Chen, T.-W., Chang, Y.-C., Chen, M.-L., & Hwang, B.-F. (2020). Relationship between time-varying exposure to occupational noise and incident hypertension: A prospective cohort study. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 226, 113487.
<https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2020.113487>
- Liu, Y., Deng, Y., Feng, H., Liu, Z., & Osmani, M. (2026). Healing-Oriented Patient-Centered Care in the Healthcare Environment. *Buildings*, 16(3), 507. <https://doi.org/10.3390/buildings16030507>
- Loupa, G. (2020). Influence of Noise on Patient Recovery. *Current Pollution Reports*, 6(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1007/s40726-019-00134-3>
- Loupa, G., Katikaridis, A., Karali, D., & Rapsomanikis, S. (2019). Mapping the noise in a Greek general hospital. *Science of The Total Environment*, 646, 923–929.
<https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.07.315>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mcholz, F. (2006). Rx for Compassion Fatigue: *Journal of Christian Nursing*, 23(4), 12–19.
<https://doi.org/10.1097/00005217-200611000-00003>
- Miedema, H. M., & Oudshoorn, C. G. (2001). Annoyance from transportation noise: Relationships with exposure metrics DNL and DENL and their confidence intervals. *Environmental Health Perspectives*, 109(4), 409–416. <https://doi.org/10.1289/ehp.01109409>

- Minguillon, J., Lopez-Gordo, M. A., Renedo-Criado, D. A., Sanchez-Carrion, M. J., & Pelayo, F. (2017). Blue lighting accelerates post-stress relaxation: Results of a preliminary study. *PLOS ONE*, 12(10), e0186399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186399>
- Minichilli, F., Gorini, F., Ascari, E., Bianchi, F., Coi, A., Fredianelli, L., Licitra, G., Manzoli, F., Mezzasalma, L., & Cori, L. (2018). Annoyance Judgment and Measurements of Environmental Noise: A Focus on Italian Secondary Schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 208. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020208>
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Montes-González, D., Barrigón-Morillas, J. M., Gómez Escobar, V., Vílchez-Gómez, R., Rey-Gozalo, G., Atanasio-Moraga, P., & Méndez-Sierra, J. A. (2019). Environmental Noise around Hospital Areas: A Case Study. *Environments*, 6(4), 41. <https://doi.org/10.3390/environments6040041>
- Muzet, A. (2007). Muzet, Alain. «Environmental Noise, Sleep and Health». *Sleep Medicine Reviews* 11, fasc. 2 (2007): 135–42. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2006.09.001>. *Sleep Medicine Reviews*, 11(2), 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2006.09.001>
- NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care*. (2024).
- Northouse, L., Williams, A., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1227–1234. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5798>
- Paiva, K. M., Cardoso, M. R. A., & Zannin, P. H. T. (2019). Exposure to road traffic noise: Annoyance, perception and associated factors among Brazil's adult population. *Science of The Total Environment*, 650, 978–986. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.09.041>
- Pallasmaa, J. (2012). *The eyes of the skin: Architecture and the senses* (Third Edition). Wiley.

- Papale, P., Chiesi, L., Rampinini, A. C., Pietrini, P., & Ricciardi, E. (2016). When Neuroscience 'Touches' Architecture: From Hapticity to a Supramodal Functioning of the Human Brain. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00866>
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton.
- Pulak, L. M., & Jensen, L. (2020). Sleep in the Intensive Care Unit: A Review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1), 14–23. <https://doi.org/10.1177/0885066614538749>
- Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care: Better care for everyone. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 64(3), 170–172.
- Rakhshani, Z., & Khakzand, M. (2025). Salutogenic Architecture, Non-Therapeutic Environments and the Health of the Elderly: A Systematic Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 18(2), 51–77. <https://doi.org/10.1177/19375867251313980>
- Ratcliffe, E. (2021). Sound and Soundscape in Restorative Natural Environments: A Narrative Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 570563. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.570563>
- Read, J., & Meath, C. (2025). A Conceptual Framework for Sustainable Evidence-Based Design for Aligning Therapeutic and Sustainability Outcomes in Healthcare Facilities: A Systematic Literature Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 18(1), 86–107. <https://doi.org/10.1177/19375867241302793>
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904–1908. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19980515\)82:10%3C1904::AID-CNCR13%3E3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19980515)82:10%3C1904::AID-CNCR13%3E3.0.CO;2-X)
- Rubin, G., Berendsen, A., Crawford, S. M., Dommett, R., Earle, C., Emery, J., Fahey, T., Grassi, L., Grunfeld, E., Gupta, S., Hamilton, W., Hiom, S., Hunter, D., Lyratzopoulos, G., Macleod, U., Mason, R., Mitchell, G., Neal, R. D., Peake, M., ... Zimmermann, C. (2015). The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet Oncology*, 16(12), 1231–1272. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00205-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00205-3)

