

**Autoefficacia comunicativa dei pazienti ai tempi del COVID-19:
relazioni con il benessere mentale**

***Patients communication self-efficacy during COVID-19:
relationships with mental well-being***

Leda Marino¹, Giovanni Schettino¹

¹*Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, Via Porta di massa 1, 80133 Napoli.
Tel. 081/2535639.*

Abstract

L'emergenza da COVID-19 ha posto le organizzazioni sanitarie dinnanzi a molteplici sfide legate anche alla prosecuzione delle attività ordinarie. In un'ottica organizzativa è fondamentale comprendere come gli attori delle organizzazioni sanitarie, che concorrono a costruirne la cultura, abbiano percepito tali cambiamenti. Obiettivo dello studio è stato quello di indagare le percezioni di autoefficacia comunicativa di 127 pazienti ambulatoriali, con un'età media di 51.60 anni (DS = 15.09), e il loro benessere mentale, considerato un esito di una adeguata comunicazione *patient-centered*. I risultati del presente studio *cross-sectional* hanno evidenziato associazioni positive e significative tra le variabili considerate contribuendo così a rafforzare la letteratura sul tema ancorandosi alla contingenza pandemica e suggeriscono alcune azioni finalizzate a migliorare il processo comunicativo nei contesti sanitari, così da sviluppare una cultura orientata al paziente implementando percorsi di formazione specifici per i medici delle organizzazioni sanitarie.

Parole chiave

Autoefficacia comunicativa; benessere; pazienti; COVID-19

Autore responsabile per la corrispondenza: Leda Marino, Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II; leda.marino@unina.it

Abstract

The COVID-19 emergency has posed health organizations multiple challenges in addition to those linked to ordinary professional activities. From an organizational perspective, it is important to understand how health organizations actors, who contribute to building their organizational culture, have perceived these changes. This study aimed to investigate the point of view of 127 outpatients, with a mean age of 51.60 years (SD = 15.09), about communication self-efficacy beliefs and their mental well-being conceived as a result of adequate *patient-centred* communication. The findings of the current *cross-sectional* study highlighted positive and significative associations between the considered variables contributing, in this way, to enrich the literature about the examined topic in the pandemic and suggesting different strategies to improve the communication process in healthcare settings to develop a patient-oriented culture through implementation of specific training courses for physicians.

Key-words

communication self-efficacy; well-being; patients; COVID-19

Introduzione

Dall'inizio della pandemia da COVID-19 (11 Marzo, 2020, OMS), prolifica è stata la produzione di ricerche che si sono concentrate sulle ricadute che l'emergenza, inedita, sta avendo per le organizzazioni sanitarie, sovraccaricate ed esposte in prima linea, e le potenziali conseguenze sul benessere lavorativo e mentale degli operatori (per una rassegna *cfr.* Marino et al., 2021). Le misure restrittive messe in atto per fronteggiare il COVID-19, benché abbiano avuto un effetto positivo nel ridurre il rischio di mortalità (Flaxman et al., 2020), hanno avuto ricadute anche sui bisogni di salute e benessere della popolazione generale (Talevi et al., 2020).

Dunque, in una prospettiva di salute organizzativa (Avallone e Paplomatas, 2005), è opportuno chiedersi come la contingenza pandemica si sia incontrata con l'attenzione non solo al malessere ma soprattutto agli aspetti di benessere in chiave positiva (Keyes, 2005). In particolare va tenuto conto che i cittadini non hanno smesso di essere pazienti e dunque attori delle organizzazioni sanitarie, pertanto va riconosciuto loro un ruolo attivo nella gestione della salute (Graffigna e Barello, 2018).

In questo scenario, l'obiettivo del seguente studio è stato quello di indagare le percezioni di autoefficacia comunicativa dei pazienti in contesto pandemico e le relazioni di queste con il benessere mentale in chiave positiva¹.

Di seguito, sarà illustrata la struttura teorica a sostegno dello studio.

¹ Il presente lavoro si inserisce in uno studio più ampio sulle percezioni di autoefficacia comunicativa di medici e pazienti, coordinato dalla professoressa Vincenza Capone e attualmente in corso.

Framework teorico

Il concetto di centralità del paziente (Epstein et al., 2005) implica che ci si concentri sui bisogni dello stesso tenendo conto anche del suo *background* socio-culturale: riconoscerlo come competente su di sé per costruire un percorso di partecipazione attiva e condivisione delle scelte (Moja e Vegni, 2000).

In anni recenti (Barello et al., 2021), il nuovo *framework* organizzativo del *Patient Engagement* (Graffigna e Barello, 2018) ha sottolineato la centralità del buon esito della relazione medico-paziente, considerando la necessità di un cambiamento di prospettiva delle culture organizzative sanitarie.

Dunque, per migliorare la relazione in termini di esito, qualità delle cure e benessere di operatori e pazienti è necessario riferirsi alla cultura di una organizzazione sanitaria poiché sono i membri dell'organizzazione a costruirla mediante le relazioni che intessono tra loro, il cui veicolo privilegiato sono gli scambi comunicativi (Truxillo et al., 2016).

A tal proposito una parte della letteratura si è concentrata sulla *patient centered communication* (PCC; Mead e Bower, 2002; Capone, 2016), una visione e insieme una strategia di coinvolgimento dei pazienti nella comunicazione sanitaria, circa la quale sono stati considerati differenti aspetti interconnessi (Hong e Oh, 2020, pp. 502-505).

Stewart (2001, p. 445) l'ha definita come un processo che considera il desiderio del paziente di ricevere informazioni e risposte adeguate dal medico oltreché la condivisione delle decisioni da prendere in merito alla propria salute (Hong e Oh, 2020, p. 503), in contrasto con la comunicazione centrata sul medico nella quale il professionista sanitario indirizza e controlla l'interazione con il paziente (Moja e Vegni, 2000).

Wanzer e colleghi (2004, p. 364) hanno considerato la PCC come l'insieme dei comportamenti comunicativi che possono migliorare la qualità della relazione medico-paziente: un medico che fornisce informazioni su di sé al paziente all'inizio dell'incontro (presentarsi); che da spiegazioni chiare; che mostra empatia; che risulta espressivo nel linguaggio non verbale; che presta ascolto. Secondo gli autori (2004), maggiore è la messa in atto di tali comportamenti maggiore sarà il livello di coinvolgimento del paziente (Hong e Oh, 2020, p.504).

