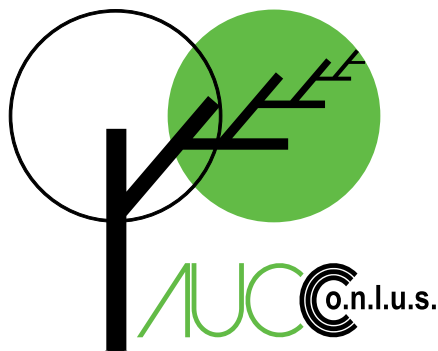


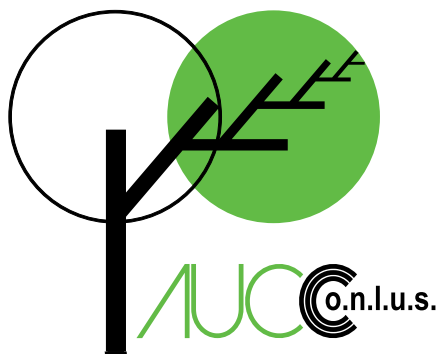
ANNO 1 NUMERO 1 Dicembre 2018

Iscrizione Tribunale in attesa di registrazione



# **BOLLETTINO** **DI PSICONCOLOGIA**





# **BOLLETTINO** **DI PSICONCOLOGIA**

## REDAZIONE

Direttore responsabile: Anna Mossuto

Direttore scientifico: Paolo Catanzaro (Psichiatra psicoanalista)

Comitato scientifico:

Cynthia Aristei (Radioterapista oncologo)

Davide Albrigo (Psichiatra psicoterapeuta)

Lucio Cagini (Chirurgo)

Leda Carciofi (Psicologo gruppoanalista)

Riccardo Catanzaro (Psicologo)

Roberta Cherubini (Oncologo)

Enrichetta Corgna (Oncologo)

Nicoletta Mariucci (Psicologo psicoanalista)

Claudia Mazzeschi (Psicologo)

Giuliana Nataloni (Psichiatra psicoanalista)

Anna Rita Presciutti (Infermiere caposala)

Simonetta Regni (Psichiatra psicoterapeuta)

Fausto Roila (Oncologo)

Giuseppe Servillo (Patologo clinico).

Segreteria redazionale: Rita Martone ed Emanuela Chiappini

# Editoriale

di PAOLO CATANZARO

Dopo oltre 30 anni di intensa attività psiconcologica, fortemente voluta dal presidente Giuseppe Caforio, l'Associazione Umbra Contro il Cancro supporta una nuova iniziativa culturale oltre che scientifica: la creazione della rivista psiconcologica: "Bollettino di Psiconcologia". Il nome, appunto bollettino, condensa più significati: l'ufficialità delle informazioni, siano esse comunicati, articoli o testimonianze (fornite da un organo scientifico redazionale multidisciplinare e pertanto garante di quanto scritto); la semplicità e decifrabilità di quanto messo per iscritto (così come è nella tradizione dei vari bollettini informativi); l'aver un polso costante delle iniziative e dell'andamento della scienza psiconcologica.

La rivista, che si troverà nel sito dell'Associazione Umbra per la lotta Contro il Cancro, che avrà un'uscita quadrimestrale, è completamente gratuita e sarà composta da quattro sezioni:

La sezione ESPERIENZE, in cui gli operatori psiconcologici potranno riportare le attività cliniche e i progetti clinici e di supporto psicologico più interessanti; la sezione RICERCA, dove potranno essere pubblicate ricerche originali (non pubblicate in altre riviste) di psiconcologia; la sezione TESTIMONIANZE, in cui sarà data voce alle persone che hanno vissuto o stanno vivendo la vicenda oncologica (familiari compresi) per raccontare i loro vissuti o la loro storia; la sezione RECENSIONE, in cui verrà commentato un articolo o una pubblicazione psiconcologica che presenti spunti interessanti per il supporto psicologico dei malati di cancro.

Mi auguro che questa iniziativa editoriale rappresenti un'ulteriore occasione di integrazione tra scienze fisiche e scienze umane e tra curanti e curati, nonché di scambio e arricchimento reciproco tra gli operatori: psicologi, medici siano essi specialisti oncologi o radioterapisti o medici di famiglia o psichiatri, infermieri e volontari.

# I SOGNI NEI MALATI ONCOLOGICI

## Dreams in cancer patients

Pasqua R.\* , Bambagioni S.°, Bergantini E.°, Bordoni S.°, Buzzi G.°, Cagnoni M.°, Caronti M., Corbucci M.°, Fanelli J.°, Gori A.°, Luciani S.°, Mancini I.°, Materazzi J.°, Merli S.°, Mitola A.°, Natali S.°, Nicolini G.°, Paolacci C.°, Peverini A.°, Picchiarelli L.\* , Rondoni F.°, Sarnari J.°, Vicovanu E.°, Mariucci N.\*^, Catanzaro P.\*^

\*Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica Esistenziale "Gaetano Benedetti" di Perugia

^Servizio Convenzionato di Psiconcologia AOP/AUCC di Perugia

°Scienze e tecniche psicologiche dei processi mentali, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione (dip. Fissuf), Università degli studi di Perugia.

### Riassunto

**Introduzione.** I sogni oltre a rivelare i contenuti e le emozioni inconse, possono esprimere nei pazienti oncologici i loro vissuti di malattia, il modo di rappresentarsi le cure e il tipo di transfert nei confronti dello staff curante. Per Schneider (1976) infine i sogni possono raccontare anche le trasformazioni somatiche che stanno avvenendo nel corpo del paziente. Il progetto che descriveremo si propone di raccogliere i sogni dei pazienti oncologici ricoverati nel reparto di oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia al fine di individuare e classificare i vissuti inconsci relativi alla malattia oncologica e delle cure, in modo tale da poter meglio mirare l'intervento psicoterapeutico di sostegno.