- Semere, W., Althouse, A. D., Rosland, A.-M., White, D., Arnold, R., Chu, E., Smith, T. J., & Schenker, Y. (2021). Poor patient health is associated with higher caregiver burden for older adults with advanced cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(5), 771–778.
<https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.01.002>
- Séror, J. (2025). Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS). In C. A. Chapelle (A c. Di), *The Encyclopedia of Applied Linguistics* (1^a ed., pp. 1–9). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781405198431.wbeal0177.pub3>
- Shanafelt, T., & Dyrbye, L. (2012). Oncologist Burnout: Causes, Consequences, and Responses. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1235–1241. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7380>
- Siminoff, L. A., Wilson-Genderson, M., Chwistek, M., & Thomson, M. (2024). The cancer caregiving burden trajectory over time: Varying experiences of perceived versus objectively measured burden. *The Oncologist*, 29(7), 629–637. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyae069>
- Smith, R., & Watkins, N. (2016). *Ambienti terapeutici. WBDG - Guida alla progettazione di edifici integrali* [Software]. <https://www.wbdg.org/resources/therapeutic-environments>
- Spiga, A. (2019, agosto). *Nella Stanza del Silenzio*. <https://www.oltremagazine.com/site/stanze-del-silenzio.html>
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319–333.
<https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>
- Tekin, B. H. (2026). Healing Environments for Cancer Care: Toward a Patient-Centered Design Guideline for Inpatient Settings. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 19(2), 129–149.
<https://doi.org/10.1177/19375867251406202>
- Tekin, B. H., Corcoran, R., & Gutiérrez, R. U. (2023). The impact of biophilic design in Maggie’s Centres: A meta-synthesis analysis. *Frontiers of Architectural Research*, 12(1), 188–207.
<https://doi.org/10.1016/j.foar.2022.06.013>

- Totaforti, S. (2018). Applying the benefits of biophilic theory to hospital design. *City, Territory and Architecture*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40410-018-0077-5>
- Travado, L., Bultz, B. D., Ullrich, A., Asuzu, C. C., Turner, J., Grassi, L., & Jacobsen, P. (2017). 2016 President's Plenary International Psycho-Oncology Society: Challenges and opportunities for growing and developing psychosocial oncology programmes worldwide. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1231–1238. <https://doi.org/10.1002/pon.4471>
- Trufelli, D. C., Bensi, C. G., Garcia, J. B., Narahara, J. L., Abrão, M. N., Diniz, R. W., Da Costa Miranda, V., Soares, H. P., & Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00927.x>
- Ulrich, R. S. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125. <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Books.
- Van Kempen, E., Casas, M., Pershagen, G., & Foraster, M. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Cardiovascular and Metabolic Effects: A Summary. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 379. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020379>
- Varela, F. J. (con un contributo di Thompson, E., Rosch, E., & Kabat-Zinn, J.). (2017). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience* (2nd ed). MIT Press.
- Walker, L., & Karl, C. A. (2019). The Hospital (Not So) Quiet Zone: Creating an Environment for Patient Satisfaction Through Noise Reduction Strategies. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(4), 197–202. <https://doi.org/10.1177/1937586719839229>

- Watson, M., & Bultz, B. D. (2010). Distress, the 6th vital sign in cancer care: Caring for patients' emotional needs: what does this mean and what helps? *Psycho-Oncologie*, 4(3), 159–163.
<https://doi.org/10.1007/s11839-010-0269-z>
- Watson, M., Dunn, J., & Holland, J. C. (2014). Review of the history and development in the field of psychosocial oncology. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 128–135.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2013.849230>
- World Health Organization. (2011, luglio 7). *Environmental burden of disease from noise in Europe*. WHO European Centre for Environment and Health.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4c6945b7-497a-4043-9e6f-98d6774b3b61/content>
- Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T. C., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Zhang, Y., & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103973.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>
- Xyrichis, A., Wynne, J., Mackrill, J., Rafferty, A. M., & Carlyle, A. (2018). Noise pollution in hospitals. *BMJ*, k4808. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4808>
- Yin, J., Zhu, S., MacNaughton, P., Allen, J. G., & Spengler, J. D. (2018). Physiological and cognitive performance of exposure to biophilic indoor environment. *Building and Environment*, 132, 255–262. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2018.01.006>
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>