Anche il rispetto mostrato dai medici ha un ruolo rilevante nella PCC (Moore et al., 2004; Finney et al., 2006) poiché concorre a porre le basi per una relazione interpersonale positiva tra medici e pazienti (Capone, 2014).

A tal proposito, Epstein e colleghi (2005) si sono concentrati sui bisogni di medico e paziente e sul loro bilanciamento (Hong e Ho, 2020): i medici hanno necessità di formulare una diagnosi corretta e di coinvolgere i loro pazienti al fine di produrre *outcome* positivi per il percorso di cura. Ora, per un effetto di permeabilità (Grzywacz e Marks, 2000; Capone e Petrillo, 2016), tali necessità dei medici potrebbero soddisfare due tipi di bisogni nei pazienti, informativi (monitorando il grado di comprensione che i pazienti mostrano in relazione al percorso di cura) ed emotivi (mediante il supporto e l'empatia). Inoltre, i bisogni informativi ed emotivi dei pazienti sono soddisfatti dalla presa di decisione condivisa e dalla percezione che il medico ascolti le loro preoccupazioni e accolga le loro scelte (Hong e Oh, 2020). Ciò concorre alla responsabilizzazione dei pazienti circa la gestione della loro salute in linea con la prospettiva

del *Patient Engagement* (Barello et al., 2020).

La letteratura (Roumie et al., 2011; Capone e Petrillo, 2012; Bauer et al. 2014; Capone, 2016; Hong e Oh, 2020) ha messo in luce i risultati riferiti alla comunicazione centrata sul paziente: essa si associa a più alti livelli di adesione alle cure, a minori livelli di conflitto tra medico e paziente, alla riduzione dei comportamenti di evitamento del paziente nei confronti delle difficoltà legate alla gestione della propria salute, a più alti livelli di soddisfazione dei pazienti per la qualità delle cure ricevute e dei medici per il loro operato professionale.

Le ricadute positive riguardano anche l'organizzazione in termini di tassi di recidiva, riduzione del numero degli esami diagnostici effettuati e degli accessi nelle strutture sanitarie. Il contributo della PCC a questi ultimi aspetti *non psico-sociali* va tenuto in conto se pensiamo che, oggi, una organizzazione sanitaria considera il valore come il raggiungimento dei migliori risultati possibili in relazione alla minore spesa sostenibile (*Value Based Health Care*; Porter, 2010; Kaplan e Porter, 2011; Kim, Farmer e Porter, 2013).

Del resto, studi recenti (Hong e Oh, 2020) ritengono che i costi dell'assistenza sanitaria possano essere ridotti anche promuovendo una comunicazione centrata sul paziente.

La letteratura (Gremigni et al., 2008) ha evidenziato che i pazienti valutano la propria esperienza con il medico primariamente in termini di capacità comunicative dello stesso. A ciò segue l'*health literacy* (Capone e Petrillo 2013), quando adeguatamente presente, nella comprensione delle tematiche mediche.

Pertanto, la valutazione principale chiama in causa le *skill* comunicative dei professionisti sanitari (Capone, 2009) e le percezioni che i pazienti hanno di queste.

Al contempo l'attenzione è stata dedicata alla capacità dei pazienti di relazionarsi con il medico e alle loro percezioni di autoefficacia comunicativa riconoscendone l'importanza nella gestione delle malattie croniche, nella soddisfazione per le cure (Abdelhadi, 2021) e nell'adesione alle prescrizioni terapeutiche oltre ad associarsi a più alti livelli di benessere mentale (Petrillo et al., 2015; Capone et al., 2020).

Infatti, nell'ottica della Teoria Sociale Cognitiva (Bandura, 1997), le percezioni di autoefficacia comunicativa dei pazienti (Capone e Petrillo, 2014; Liu et al., 2021) sono risultate fondamentali per esiti di salute positivi negli stessi.

Definiamo le percezioni di autoefficacia come "le convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le azioni necessarie per produrre determinati risultati in specifici domini" (Bandura, 2000, p. 23).

Esse riflettono la convinzione che la persona ha delle proprie capacità per compiti specifici (Bandura, 2001). Pertanto, alti livelli di autoefficacia comunicativa nei pazienti contribuiscono ad un maggiore controllo sulla gestione della malattia, maggiore capacità di *problem solving*, quest'ultima tra le fonti dell'autoefficacia stessa (Bandura, 1997), e una minore frequenza di tati psicologici negativi (Cameron et al., 2010) con risultati positivi per la salute mentale dei pazienti. Del resto, la letteratura ha ampiamente documentato l'associazione positiva che vi è tra le percezioni di autoefficacia e il benessere mentale in differenti ambiti di funzionamento oltre a quello sanitario (De Caroli e Sagone, 2014; Capone et al., 2019; Capone e Petrillo, 2020; Capone et al., 2021; Matteucci e Soncini, 2021).

In una prospettiva di Psicologia Positiva (Petrillo et al., 2015), consideriamo l'ottica del *Two Continua Model* (Keyes, 2005) per cui benessere e malessere sono collocati su due differenti *continua*: l'assenza dell'uno non indica la presenza dell'altro, dunque andrebbero reciprocamente indagati (Petrillo et al., 2014). Ciò è ancor più vero se pensiamo che gli studi in contesto pandemico (per una rassegna *cfr.* Marino et al., 2021) si sono per lo più concentrati sulla rilevazione del malessere per inferire lo stato di benessere dei partecipanti coinvolti.

Secondo la prospettiva che invece guarda ad un funzionamento di vita positivo, la salute mentale è uno stato completo di benessere emotivo, psicologico e sociale: tre domini che vanno considerati congiuntamente quando si valuta il benessere di una persona (Westerhof e Keyes, 2010). Ciò è in linea con la definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2004) fornisce circa la Salute Mentale, quale *stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla sua comunità* (p. 60).