**Metodologia.** Grazie alla convenzione tra il Servizio Convenzionato di Psiconcologia e il corso di laurea in psicologia delle Università di Perugia, Urbino, Firenze, l'Aquila, Padova e Roma per il tirocinio dei studenti in formazione psicologica e dopo un periodo di formazione specifica, questi vengono inviati quotidianamente nel reparto di degenza oncologico a raccogliere gli eventuali sogni che i pazienti possono aver fatto durante la notte.

**Resoconto dell'esperienza.** Riportiamo il sogno, fatto un mese prima della morte, con cui la paziente si prepara al fine vita.

**Conclusioni.** Nel primo trimestre marzo-giugno 2017 sono stati raccolti 13 sogni, relativi ad 8 pazienti, che ci hanno dato la possibilità di formulare le seguenti ipotesi classificative: sogni in base alla forma (fattuali vs creativi), sogni in base al numero (inediti vs ricorrenti), sogni in base al contenuto (relazionale, individuale, somatico, di morte, ecc.), sogni in base alla qualità emotiva (piacevole vs spiacevole). La raccolta di ulteriori sogni ci fornirà indicazioni più precise sulla presenza di vissuti emotivi comuni nei pazienti oncologici e se questi variano a seconda del tipo di patologia oncologica.

### Abstract

**Introduction.** Dreams in addition to revealing unconscious content and emotions, can express their disease experiences in cancer patients, how to represent the care and the type of transfer to the care staff. For Schneider (1976), dreams can also tell about the somatic changes that are taking place in the patient's body. The project that we will describe proposes to collect the dreams of oncologist patients hospitalized in

the Department of Oncology of the Hospital of Perugia in order to identify and classify the unconscious experiences of oncology and care, so that it can better 'Psychotherapeutic support intervention.

**Methodology.** Thanks to the convention between the Psycho-Consealed Service and Psychology of the Universities of Perugia, Urbino, Florence, Aquila, Padua and Rome for the internship of students in psychological training and after a specific training period they come Sent daily to the oncology hospital to collect any dreams that patients may have done during the night.

**Experience report.** We portray the dream, made a month before death, with which the patient is preparing for the end of life.

**Conclusions.** In the first quarter of March-June, 13 dreams were collected for 8 patients, giving us the ability to formulate the following classification hypotheses: dreams based on form (factual vs. creative), dreams based on number (unpublished vs. recurring ), Dreams based on content (relational, individual, somatic, death, etc.), dreams based on emotional quality (pleasant vs. unpleasant). The collection of additional dreams will provide us with more precise indications of the presence of common emotional experiences in cancer patients and whether they vary according to the type of oncology pathology.

## INTRODUZIONE

L'idea di raccogliere i sogni dei malati oncologici viene dall'osservazione che quei pazienti che hanno avuto l'opportunità di raccontare i loro sogni nell'ambito di setting psicoterapeutici individuali o di gruppo, esprimevano contenuti e affetti immediatamente collegabili al loro stato di salute. Le preoccupazioni, le angosce, la tristezza, l'impotenza, il senso di solitudine, pur camuffate dal lavoro del sogno (Freud, 1899), emergono e possono rappresentare un'occasione di condivisione attraverso la trama onirica. Ci è anche capitato di assistere a sogni che in qualche modo anticipassero il decorso della malattia, prima che i parametri medici e le verifiche strumentali ne segnalassero un aggravamento. Anche Jung (1913-1930) mette in evidenza non solo quanto i sogni rivelano, ma anche quanto essi dirigano la vita degli esseri umani quando afferma: "...Lo spirito del profondo mi insegnò a considerare persino il mio agire e le mie decisioni come dipendenti dai sogni" e ancora "...I sogni spianano la strada alla vita e ti determinano, anche se non ne comprendi il linguaggio". Pensiamo quindi che la risorsa creativa del sogno, possa già essere quel processo terziario (Arieti, 1970) endogeno, che al pari del processo artistico, può essere utilizzata per trovare la migliore

soluzione per le difficoltà esistenziale a cui ci si trova di fronte, anche quando questa è rappresentata da una malattia grave e talvolta non guaribile come il cancro.

Gli obiettivi del progetto sono:

1. individuare se e come compare la malattia o le cure nei sogni dei pazienti oncologici;
2. se c'è una corrispondenza tra il sogno e tipo di tumore;
3. individuare i bisogni emotivi e relazionali più urgenti del paziente per mirare il lavoro psicologico di supporto.

## METODOLOGIA

I destinatari del progetto, iniziato nel marzo 2017 (in collaborazione con i medici e infermieri) sono i pazienti oncologici ricoverati nel reparto di degenza della divisione di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Si prevede che la raccolta dei sogni possa durare per 2 anni (marzo 2017-febbraio 2019). Ogni paziente, al momento del ricovero, viene avvisato dagli infermieri che troverà sul comodino un foglio su cui scrivere, se vuole, i sogni che farà durante la sua permanenza in ospedale e che saranno raccolti quotidianamente dagli psicologi del reparto. Coloro che raccolgono quotidianamente i sogni sono psicologi in formazione, opportunamente formati, che frequentano il tirocinio obbligatorio presso il Servizio Convenzionato di Psiconcologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia/ Associazione Umbra Contro il Cancro. In fase di raccolta, ogni psicologo che recupera il sogno, può rileggerlo con il paziente chiedendo, se vuole, di fare un commento o aggiungere dei particolari e, senza interpretarlo, incoraggia il paziente a dire cosa ne pensa (in termini associativi o autointerpretativi). Dopo il contatto con il paziente, lo psicologo pone quanto annotato, dopo aver scritto il nome e cognome del paziente, la sua data di nascita, la diagnosi oncologica e, se presente, la diagnosi di comorbidità psichiatrica, su di un apposito archivio. I sogni sono successivamente raccolti, studiati e catalogati dallo psicologo responsabile del progetto. Tutti gli psicologi che compongono il team fanno parte di un gruppo whatsapp per gli indispensabili scambi comunicativi. Infine ogni lunedì mattina tutti i partecipanti al progetto hanno una supervisione, condotta da uno psicoanalista, per elaborare eventuali difficoltà o rifiuti incontrati e decidere a quali pazienti e in che forma fornire un supporto psicologico.