Con riferimento alla contingenza pandemica è noto (Barello et al., 2020; Lai et al., 2020; Li et al., 2020) che le misure di contenimento dei contagi hanno mutato i rapporti tra medici e pazienti. Diversi autori (Asan et al., 2021; Gopichandran e Sakthivel, 2021) ritengono probabile che le modalità di erogazione dei servizi di cura abbiano avuto impatto sull'efficacia dell'interazione medico-paziente.

Studi recentissimi (Al-Zyoud et al., 2021) evidenziano che l'uso dei DPI, così come mantenere la distanza di sicurezza o comunicare con il paziente mediante la tecnologia può influire negativamente sulla comunicazione medico-paziente, costringendo i medici ad una revisione della loro capacità di comunicazione in termini di tempo da dedicare (sottratto dal fronteggiamento dell'emergenza) e di terminologie da usare (tenendo conto che i livelli di apprensione degli utenti sono al di sopra delle situazioni ordinarie).

Pertanto, la raccomandazione è stata quella di esprimersi con i pazienti in maniera aperta e coerente, cercando di non escluderli dalla presa di decisione (Al-Zyoud et al., 2021) al fine di perseguire gli *outcome* positivi documentati dalla ricerca e dall'esperienza sul campo. Infatti, ancora una volta, troviamo il ruolo positivo e protettivo di un approccio centrato sul paziente anche durante la pandemia: è emersa un'associazione negativa tra la capacità comunicativa dei medici e il burnout che, a sua volta, era negativamente correlato alla capacità dei medici di affrontare empaticamente le emozioni dei pazienti e di promuovere lo *share decision making* (Messerotti et al., 2020). Tali risultati sono in linea con quelli di Barello e colleghi (2020) che hanno dimostrato come l'orientamento verso i bisogni psicosociali dei pazienti abbia svolto un ruolo protettivo nei confronti dell'esaurimento emotivo dei medici.

Una protezione da esiti di malessere per i medici che non monitora, però, i loro livelli di benessere (*cfr.* Capone et al., 2022 *under review*).

Non è noto, inoltre, se la percezione delle proprie abilità comunicative abbia sostenuto i pazienti nella relazione con il medico durante la pandemia, con ricadute positive sui loro livelli di benessere (Petrillo et al., 2015).

Infine, parte della letteratura (Ruben, 2016; Hesse e Rauschen, 2019) ritiene che vi sia ancora un

“ritardo” nel comprendere l'importanza della funzione relazionale svolta dalla comunicazione in ambito sanitario: ciò costituisce un importante *gap* formativo al quale le organizzazioni devono far fronte, in virtù del fatto che i pazienti valutano la competenza dei curanti principalmente sulla base dei loro stili comunicativi (Bientzle et al., 2017).

Pertanto, la ricerca in psicologia su queste tematiche diviene sempre più rilevante.

Ipotesi

Sulla base delle premesse e della letteratura esposta, si è ipotizzato che fosse una relazione positiva e significativa tra l'autoefficacia comunicativa e il benessere mentale dei pazienti e loro dimensioni, durante la pandemia da COVID-19.

Metodi

Partecipanti

Sono stati contattati 312 partecipanti e, sulla base dei criteri d'inclusione (essersi sottoposti a visita ospedaliera nell'arco dell'ultimo mese e aver compiuto i 18 anni di età), hanno compilato il questionario 127 pazienti con un'età compresa tra i 21 e gli 89 anni ($M = 51.60$; $DS = 15.09$) prevalentemente campani (70%) e di sesso femminile (75.6%).

Dei 127 rispondenti, il 70% era in possesso di una Laurea, il 65.4% ha dichiarato di avere un impiego e di questi più della metà (54.2 %) con un contratto a tempo indeterminato. Il 58.9% ha dichiarato di essere sposato o convivente e il 76.3% delle persone sposate o conviventi aveva un impiego.

Ai tempi della somministrazione (giugno-settembre 2021) era in corso la campagna relativa alla seconda dose del vaccino anti COVID-19 e sul totale dei partecipanti ($N = 127$) più della metà (53.5%) aveva ricevuto la seconda dose. Negli stessi giorni, il Governo Italiano approvava la somministrazione eterologa dei vaccini anti COVID-19 (con decreto *Determina* n. DG/699/2021, di cui al link [Decreto "Determina" Gazzetta Ufficiale](#)). Per cui, nella rilevazione, è stata inserita una domanda circa la possibilità di effettuare il “mix vaccinale”, possibilità alla quale il 51.7% dei rispondenti risultava contrario.

In relazione allo stato di salute, il 58.4% dei rispondenti presentava una o più patologie.

Hanno scelto di dichiararle, in una domanda a risposta aperta, 48 rispondenti su 127 così ripartiti: il 9.4% aveva patologie muscolari; il 7% metaboliche; il 7% sanguigno/arteriose; il 5.5% endocrinologiche; il 4.7% oncologiche e il 2.4% cardiache. Infine, ai partecipanti è stato chiesto se vi fossero persone che necessitavano di cura e/o assistenza (ad esempio, anziani, persone in condizione di disabilità, malati cronici) delle quali avevano la responsabilità e se, eventualmente, fossero loro conviventi: il 31.5% assisteva altri significativi non conviventi, mentre il 16.5% aveva in carico altri significativi in regime di co-abitazione. Di questi, inoltre, il 19.2% aveva anche una patologia propria da gestire.

Materiali e procedura

Un questionario *self-report*, somministrato alla fine della terza ondata di Coronavirus in Italia (giugno-settembre, 2021), è stato implementato sulla piattaforma online Moduli di *Google*. La compilazione richiedeva una durata media di 15 minuti ed è stato usato un campionamento di convenienza. La partecipazione è avvenuta su base volontaria e anonima.

Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i partecipanti attraverso una sezione specifica del questionario. Per l'adesione alla ricerca non sono stati elargiti incentivi economici ai partecipanti che potevano abbandonare la compilazione in qualsiasi momento. Tutte le procedure seguite sono state conformi agli standard etici della APA (2010) e della Dichiarazione di Helsinki (1975; 2000).

Il questionario comprendeva una sezione sociodemografica per rilevare alcune informazioni tra cui età, sesso, livello di istruzione, stato civile e condizione occupazionale. A seguire, domande relative ai vaccini anti COVID-19 e alla propria situazione di salute ed eventuale ruolo di assistenza verso altri.