## RESOCONTO DELL'ESPERIENZA

Riportiamo il sogno di una paziente che chiameremo

S. con un carcinoma metastatico del polmone: "...ho sognato di trovarmi a casa mia ed avevo un dolore alle ossa fortissimo, non riuscivo più a muovermi. Ad un certo punto decido di chiamare il mio medico di base ma non mi risponde, decido con mio marito di andare in ospedale e chiamare il mio oncologo, arrivo in ospedale ed era piena notte ma le porte dell'ospedale Silvestrini non si aprono, l'ospedale è chiuso e neanche il mio oncologo risponde al telefono. Alzo lo sguardo al cielo e questo non era più buio ma iniziava in lontananza a sorgere il sole".

Ecco le associazioni fatte dalla paziente al sogno: "Penso che sto per morire, l'ospedale è chiuso perché non c'è più spazio per le cure... E scoppia a piangere".

Lo psicologo che ha poi preso in carico S. e che ha somministrato le tecniche di rilassamento e di immaginazione guidata del metodo di Dinamica Mentale Base (Bonazzola, 1983), con cui ha riproposto il sogno chiedendo a S. di dargli un seguito con la propria fantasia, ha cercato di far emergere nella paziente ciò che avrebbe potuto "riempirla" in questo spazio di vita che comunque le era rimasto. Tra le attività che S. ha deciso di portare avanti c'è stata anche quella di curarsi con l'immaginazione (Lattuada, 1986), nel tentativo di contenere la progressione di malattia, con il fine di tenere alta la speranza e con essa il tono dell'umore. La paziente riconoscente non solo ai medici di essere stati sinceri con lei, ma anche di aver potuto ricevere un supporto psicologico dopo la triste notizia, ha richiesto di tornare a casa per stare in intimità con i suoi familiari. Ha accettato di essere affidata all'équipe delle cure palliative e dopo circa un mese dal racconto del sogno è deceduta, senza dolori.

Pensiamo che il sogno della paziente in effetti non esprimesse solo il fatto di non poter ricevere più cure specifiche contro il cancro, ma sottolineava anche l'importanza del punto di riferimento rappresentato dal coniuge, che come colonna portante della famiglia, rimaneva l'unica "cura" per la sua persona, colui che la stava accompagnando in questo percorso misterioso del fine vita.

## Conclusioni

In base ai 13 sogni raccolti da pazienti affetti da differenti patologie oncologiche (carcinoma dello stomaco, carcinoma del polmone, carcinoma della mammella, carcinoma della tiroide, melanoma, tumore cerebrale)

abbiamo individuato alcune ipotesi di classificazione, che andranno confermate con il proseguo del lavoro. Non avendo trovato sistemi di classificazione dei sogni (per altro alquanto esigui) soddisfacenti ai nostri scopi, la classificazione proposta qui di seguito risente oltre che del retroterra culturale psicologico-psicoanalitico del gruppo, anche del materiale onirico raccolto:

Kaplan-Williams S. (1993), Il potere dei sogni. Xenia, Como.  
Lattuada P. (1986), Visualizzare per guarire. Med, Trento.  
Schneider D.E. (1977), Revolution in the body-mind (Forewarning cancer dreams and the bioplasm concept). Alexa Press, New York.

#### Classificazione formale

- A. Sogni fattuali o concreti o ordinari
- B. Sogni creativi o di fantasia o straordinari

#### Classificazione affettiva

- A. Sogni piacevoli (segnare l'eventuale emozione specifica \_\_\_\_\_)
- B. Sogni neutri
- C. Sogni spiacevoli
  - 1. sogni d'ansia o d'angoscia
  - 2. sogni d'altra emozione spiacevole (segnare l'eventuale emozione specifica \_\_\_\_\_)

#### Classificazione contenutistica

- A. Sogni tipici (Freud, 1899) o archetipici (Jung, 1950) - B. Sogni non tipici
  - 1a. sogni somatici specifici di malattia – 1b sogni somatici aspecifici di malattia
  - 1c. sogni da vissuto di malattia – 1d. sogni premonitori di malattia
  - 2a sogni terapie medico/chirurgiche –
  - 2b sogni transferali (infermiere, medico, psicologo)
  - 3a sogni relazionali con familiari viventi - 3b sogni relazionali con familiari deceduti
  - 4. sogni di morte

#### Classificazione rispetto alla ricorrenza

- A. Sogno inedito
- B. Sogno ripetuto
- C. Sogno ricorrente

#### **Bibliografia**

Arieti S., (1970), La creatività e il suo potenziamento. in Arieti S. (a cura di), Manuale di psichiatria, Boringhieri, Torino.  
Freud S. (1899), L'interpretazione dei sogni. Opere, vol. III, Boringhieri (1971), Torino.  
Jung C.G. (2009) Libro rosso. Raffaele Cortina, Milano, p. 233.  
Jung C.G. (1950), Empiria del processo di individuazione, in Jung C.G. (1970), Gli archetipi e l'inconscio collettivo, Opere, vol. IX, Boringhieri, Torino, p.298.