Le scale di misura somministrate erano le seguenti:

La *Patient's Communication Perceived Self-efficacy Scale* (PCSS, Capone e Petrillo, 2014), uno strumento volto a rilevare le percezioni di autoefficacia comunicativa durante il colloquio con il proprio medico. La scala è composta da 16 item valutati su scala Likert a 5 punti: da 1 (*per niente capace*) a 5 (*del tutto capace*). Un esempio di item è "Quanto si è sentito capace di chiedere al medico di usare un linguaggio chiaro e comprensibile per rispiegarle una terapia complicata". Ad alti punteggi della scala corrispondono alti livelli di autoefficacia comunicativa. La scala consta di tre dimensioni: *Fornire e raccogliere informazioni*, che rileva la capacità del paziente di dare informazioni al medico circa i sintomi e il suo vissuto, ma anche di comprendere quanto il medico gli comunica; *Esprimere preoccupazioni e dubbi*, che si riferisce alla capacità del paziente di esprimere le proprie perplessità sulla terapia, sulla malattia e in relazione al suo stato d'animo; *Verificare le informazioni*, che rileva la capacità del paziente di utilizzare delle strategie comunicative finalizzate alla comprensione di quanto riferito dal medico (Capone, 2015, p. 135). Lo strumento ha presentato un buon indice di affidabilità sia come indicatore unico ($\alpha = 0.93$) che nelle singole sub-dimensioni (*Fornire e raccogliere informazioni*, $\alpha = 0.87$; *Esprimere preoccupazioni e dubbi*, $\alpha = 0.88$; *Verificare le informazioni*, $\alpha = 0.83$).

L'*Italian Mental Health Continuum Short Form* (MHC-SF, Petrillo et al., 2015), uno strumento che rileva il benessere mentale nell'ottica del *Two Continua Model* (Keyes, 2005). La scala consta di 14 item valutati su scala Likert in 6 punti: da 1 (*Mai*) a 6 (*Ogni Giorno*). Un esempio di item "Nell'ultimo mese quanto spesso hai sentito che la tua vita ha un senso". Ad alti punteggi della scala corrispondono alti livelli di benessere mentale. La scala consta di tre dimensioni: *benessere emozionale* (EWB), che rileva le sensazioni positive e la soddisfazione per la vita; *benessere sociale* (SWB), riferito al contributo sociale che ciascuno può dare all'integrazione esperita; *benessere psicologico* (PWB), riferito ad aspetti quali la crescita personale, le relazioni positive con gli altri e l'accettazione di sé (Petrillo et al., 2015). Lo strumento ha presentato un buon indice di affidabilità sia come indicatore unico ($\alpha = 0.90$) che nelle singole sub-dimensioni (EWB, $\alpha = 0.79$; SWB, $\alpha = 0.82$; PWB, $\alpha = 0.86$).

Analisi dei dati

La coerenza interna delle scale è stata verificata attraverso il calcolo dell'*Alpha di Cronbach*. In accordo con Vaske e colleghi (2017), valori alfa compresi tra .65 e .80 sono considerati “adeguati” per le scale adottate nella ricerca volta alle dimensioni umane. Per i punteggi delle scale presenti nel questionario, è stata considerata la media dei punteggi degli item per tutti gli strumenti. La correlazione r di Pearson è stata eseguita per valutare l'associazione tra variabili. Le analisi statistiche sono state condotte con l'ausilio del software IBM SPSS 27.0.

Risultati

Di seguito saranno presentate le caratteristiche psicologiche dei partecipanti allo studio e le correlazioni tra le variabili. Come risulta dalla tabella 1, i partecipanti allo studio presentano buoni livelli di autoefficacia comunicativa in generale e in tutte le sub-dimensioni considerate. Ciò significa che sentono di avere le capacità di partecipare alla consultazione con il medico per poter raggiungere efficacemente gli obiettivi di salute prefissati. Infatti, si sono mostrati in grado di narrare al medico il proprio vissuto e fornirgli utili informazioni circa i sintomi esperiti oltreché di poter comprendere in maniera efficace quanto il medico comunica loro. Da sottolineare la capacità di esprimere i propri dubbi circa le prescrizioni terapeutiche e al contempo gestire le proprie emozioni. Ad esempio legate a uno stato d'ansia o uno stato negativo dovuto ad una discussione in famiglia, al fine di impiegare al meglio il tempo del colloquio per concentrarsi sui chiarimenti necessari relativi al proprio stato di salute. Significativamente alti i livelli di autoefficacia legati alle strategie di comprensione, ad esempio rielaborare e riproporre al medico con parole proprie quanto egli ha riferito al paziente circa la propria condizione di salute. I pazienti, inoltre, riportano buoni livelli di benessere mentale e mostrano alti livelli di benessere psicologico, è dunque probabile che sperimentino relazioni positive con gli altri e abbiano un buon livello di accettazione di sé, così come i livelli di benessere emozionale, espressione di sensazioni positive nei confronti della vita.

Tabella 1. *Statistiche descrittive (N= 127)*

	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Range scala</i>	<i>Alpha di Cronbach</i>
Autoefficacia comunicativa pazienti	3.23	0.74	1-5	.93
Benessere mentale	3.84	0.94	1-6	.90
Fornire e raccogliere informazioni	3.29	0.74	1-5	.87
Esprimere preoccupazioni e dubbi	2.87	0.99	1-5	.88
Verificare le informazioni	3.46	0.77	1-5	.83
Benessere emozionale	4.14	1.09	1-6	.79
Benessere sociale	2.92	1.18	1-6	.82
Benessere psicologico	4.46	1.03	1-6	.86

Relativamente alle correlazioni, in linea con la nostra ipotesi, le variabili presentano associazioni positive e significative, soprattutto per quel che riguarda l'autoefficacia comunicativa dei pazienti e il benessere mentale, con particolare riferimento alla capacità di fornire e raccogliere informazioni presso il medico che si associa a più alti livelli di benessere emozionale e psicologico, così come esprimere i propri dubbi e preoccupazioni e la capacità di verificare le informazioni nel contesto di un colloquio con il medico (*cf.* Tabella 2).

Tabella 2. Correlazioni tra le variabili considerate (N=127)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Autoefficacia comunicativa pazienti	1							
2. Benessere	.435**	1						
3. PCSS Fornire e raccogliere Info	.953**	.431**	1					
4. PCSS Preoccupazioni e dubbi	.871**	.401**	.720**	1				
5. PCSS Verificare le informazioni	.897**	.330**	.819**	.683**	1			
6. Benessere emozionale	.466**	.809**	.472**	.406**	.365**	1		
7. Benessere Sociale	.261**	.844**	.258**	.253**	.184*	.503**	1	
8. Benessere psicologico	.436**	.907**	.427**	.404**	.338**	.723**	.586**	1

* $p < .05$; ** $p < .0001$

Discussione

L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare le percezioni di autoefficacia comunicativa dei pazienti e le relazioni con il benessere mentale, in epoca pandemica. I pazienti hanno mostrato alti livelli di autoefficacia comunicativa e ciò, se rapportato in *primis* al livello di istruzione del campione (il 70% in possesso di titolo di Laurea), è in linea con la letteratura (Capone e Petrillo, 2014) che ha sottolineato come i pazienti con un livello medio-alto di istruzione si percepiscano più capaci di comunicare con i medici. In linea con la letteratura (Al-Zyoud et al., 2021) è ragionevole ritenere che tali pazienti, capaci di partecipare in prima linea mediante domande, narrazioni, espressione di perplessità, gestione delle proprie emozioni e capacità di auto valutare se i contenuti del medico risultano chiari, siano sulla "buona strada" per costruire e/o proseguire una relazione di successo con il medico.

È emersa la forte relazione tra autoefficacia comunicativa e benessere (Capone, 2016) a conferma del ruolo protettivo delle percezioni di autoefficacia. Infatti, nonostante la pandemia in corso e alcune caratteristiche del campione, alcuni avevano patologie pregresse e congiuntamente altri significativi da assistere con tutto il carico che ciò comporta (pensiamo alla tutela dei “fragili” in regime di coabitazione e a come ciò vada coniugato con gli impegni della vita quotidiana in relazione al rischio di contagio), alti livelli di autoefficacia sono risultati essere correlati positivamente e significativamente con il benessere mentale.

Relativamente alla dimensione del benessere sociale è probabile che le restrizioni imposte dalla pandemia, inibendo la possibilità di vivere esperienze sociali, abbiano contribuito a determinare una media più bassa di tale dato il che ci porta a riflettere su un'altra questione: nella prima fase della somministrazione (giugno 2021) l'Italia era in uscita dalla terza ondata di contagi e il tasso di positività nazionale era stabile alle 0.6%.

Il 21 giugno 2021 si registrava il tasso di contagio giornaliero (+ 484) più basso rispetto al 18 giugno dell'anno precedente ([COVID Content Portal](#)). Nel corso dell'estate, l'andamento è rimasto stabilmente in calo e così fino alla fine della nostra indagine. Inoltre, con riferimento al contesto campano, la regione entrava in “zona bianca” il 21 giugno 2021. Stando ai numeri, ci si sarebbe potuti aspettare più alti livelli di benessere sociale. È probabile però che la percezione delle persone non sia andata di pari passo con i numeri. Infatti, occuparsi del benessere di questo particolare target (i pazienti ambulatoriali) implica la necessità di evidenziare quali possano essere le domande provenienti dal contesto e allo stesso tempo individuare le possibili risorse individuali e sociali (Jiang, 2017) per fronteggiare situazioni di difficoltà. Pertanto, studi futuri potrebbero concentrarsi su tali aspetti.

Questo studio va a rafforzare le evidenze empiriche esistenti sulle relazioni tra autoefficacia comunicativa dei pazienti e benessere in una prospettiva positiva e, a nostra conoscenza, è il primo di questo tipo condotto in contesto pandemico.

Nonostante abbia contribuito a rafforzare la letteratura, questo lavoro non è esente da limiti.

Innanzitutto, per quel che riguarda le caratteristiche dei partecipanti: essi provengono per lo più dalla regione Campania e ciò non consente di tener conto delle differenze e dei vincoli contestuali e, di conseguenza, non permette la generalizzabilità dei risultati in altri contesti.

Inoltre, la ricerca si è avvalsa esclusivamente di strumenti di misura *self-report*, con un rischio di *common bias method* molto alto.

In futuro andrebbero affiancate modalità di rilevazione oggettive, quali ad esempio indicatori di performance poiché, nella prospettiva della teoria sociale cognitiva (Bandura, 1997), è emerso come percezioni di autoefficacia riferite a specifici ambiti di funzionamento siano tra i principali predittori di performance efficaci (Capone e Petrillo, 2012; 2015).

Infine, il campione era sbilanciato per genere e non si è tenuto conto dell'*health literacy* dei pazienti che in letteratura (Capone e Petrillo, 2013; Capone 2015) è risultata essere associata a più alti livelli di autoefficacia comunicativa.

Conclusioni

Il presente studio, in linea con precedenti lavori relativi al periodo pre-pandemico (Capone e Petrillo, 2014; Capone, 2015; 2016), sostiene l'importanza delle percezioni di autoefficacia anche durante l'emergenza da COVID-19.

Infatti, comprendere quanto riferito dal medico, esprimendo anche dubbi e perplessità e fornendogli utili informazioni per una diagnosi accurata, risulta cruciale per il benessere mentale del paziente stesso poiché in grado di proteggere da esiti di malessere che possono essere legati alla difficile gestione della propria malattia durante la pandemia.

Il dato relativo a più bassi livelli di benessere sociale potrebbe rivelare il ruolo delle limitazioni imposte dalla pandemia: sia nella direzione di sperimentarsi in comportamenti gratificanti quali dare il proprio contributo sociale ad attività di interesse o nei contesti di prossimità (il proprio quartiere e/o un gruppo di altri significativi), sia nella direzione più ampia della propria percezione della società come contesto che migliora e che funziona in maniera comprensibile. È probabile che la pandemia da COVID-19 abbia inibito tali esperienze e percezioni.

In particolare, i risultati di questo studio, nonostante abbiano considerato il solo target dei pazienti, possono fornire un utile contributo per i passi ancora da compiere nel promuovere le percezioni di autoefficacia poiché, come è emerso, esse sono centrali per il benessere dei pazienti. Il medico è la figura che maggiormente concorre agli aspetti di promozione della salute e del benessere dei propri pazienti.