# L'ANSIA DI STATO NEI PAZIENTI CHE EFFETTUANO CHEMIOTERAPIA

de Bigontina M.S\*, Silvestri E°, Pasqua R.\*^, Nataloni G.\*^, Mariucci N.^, Catanzaro R.^, Catanzaro P.\*^

\*Scuola di Psicoterapia Psicoanalitico Esistenziale "G. Benedetti"

^ Servizio Convenzionato di Psiconcologia AUCC/AOP

° Data-manager Divisione Oncologia Medica - Azienda ospedaliera di Perugia

## Riassunto

La ricerca condotta presso il day hospital oncologico dell'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia ha avuto come obiettivo quello, nell'arco di 3 mesi, di valutare nei pazienti oncologici che stavano effettuando il trattamento chemioterapico il livello d'ansia di stato, valutato tramite lo State Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I Y-1), in relazione a sesso, età e tipo di tumore. Successivamente è stato effettuato un re-test per monitorare l'andamento dell'ansia nel corso del trattamento.

Sul campione di 149 pazienti (97 donne e 52 uomini), tra i 22 e gli 82 anni, i risultati hanno evidenziato un livello d'ansia medio nella norma pari al 39,05 (40,6 nelle donne e 36,17 negli uomini). È risultata piuttosto elevata però la percentuale dei pazienti con punteggi d'ansia sopra la norma: 40,27% (il 46,39% delle donne e il 28,85% degli uomini). Le classi di età dove si riscontra un punteggio d'ansia mediamente sopra la norma sono quelle relative alle donne che vanno dai 40 ai 69 anni. In relazione alla tipologia tumorale, si è evidenziato il 48,41 % d'ansia per le donne con carcinoma della mammella, il 47,75 % per i pazienti con carcinoma polmonare e il 46,65 % per i pazienti con carcinoma del colon-retto.

In fase di re-test, dove il campione numericamente significativo è stato quello delle donne con neoplasia mammaria, si assiste ad un incremento della percentuale delle pazienti con ansia patologica (dal 44,4% al 46,33%).

I risultati emersi mettono in luce la necessità di approfondire la ricerca per mettere eventualmente a punto protocolli di intervento diagnostico-terapeutici sui pazienti in trattamento chemioterapico, così da prevenire l'insorgenza della comorbidità psichiatrica di tipo ansioso che, come è noto, condiziona la compliance ai trattamenti antineoplastici e l'intensità di alcuni effetti collaterali.

## Parole chiave

Ansia nei pazienti oncologici - comorbidità psichiatrica nei pazienti oncologici - prevenzione secondaria

## Abstract

The research conducted at the day hospital of Oncology of the "Santa Maria of Misericordia hospital" from Perugia has had as objective, within 3 months, to assess in cancer patients that they were doing the chemotherapeutic treatment the level of anxiety of state, evaluated by the "State Trait Anxiety Inventory" (S.T.A.I. Y-1), in relation to the

sex, age and type of tumor.

It was subsequently carried out a re-test to monitor the trend of anxiety in the course of the treatment.

On the sample of 149 patients (97 women and 52 men) between 22 and 82 years, the results showed a level of anxiety medium in accordance equal to 39.05 (40,6 in women and 36,17 in men).

Was rather high but the percentage of patients with scores of anxiety over the norm: 40,27% (46,39% of women and 28,85 % men).

The age classes where there is a score of anxiety on average above the norm are those relating to women who go from 40 to 69 years.

In relation to the tumor type, has highlighted 48,41% of anxiety for women with breast cancer, the 47,75% for patients with lung cancer and 46,65% for patients with metastatic cancer of the colon-rectum).

In the phase of re-test, where the sample numerically significant was that of women with breast cancer, there is an increase in the percentage of patients with pathological anxiety (from 44,4 % to 46,33 %).

The results highlight the need for further research to put possibly point intervention protocols for diagnostic-therapeutic on patients in chemotherapy treatment, so as to prevent the onset of psychiatric comorbidity type anxious that As is known, affects the compliance to the treatments and the intensity of some side effects.

## Keyword

Anxiety in cancer patients - psychiatric comorbidity in cancer patients - Secondary prevention

## Introduzione

Le parole cancro, tumore, chemioterapia generano nella stragrande maggioranza delle persone e specialmente nei soggetti direttamente coinvolti un forte disagio psicologico dovuto ai rischi e alle minacce dell'integrità psicofisica che la malattia porta con sé. Secondo un approccio biopsicosociale le conseguenze della malattia oncologica non fanno capo solo al "soma", al tangibile, al visibile o all'immagine corporea che si modifica nel corso del trattamento, ma anche allo "psichico", suscitando emozioni che accompagnano questo percorso quali: paura, ansia, preoccupazione, senso di minaccia della vita, voglia di combattere, ecc. La dimensione intrapsichica, inoltre, si intreccia con quella interpersonale, legata agli affetti e al contesto sociale, tanto che il cancro si configura anche come "malattia familiare".