Dunque è necessario, per chi si occupa di formazione in ambito sanitario, migliorare lo sviluppo delle competenze trasversali dei medici tenendo conto dell'autoefficacia comunicativa dei pazienti. Ciò risulta essenziale per progettare programmi formativi sanitari rivolti alla valutazione espressa dai pazienti, cosicché la risposta ai bisogni dell'utenza sia efficace e mirata. Tale necessità è in linea con la letteratura (Mata et al., 2021) che ha sottolineato l'importanza delle percezioni dei pazienti, in particolare quando il ruolo delle variabili psicosociali influenza la salute e i livelli di benessere degli stessi.

I futuri medici, specie se impiegati in organizzazioni sanitarie pubbliche, si troveranno a confrontarsi con un'utenza variegata: non tutti i pazienti avranno le stesse capacità di esprimersi, il medesimo livello di istruzione, lo stesso grado di coinvolgimento nella gestione della propria salute né di alfabetizzazione sanitaria. Dunque, nell'ottica della promozione del benessere, le percezioni di autoefficacia dei pazienti potrebbero essere migliorate proprio partendo dal potenziamento delle *skill* comunicative e relazionali dei medici. In linea con la prospettiva socio-cognitiva (Bandura, 1997), ad esempio, potenziare la capacità del medico di fornire *feedback* al paziente potrebbe, a sua volta, potenziare nel paziente la percezione di essere capace di raggiungere un obiettivo di salute.

Pertanto, sarebbe interessante pensare a dei programmi di formazione specificamente rivolti alle *skill* comunicative dei medici quale veicolo privilegiato per la costruzione di una relazione solida con i futuri pazienti (Nørgaard et al., 2012) focalizzandosi su come il medico, in quanto figura significativa, può a sua

volta contribuire a migliori livelli di autoefficacia comunicativa nel paziente con ricadute positive sul benessere dello stesso oltre a percepire maggiori livelli di soddisfazione per il suo operato professionale.

Bassi livelli di autoefficacia comunicativa nei pazienti comportano esiti peggiori per il percorso di cura e, essendo i pazienti portatori di esigenze specifiche e differenti tra loro, i medici in formazione dovrebbero essere messi in condizione di acquisire e sviluppare comportamenti e strategie adeguati a diventare professionisti capaci di strutturare un approccio individualizzato e centrato sul paziente, al fine di raggiungere migliori risultati nel percorso di cura con ricadute positive per l'organizzazione sanitaria (Nørgaard et al., 2012).

Ciò è in linea con la recente letteratura (Hesse e Rauscher, 2019) che ritiene la comunicazione medico-paziente uno dei principali obiettivi formativi per la carriera dei medici. Implementare un costante miglioramento dell'assistenza centrata sul paziente dovrebbe essere una priorità delle politiche sanitarie, data l'ampia letteratura che ha evidenziato il beneficio che essa comporta sulle performance dei medici e sul benessere dei pazienti (Epstein et al., 2010; Hesse e Rauscher, 2019).

Alcuni studi (Al-Zyoud et al., 2021; Marino et al., 2021) hanno suggerito differenti strategie per implementare livelli di comunicazione adeguati tra medici e pazienti, tra cui la valutazione del grado di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti e i suoi bisogni dal punto di vista comunicativo: fornire informazioni in piccoli step, con un linguaggio semplice, aiuterebbe ad aumentare la fiducia del paziente nei confronti del medico (Zill et al., 2014). Inoltre, i professionisti sanitari dovrebbero sapere tener conto del *background* socio-culturale dei pazienti. Dunque, in una prospettiva organizzativa, azioni innovative finalizzate a migliorare il processo comunicativo dovrebbero essere considerate nei contesti sanitari ed accademici così da sviluppare una cultura orientata alla condivisione e al coinvolgimento del paziente (Barello et al., 2021): strumento privilegiato di tale processo è la comunicazione poiché propedeutica allo sviluppo di relazioni terapeutiche solide e al servizio del processo organizzativo (Truxillo et al., 2016).

Bibliografia

- Abdelhadi A. (2021). Patients' satisfactions on the waiting period at the emergency units. Comparison study before and during COVID-19 pandemic. *Journal of public health research*, 10, 1956. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1956>
- Al-Zyoud, W., Oweis, T., Al-Thawabih, H., Al-Saqqar, F., Al-Kazwini, A., Al-Hammouri, F. (2021). The psychological effects of physicians' communication skills on covid-19 patients. *Patient preference and adherence*, 15, 677. DOI:10.2147/PPA.S303869
- Asan, O., Yu Z., Crotty, BH. (2021). How clinician-patient communication affects trust in health information sources: Temporal trends from a national cross-sectional survey. *PLoS ONE* 16, e0247583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247583>
- Avallone, F., e Papolomas, A. (2005). *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi [Organizational health. Psychology of well-being in the workplace]*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company: New York (trad. it.: *Autoefficacia: Teoria e Applicazioni*. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson S.p.A, 2000). ISBN: 978-88-7946-352-2.
- Bandura, A. (2000) *Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness*. In *Handbook of principles of organization behavior*. Locke E.A. Blackwell: Oxford, United Kingdom, 2000; pp. 120-136.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52: 1-26. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.1.
- Barello S., and Graffigna G. (2020). Caring for health professionals in the COVID-19 pandemic emergency: towards an

- “epidemic of empathy” in healthcare. *Frontiers in Psychology*, 11, 1431. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01431
- Barello S., Palamenghi L., and Graffigna G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113129
- Barello, S., Caruso, R., Palamenghi, L., Nania, T., Dellafiore, F., Bonetti, L., Silenzi, A., Marotta, C., Graffigna, G. (2021). Factors associated with emotional exhaustion in healthcare professionals involved in the COVID-19 pandemic: an application of the job demands-resources model. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94, 1751–1761. DOI: 10.1007/s00420-021-01669-z
- Bauer, A. M., Parker, M. M., Schillinger, D., Katon, W., Adler, N., Adams, A. S., Howard, H.M., and Karter, A. J. (2014). Associations between antidepressant adherence and shared decision-making, patient-provider trust, and communication among adults with diabetes: Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*, 29, 1139–1147. DOI:10.1007/s11606-014-2845-6
- Bientzle, M., Fissler, T., Cress, U., and Kimmerle, J. (2017). The impact of physicians' communication styles on evaluation of physicians and information processing: A randomized study with simulated video consultations on contraception with an intrauterine device. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20, 845–851. DOI:10.1111/hex.12521
- Cameron, K.A., Ross, L.E., Clayman, L.M., Bergeran, A.R., Federman, A.D., Cooper Baley, S., Davis, T.C., and Wolf, M.S. (2010) Measuring patients' self-efficacy in understanding and using prescription medication. *Patient Education and Counseling*, 80, 372–376. DOI: 10.1016/j.pec.2010.06.029
- Capone, V. (2009). *La percezione di autoefficacia nella comunicazione con il paziente: uno studio esplorativo tra i medici ospedalieri campani* [Doctor's self-efficacy perception in communication with patient: a survey among Campanian hospital doctors] *Psicologia della Salute*, 2, 81-97. DOI: 10.3280/PDS2009-002006
- Capone, V. (2014). Le aspettative di risultato nella comunicazione medica: un nuovo strumento di misura [The medical expected outcomes of communication: A new scale]. *Giornale italiano di psicologia*, 4, 833-864, DOI: 10.1421/79060
- Capone, V. (2015). Autoefficacia comunicativa dei pazienti e stili comunicativi del medico di base : relazioni con l'aderenza alla terapia e il benessere psicosociale dei pazienti [Patient communication self-efficacy and physician's communication styles: relationships with patient's adherence and psychosocial well-being]. *Psicologia della Salute*, 1, 131-148. DOI: 10.3280/PDS2015-001011
- Capone, V. (2016). Patient communication self-efficacy, self-reported illness symptoms, physician communication style and mental health and illness in hospital outpatients. *Journal of Health Psychology*, 21, 1271-1282. DOI:10.1177/1359105314551622
- Capone, V. e Petrillo, G. (2016). *Benessere organizzativo e benessere psicosociale di medici e infermieri ospedalieri* [Organizational wellbeing and psychosocial wellbeing of doctors and nurses]. Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia per le Organizzazioni. Pavia, 16-17 Settembre, 2016
- Capone, V., and Petrillo, G. (2013). Health promotion in international documents: Strengths and weaknesses from the perspective of community empowerment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23, 98-114. DOI: 10.1002/casp.2103
- Capone, V., and Petrillo, G. (2014). Patient's Communication Perceived Self-efficacy Scale (PCSS): Construction and validation of a new measure in a socio-cognitive perspective. *Patient Education and Counseling*, 95, 340-347. DOI: 10.1016/j.pec.2014.03.006
- Capone, V., and Petrillo, G. (2015), Organizational efficacy, job satisfaction and well-being: The Italian adaptation and validation of Bohn organizational efficacy scale. *Journal of Management Development*, 34, 374-394. DOI: 10.1108/JMD-01-2014-0008
- Capone, V., and Petrillo, G. (2020). Mental health in teachers: Relationships with job satisfaction, efficacy beliefs, burnout and depression. *Current Psychology*, 39, 1757-176.
- Capone, V., e Petrillo, G. (2012). Costruzione e validazione della Health Profession Communication Collective Efficacy Scale [Construction and validation of Health Profession Communication Collective Efficacy Scale]. *Giornale italiano di psicologia*, 4, 903-930. DOI: 10.1421/73148
- Capone, V., Joshanloo, M., and Park, M. S. A. (2019). Burnout, depression, efficacy beliefs, and work-related variables among school teachers. *International Journal of Educational Research*, 95, 97-108. DOI: 10.1016/j.ijer.2019.02.001
- Capone, V., Marino, L., and Donizzetti, AR. (2020). The English Version of the Health Profession Communication Collective Efficacy Scale (HPCCE Scale) by Capone and Petrillo, 2012. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and*

- Education*, 10, 1065-1079. DOI: 10.3390/ejihpe10040075
- Capone, V., Borrelli, R., Marino, L., and Schettino, G. (2022). Mental Well-Being and Job Satisfaction of Hospital Physicians During COVID-19: Relationships with Efficacy Beliefs, Organizational Support, and Organizational Non-Technical Skills. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Under review
- De Caroli, M. E., and Sagone, E. (2014). Generalized self-efficacy and well-being in adolescents with high vs. low scholastic self-efficacy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 141, 867-874. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.05.152
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., and Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29, 1489–1495. DOI:10.1377/hlthaff.2009.0888
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., and Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *The Annals of Family Medicine*, 3, 415–421. DOI:10.1370/afm.348
- Finney Rutten, L. J., Augustson, E., and Wanke, K. (2006). Factors associated with patients' perceptions of health care providers' communication behavior. *Journal of Health Communication*, 11, 135–146. DOI:10.1080/10810730600639596
- Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A., Unwin, H.J.T., Mellan, T.A., Coupland, H., Whittaker, C., Zhu, H., Berah, T., Eaton, J.W., Monod, M., Ghani, A.C., Donnelly, C.A., Riley, S., Vollmer, M.A.C., Ferguson, N.M., Okell, L.C., and Bhatt S. (2020). Estimating the effects of non-pharmaceutical intervention on COVID-19 in Europe. *Nature*, 584, 257-261. DOI: 10.1038/s41586-020-2405-7
- Gopichandran, V., Sakthivel, K. (2021). Doctor-patient communication and trust in doctors during COVID 19 times—A cross sectional study in Chennai, India. *PloS one*, 16, e0253497. DOI: 10.1371/journal.pone.0253497
- Graffigna, G., e Barello, S. *Engagement: un nuovo modello di partecipazione in sanità [Engagement: a new model of participation in healthcare]*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma, Italia, 2018.
- Gremigni, P., Sommaruga, M., and Peltenburg, M. (2008). Validation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ) to measure outpatients' experience of communication with hospital staff. *Patient Education and Counseling*, 71, 57–64.
- Grzywacz, J.G., and Marks, N.F. (2000). Reconceptualizing the Work-Family Interface: An Ecological Perspective on the Correlates of Positive and Negative Spillover between Work and Family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 111. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.111>
- Hesse, C., and Rauscher, E.A. (2019). The Relationships Between Doctor-Patient Affectionate Communication and Patient Perceptions and Outcomes. *Health Communication*, 34, 881-891, DOI: 10.1080/10410236.2018.1439269
- Hong, H., and Oh, H.J. (2020). The Effects of Patient-Centered Communication: Exploring the Mediating Role of Trust in Healthcare Providers. *Health Communication*, 35, 502-511, DOI: 10.1080/10410236.2019.157042
- Jiang, S. (2017). Pathway Linking Patient-Centered Communication to Emotional Well-Being: Taking into Account Patient Satisfaction and Emotion Management, *Journal of Health Communication*, 22, 234-242, DOI: 10.1080/10810730.2016.1276986
- Kaplan, R.S., and Porter, M.E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89, 46-52.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Kim, J.Y., Farmer, P., and Porter ME. (2013). Redefining global health-care delivery. *Lancet*, 382,1060-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61047-8
- Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., and Hu S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Li Z., Ge J., Yang M., Feng J., Qiao M., Jiang R., Bi J., Zhan G., Xu X., Wang L., Zhou Q., Zhou C., Pan Y., Liu S., Zhang H., Yang J., Zhu B., Hu Y., Hashimoto K., Jia Y., Wang H., Wang R., Liu C., and Yang C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 916-919. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.007
- Liu, J., Zhao, H., Capone, V., Li, Z., Wang, J., & Luo, W. (2021). Validation of the Chinese Version of the Patient's Communication Perceived Self-Efficacy Scale (PCSS) in Outpatients After Total Hip Replacement. *Patient preference and adherence*, 15, 625–633. <https://doi.org/10.2147/PPA.S301670>
- Marino, L., Curcio, C., Capone, V., Mosca, M., Marinaro, I. (2021). Emergenza da COVID-19 e benessere psico-sociale degli operatori sanitari: una revisione sistematica della letteratura [COVID-19 Emergency and Psychosocial Well-Being of Healthcare