Per tali motivi la sofferenza psicologica del malato di cancro si presenta spesso sotto forma di reazioni ansiose, che possono strutturarsi in veri e propri disturbi d'ansia in vari momenti della malattia (comunicazione della

diagnosi, imminenza dell'intervento chirurgico, inizio dei trattamenti antineoplastici chemioterapici e radioterapici, attesa delle rivalutazioni diagnostiche, inefficacia delle cure, ripresa di malattia, avvicinamento alla fase terminale). Sarà importante pertanto differenziare una comprensibile e temporanea risposta ansiosa da un disturbo d'ansia che tende, se non trattato, ad appesantire ulteriormente il "soma" (accelerazione della frequenza cardiaca e respiratoria, aumento della tensione muscolare, dispepsia, sudorazione, ecc.) attraverso meccanismi somatopsicosomatici (Reiser, 1969). Negli ultimi anni un'attenzione sempre maggiore è stata quindi rivolta alla comorbidità psichiatrica del malato di cancro non solo per i riflessi somatopsicosomatici, ma anche per poter migliorare la compliance ai trattamenti antineoplastici, riducendo gli effetti collaterali di quest'ultimi, che risultano influenzati anche dello stato psichico del paziente, come accade nei comuni fenomeni della nausea e del vomito anticipatori.

Per quanto riguarda l'ansia non sono molti gli studi che indagano tale disturbo nella popolazione oncologica generale. Gran parte degli studi infatti si sono concentrati sulla reazione ansiosa o sui disturbi d'ansia in fasi particolari della malattia o in gruppi di pazienti omogenei per patologie oncologiche specifiche (tumori della mammella, leucemie e linfomi). Skarstein et al. (2000) hanno evidenziato, attraverso l'utilizzo dell'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), come in un campione di 568 pazienti oncologici il 13% di questi aveva dei livelli elevati d'ansia. Tale studio è avvalorato dalla ricerca effettuata da Stark et al. (2002) che ne ribadiscono la prevalenza del 13-16% con un range che varia dallo 0.9 al 40%. Inoltre, il dato sembra raddoppiare nei pazienti ospedalizzati rispetto a quelli ambulatoriali, riportando nelle donne un livello d'ansia significativamente più alto rispetto agli uomini, così come le fasce di età inferiori a trent'anni e superiori a settanta hanno espresso meno ansia rispetto a tutti gli altri pazienti. Allo stesso modo, uno studio realizzato da Wolfgang Linden et al. (2012) mette in luce livelli d'ansia significativamente elevati nella popolazione oncologica femminile rispetto a quella maschile (24,0% contro 12,9 %). In un recente studio del 2016 Chiou et al. mettono in evidenza che su 810 pazienti oncologici partecipanti allo studio, 179 (il 22 % circa del totale) avevano un chiaro distress psicologico usando ben due strumenti di rilevazione (il termometro dello stress e il Chinese Health Questionnaire). Di questi 179 pazienti, 56 (il 31 % circa), disposti a realizzare un approfondimento diagnostico con lo psichiatra, hanno ricevuto le seguenti diagnosi: 22 (il 39 % circa) disturbo dell'adattamento,

19 (il 30 % circa) disturbo depressivo e 4 (il 7 % circa) disturbo d'ansia. Un'altra ricerca del 2016 realizzato da Khalil et al. su 300 pazienti, studiati con l'Aga Khan University Anxiety and Depression Scale ha rilevato che 146 pazienti (il 48 % circa del totale) aveva valori elevati d'ansia. Un altro studio del 2016 di Peh et al. ha evidenziato che 144 persone, che avevano ricevuto una recente diagnosi di cancro e studiati attraverso l'Hospital Anxiety and Depression Scale, hanno mostrato nel 39,6 % dei casi punteggi elevati di ansia e nel 25 % dei casi punteggi elevati di depressione.

Il valore relativo all'ansia, come messo in evidenza dallo studio di McIlfatrick et al. (2007) tende poi ad aumentare se associato ad un trattamento chemioterapico.

Interessante è anche lo studio compiuto da Brintzenhofe-Szoc et al. (2009) su un campione di 8000 pazienti oncologici che rileva la prevalenza di sintomi di ansia e di depressione generali pari rispettivamente al 24% e al 18.3%. Di questi solo l' 11.7% aveva mostrato sintomi puri di ansia e 6.0% sintomi puri di depressione, il che evidenzia che l'ansia-depressione mista si verifica nei due terzi dei pazienti con cancro.

#### Obiettivi della ricerca

Lo scopo della presente ricerca è stato quello di valutare i livelli di ansia di stato nei soggetti oncologici mentre effettuano il trattamento chemioterapico (evidenziando le differenze rispetto a sesso, classe d'età e tipologia di patologia neoplastica) e seguirne l'andamento tramite re-test, con lo scopo di individuare i soggetti più a rischio di sviluppare un vero e proprio disturbo d'ansia.

#### Materiali e metodi

Per la misurazione dell'ansia è stato utilizzato il questionario State Trait Anxiety Inventory – S.T.A.I Spielberger, (1972). Si tratta di un test self-report composto da 40 item, di cui, ai fini della ricerca, sono stati presi in esame i primi 20 item relativi all'ansia di stato (Y-1), ossia al livello d'ansia sperimentato dal paziente al momento della distribuzione del questionario.

L'ansia di stato viene definita come "uno stato transitorio emozionale o come condizione dell'organismo umano, caratterizzata da sentimenti soggettivi percepiti a livello cosciente di tensione ed apprensione, e dall'aumentata attività del sistema nervoso autonomo. Può variare nel tempo e fluttuare nel tempo". Il test può essere somministrato sia ai singoli individui che ai gruppi.

La sua compilazione non ha limiti di tempo, l'impiego medio è stimato intorno agli otto minuti.

Lo strumento è assai economico e agile nel suo utilizzo



e nella quantificazione dei risultati, ottenuti sommando i punteggi nei vari item valutati su una scala Likert a quattro punti (1 = per nulla, 2 = un po', 3 = abbastanza, 4 = moltissimo). Il punteggio totale è compreso tra 20 e 80 con un valore soglia predittivo di sintomatologia ansiosa posto a 40. Secondo un criterio scalare è possibile definire il livello di gravità: da 40 a 50 forma lieve, da 50 a 60 moderata, > di 60 grave.