- Professionals: A Systematic Literature Review*]. *Psicologia della Salute*, 2, 76-99. DOI:10.3280/PDS2021-002006
- Mata, ÁNS., de Azevedo, KPM., Braga, LP., de Medeiros, GCBS., de Oliveira Segundo, VH., Bezerra, INM., Pimenta, IDSF., Nicolás, IM., and Piuvezam G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human Resources for Health*, 19. DOI:10.1186/s12960-021-00574-3.
- Matteucci, M. C., and Soncini, A. (2021). Self-efficacy and psychological well-being in a sample of Italian university students with and without Specific Learning Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 110, 103858. DOI: 10.1016/j.ridd.2021.103858
- Mead, N., and Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 48, 51–61.
- Messerotti, A., Banchelli, F., Ferrari, S., Barbieri, E., Bettelli, F., Bandieri, E., Giusti, D., Catellani, H., Borelli, E., Colaci, E., Pioli, V., Morselli, M., Forghieri, F., Galeazzi, G. M., Marasca, R., D'Amico, R., Martin, P., Efficace, F., and Potenza, L. (2020). Investigating the association between physicians self-efficacy regarding communication skills and risk of “burnout”. *Health Quality of Life Outcomes*, 18, 1-12. DOI: 10.1186/s12955-020-01504-y
- Moja, V., Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente [Patient centered medical encounter]*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Moore, P.J., Sichel, A.E., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., and Adler, N. (2004). Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: The role of the doctor-patient relationship. *Journal of Health Psychology*, 9, 421–433. DOI: 10.1177/1359105304042351
- Nørgaard, B., Ammentorp, J., Kyvik, K. O., Kofoed, P.-E. (2012). Communication Skills Training Increases Self-Efficacy of Health Care Professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32, 90-97. DOI: 10.1002/chp.2113
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., Keyes, CLM. (2015) The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a Measure of Well-Being in the Italian Context. *Social Indicators Research*, 121, 291–312. DOI: 10.1007/s11205-014-0629-3
- Petrillo, G., Caso, D., e Capone, V. (2014). Un'applicazione del Mental Health Continuum di Keyes al contesto italiano: benessere e malessere in giovani, adulti e anziani [*The Mental young, adults, and older people*]. *Psicologia della Salute*, 2, 159-181. DOI: 10.3280/PDS2014-002010
- Porter, ME. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363, 2477- 2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024
- Roumie, C. L., Greevy, R., Wallston, K. A., Elasy, T. A., Kaltenbach, L., & Kotter, K. (2011). Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 244–253. DOI:10.1007/s10865-010-9304-6
- Ruben, B. D. (2016). Communication theory and health communication practice: The more things change, the more they stay the same. *Health Communication*, 31, 1–11. DOI:10.1080/10410236.2014.923086
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, 322, 444–445. DOI: 10.1136/bmj.322.7284.444
- Sun, C., Zou, J., Zhao, L., Wang, Q., Zhang, S., Ulain, Q., Song, Q., and Li, Q. (2020). New doctor-patient communication learning software to help interns succeed in communication skills. *BMC Medical Education*, 20. DOI:10.1186/s12909-019-1917-z
- Talevi D., Succi V., Carai M., Carnaghi G., Faleri S., Trebbi E., Di Bernardo A., Capelli F., and Pacitti F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55, 137-144. DOI: 10.1708/3382.33569
- Truxillo D.M., Bauer T.N., and Erdogan B. (2016). *Psychology and Work*. New York: Routledge.
- Vaske, J.J., Beaman, J., and Sponarski, C.C. (2017). Rethinking internal consistency in Cronbach's alpha. *Leisure Sciences*, 39, 163-173. DOI: 10.1080/01490400.2015.1127189
- Wanzer, M. B., and Booth-Butterfield, M., and Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16, 363–384. doi:10.1207/S15327027HC1603_6
- Westerhof, G., Keyes, C.L.M. (2010) Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. DOI: 10.1007/s10804-009-9082-y
- World Health Organization; *Mental Health promotion: case studies from countries*, Shekhar, S., Preston, J. G. (Eds), Geneva, Switzerland, 2004. Retrieved from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43028>
- Zill, JM., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I. (2014). Measurement of physician-patient communication-a systematic review. *PLoS One*, 9. DOI:10.1371/journal.pone.0112637