Lo STAI è stato somministrato nel day hospital oncologico (sale di chemioterapia dove più pazienti, a volte contemporaneamente, ricevono il trattamento per infusione) dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia con frequenza giornaliera per una durata complessiva di tre mesi (giugno-agosto 2016).

Il test è stato effettuato sotto l'osservazione dello psicologo e pertanto sono stati ritenuti nulli tutti quei test compilati dai pazienti in collaborazione tra loro.

Non è stato possibile eseguire il re-test nei pazienti che erano in procinto di concludere il trattamento; alcuni si sono rifiutati di ripeterlo.

Il campione analizzato è composto da 149 pazienti (97 donne e 52 uomini) di età compresa tra i 22 e gli 82 anni con un'età media di 52 (DS ± 42,4).

Nel campione sono presenti soggetti con diagnosi di tumore di varia natura: alla mammella, al polmone, al colon, allo stomaco, all'ovaio, e altro (testicolo, prostata, cervello) (fig.1).

I soggetti sottoposti a re-test sono stati 30 di cui 19 donne e 11 uomini nella fascia d'età tra i 30 e i 79 anni.

Il test è stato somministrato durante il trattamento chemioterapico ai soli pazienti disposti a collaborare allo studio in maniera volontaria.

I dati sono stati elaborati statisticamente con STATA e sottoposti a re-test.

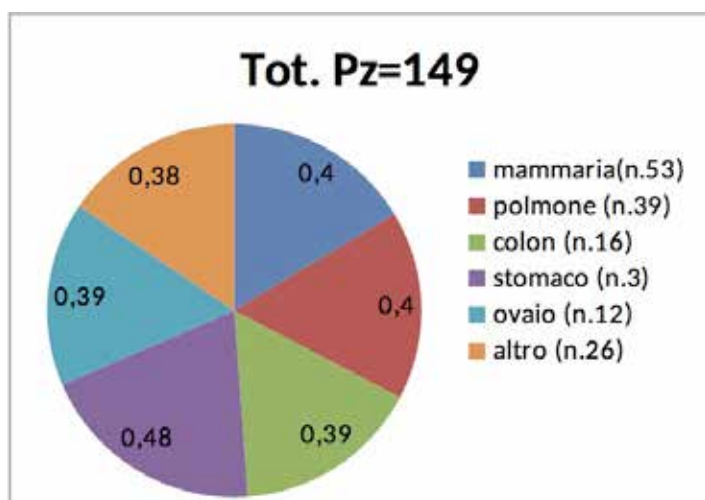


Fig. 1 – Campione

## Risultati e discussione

La ricerca ha messo in luce nel campione analizzato una percentuale media d'ansia pari al 39,05 (DS ± 9,52). Ricordiamo che il punteggio d'ansa comincia ad essere considerato patologico oltre 40. Nelle donne, in accordo con lo studio di Linden et al (2012), l'ansia è risultata mediamente più elevata che negli uomini, aggirandosi intorno al 40,6 (DS, ± 9,94), valore che, comincia, se pur di poco, ad essere sopra la norma. Negli uomini l'ansia media è risultata invece pari 36,17 (DS ± 8,02). Dei 149 pazienti presi in esame comunque il 40,27% presenta un'ansia sopra la norma, (il 46,39% delle donne e il 28,85% degli uomini). È questo il gruppo di pazienti che dovrebbe essere tenuto sott'occhio nell'ottica della diagnosi precoce del disturbo d'ansia, che come precedentemente detto, potrebbe condizionare negativamente la compliance ai trattamenti oncologici o comunque incrementare la frequenza e l'intensità di fenomeni avversi.

Si è, inoltre, riscontrata un'ansia mediamente sopra la norma nelle donne per le seguenti classi d'età: 40-49 anni (41,20 - DS ± 7,80), 50-59 anni (42,26 - DS ± 12,42) e 60-69 anni (40,93 - DS ± 10,86). Nello specifico sono il 58,33% delle donne di classe d'età 40-49, il 47,37% delle donne di classe d'età 50-59 e il 51,72% delle donne di classe d'età 60-69 ad avere un livello d'ansia di stato sopra la norma, in accordo con lo studio di Stark et al. (2002)

Per quanto riguarda l'ansia di stato dei pazienti affetti da singole patologie oncologiche possiamo considerare solo il gruppo del carcinoma della mammella (48,41 - DS ± 8,70), del carcinoma polmonare (47,75 - DS ± 2,35) e del carcinoma del colon-retto (46,64 - DS ± 2,85) dove abbiamo una sufficiente numerosità del campione.

Nella Tab.1 sono riportati i dati relativi alla percentuale di pazienti che mostrano un livello d'ansia patologica per le diagnosi oncologiche sopra segnalate (carcinoma della mammella, carcinoma del polmone e carcinoma del colon-retto).

Tab.1 Distribuzione per patologia e sesso

Patologia	Femmine			Maschi			Tot. pz		
	n.	%	sd	n.	%	sd	N	%	Sd
Cr. mammella	24	48,41	8,70				24	48,41	8,70
Cr. polmone	10	50,1	6,85	5	45,4	2,60	15	47,75	2,35
Cr. colon	2	49,5	0,70	5	43,8	1,92	7	46,65	2,85

Tab.1 Distribuzione per patologia e sesso

Relativamente al tumore al seno, una ricerca, condotta da Schreir e Williams (2004), mostra dati quasi concordanti con quelli ottenuti nel nostro studio. Gli Autori, infatti, analizzando un campione di 31 donne sottoposte a chemioterapia di età compresa fra i 30 e 76 anni, hanno

evidenziato una percentuale media d'ansia di stato pari al 46.7% che mostra un livello d'ansia leggermente più elevato di quanto da noi riscontrato.

Inoltre le nostre pazienti sottoposte a re-test con lo stesso S.T.A.I. Y1 non presentano riduzione dell'ansia di stato (37,61 - DS  $\pm$  6,88 vs 38,84 - DS  $\pm$  8,18), come ci si potrebbe attendere, considerando i fisiologici sistemi di adattamento psicofisico di fronte ad un disagio che si ripete. Anzi il numero di pazienti che evidenziano un'ansia di stato sopra la norma tenderebbe ad aumentare (44,40% - DS  $\pm$  3,44 vs 46,33% - DS  $\pm$  4,27).

Se invece prendiamo i dati di tutti i pazienti, indipendentemente dalla tipologia di tumore e dal tempo di trattamento, nei soggetti nuovamente sottoposti a questionario, si evidenzia come il livello d'ansia tenda a diminuire (38,66 - DS  $\pm$  7,83 vs 37,63 - DS  $\pm$  8,93) e ciò potrebbe essere dovuto al vissuto positivo che si accompagna al progredire o al concludersi del ciclo chemioterapico. La stessa tendenza riguarda anche i valori dei pazienti con ansia patologica (46,58 - DS  $\pm$  4,82 vs 45,71 - DS  $\pm$  4,87). La tendenza generale al decremento dell'ansia non sembra essere legata al genere, almeno per il campione che non aveva punteggi d'ansia patologica: gli uomini e le donne infatti hanno mostrato un livello d'ansia in diminuzione. Per gli uomini partendo da un livello d'ansia medio pari al 40,27 (DS  $\pm$  8,02) si arriva al 36,90 (DS  $\pm$  9,56); nelle donne con valore iniziale medio pari a 37,95 (DS  $\pm$  7,43) si giunge al 37,73 (DS  $\pm$  8,52). Se invece consideriamo il campione con ansia patologica si può constatare come il punteggio aumenti nei maschi (48 - DS  $\pm$  4,85 vs 50,3 - DS  $\pm$  5,44), mentre continua a decrescere nel sesso femminile (45,57 - DS  $\pm$  4,53 vs 44,80 - DS  $\pm$  3,86). Alcuni pazienti, in effetti, sostengono di avvertire un senso di maggiore protezione fin tanto che sono in trattamento e di sentirsi "scoperti" quando esso termina.

## Conclusione

In conclusione, questo studio mette in luce come nei pazienti oncologici afferenti al day hospital oncologico dell'azienda Ospedaliera di Perugia i valori relativi all'ansia di stato valutata tramite lo S.T.A.I. Y1 risultino mediamente nella norma. Tuttavia emerge un'alta percentuale (il 48,33%) di pazienti che presentano un punteggio d'ansia sopra la norma o comunque ad un livello di guardia. Relativamente all'evoluzione della stessa durante il trattamento chemioterapico, è stato possibile rilevare una diminuzione del suo livello, fatta eccezione per i pazienti che presentano livelli d'ansia sopra la norma.

I limiti riscontrati nella ricerca sono stati: il campione con un numero maggiore di donne rispetto agli uomini, l'impossibilità di evidenziare in quale momento del trattamento chemioterapico si somministrava il test e l'assenza di informazione riguardo l'assunzione di trattamenti ansiolitici. Somministrando il test nelle camere poteva, inoltre, accadere che i pazienti chiedessero agli operatori di leggere loro il test perché avevano la flebo sul braccio destro o per la difficoltà di leggere le domande per la mancanza di occhiali (soprattutto nelle persone più anziane).

Si è inoltre evidenziata una scarsa collaborazione da parte dei pazienti nell'aderire al re-test ed una certa irritazione rispetto ad alcuni item del test ("mi sento contento" e "mi sento bene"), in quanto venivano percepiti poco congruenti con la condizione di malattia che stavano vivendo.

La S.T.A.I., così come tutti test psicodiagnostici, inoltre non può sostituirsi al colloquio clinico, grazie al quale potrebbero emergere sia attraverso l'espressione verbale, che non verbale, eventuali stati ansiosi o altri sintomi psicopatologici. Ricordiamo a questo punto che, secondo Deutch (1959), in ogni malattia organica si cela una nevrosi in miniatura, non tanto perché minima, ma soprattutto perché ben nascosta.

Nonostante ciò lo S.T.A.I. Y1 ci è sembrato un test diagnostico piuttosto maneggevole in quanto breve, di facile comprensione per i pazienti e di facile grigliatura per gli operatori e in grado di rappresentare una "spia" di quella reazione ansiosa che potrebbe strutturarsi in un disturbo d'ansia vero e proprio. Inoltre in alcuni casi è servito per sollecitare nei pazienti una richiesta di approfondimento psicologico, che si è concretizzato in una valutazione psicologico clinica completa.


Ci auguriamo che, anche grazie a ricerche simili alle nostre, si possa mettere a punto un protocollo diagnostico-terapeutico capace di prevenire quella comorbidità psichiatrica che, come detto in precedenza, può influenzare il decorso e la prognosi delle malattie oncologiche.

## Bibliografia

Aass N, Fosså SD, Dahl AA, Moe TJ. "Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital.", *Eur J Cancer*, September 1997; 33(10), pp. 1597-604.

Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR., "Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type", *Psychosomatics*, 2009, n. 50, pp. 383-91.

Chiou YJ1, Chiu NM1, Wang LJ2, Li SH3, Lee CY1, Wu MK1, Chen CC1, Wu YS1, Lee Y1, "Prevalence and related factors of psychological distress among cancer inpatients using routine Distress Thermometer and Chinese Health Questionnaire screening", *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Oct 25, n.12, pp.2765-2773.



Deutch F. (1959), Il “misterioso salto” dalla mente al corpo, Martinelli, Firenze, 1975.

Khalil A., Faheem M., Fahim A., Innocent H., Mansoor Z., Rizvi S., Farrukh H., “Prevalence of Depression and Anxiety amongst Cancer Patients in a Hospital Setting: A Cross- Sectional Study”, *Psychiatry J.*, 26 Sep 2016.

McIlfatrick S, Sullivan K, McKenna H, Parahoo K., “Patient’s experiences of having chemotherapy in a day hospital setting”, *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 59 (3), pp. 264-273.

Peh CX., Liu J., Bishop GD., Chan HY., Chua SM., Kua EH., Mahendran R., “Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients”, *Psychooncology*, 2017; 26 (8): 1191-1197.

Reiser MF. e Bakst H., *Psicologia delle malattie cardiovascolari*, in Arieti S., *Manuale di psichiatria*, Boringhieri, Torino, 1969.

Skarstein J., Aass N., Fossa S.D., Skoviund E., Dahi A.A., “Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire”, *Journal Psychosom Reserach*; 49(1), 2000, pp. 27-34.

Spielberger C.D. (1972), “Anxiety as an emotional state”. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1), New York: Academic Press. (Cit. in: Rachman S., *L’ansia*, Editori Laterza, Roma, 2004)

Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P., “Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life”, *J Clin Oncology*, 15 July 2002, 20(14), pp. 3137-48.

Wolfgang Linden, Andrea Vodermaier, Regina MacKenzie, Duncan Greig, “Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age”, *Journal of Affective Disorders*, 2012, n.141, pp. 343-351.

# COMUNICAZIONE IN ONCOLOGIA: QUANTO I PAZIENTI SONO COSCIENTI DELLA LORO MALATTIA.

## Communication in oncology: patients level of awareness about their disease.

Picchiarelli L.

Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica esistenziale “Gaetano Benedetti” - Perugia

### RIASSUNTO

**Introduzione.** Sebbene il problema della mistificazione diagnostica in oncologia è fenomeno risaputo, risultano scarsi o assenti studi che lo quantificano. L'obiettivo del presente studio è quello di quantificare la concordanza diagnostica, che nasce dal confronto tra quanto riferito dal paziente e ciò che è scritto nella cartella oncologica.

**Materiali e metodi** Lo studio è stato effettuato sui pazienti oncologici che nel decennio 2007-2016 sono giunti ai servizi convenzionati di psiconcologia Associazione Umbra Contro il Cancro e Azienda Ospedaliera di Perugia. I 1313 pazienti oncologici che costituiscono il campione sono stati registrati nella cartella psiconcologica informatizzata dei servizi. Qui è presente uno spazio dove vengono trascritte le parole che il paziente usa per descrivere la malattia. Queste vengono confrontate con la diagnosi oncologica del registro tumori umbro per verificarne la concordanza (assente, parziale, completa o non valutabile).

**Risultati.** Sono stati 1.106 (84,23 %) i pazienti a presentare una concordanza completa (l'85,52 % delle donne e l'81,30 % degli uomini), 34 (2,59 %) dei pazienti ha mostrato una concordanza assente, 18 (1,37 %) dei pazienti ha evidenziato una concordanza parziale o incompleta. In 155 casi (11,81 %) non è stato possibile confrontare il dato concordanza perché la diagnosi oncologica non compariva ancora nel registro tumori o perché si trattava di pazienti oncologici provenienti da fuori regione. I nostri dati indicano infine che la concordanza completa è maggiore in patologie oncologiche meno gravi, come il carcinoma della mammella (89,89 % dei casi) rispetto a quelle più gravi, come il carcinoma del polmone (85,90 % dei casi).

**Discussione dei risultati e conclusioni.** Nonostante le imposizioni di legge e gli incoraggiamenti dei codici etici, la nostra ricerca mette in evidenza che il fenomeno della discordanza diagnostica (diagnosi riferita dal paziente e diagnosi scritta in cartella) è ancora un problema aperto in oncologia, riguardando nel nostro campione oltre il 15 % dei pazienti. In dieci anni ci sono stati oltre 200 pazienti che non hanno saputo la malattia che avevano o comunque erano confusi. Il nostro studio non chiarisce però quanto la discordanza sia l'effetto di una mancata comunicazione diagnostica da parte del medico o quanto sia la conseguenza di una distorta ricezione da parte del paziente, evidenziando comunque una difficoltà nel processo comunicativo medico-paziente. Riteniamo che, se interventi formativi mirati sui

medici (oncologi, radioterapisti oncologi, chirurghi oncologi e medici di famiglia) potranno facilitare il compito di fornire informazioni comprensibili e depurate, il supporto psicologico del paziente da parte dello psiconcologo potrà favorire il processo comunicativo fino a permettere la mentalizzazione (intesa come funzione alfa) della diagnosi oncologica.

**Parole chiave:** verità della diagnosi oncologica; comunicare cattive notizie; concordanza diagnostica.

### ABSTRACT

**Introduction.** Although the problem of diagnostic mystification in oncology is a well-known phenomenon, there are few or no studies that quantify it. The aim of this study is to quantify the diagnostic concordance which arises from the comparison between what the patient reported and what was written in the oncology folder.

**Materials and Methods** The study was carried out on cancer patients who in the decade 2007-2016 arrived at the psychiatric services of Umbrian Cancer Association and at Perugia's Hospital. The 1313 oncologist patients analysed in this study were recorded in the psycho-oncologic computerized service folder. Here, there's a space where the words that the patient uses to describe the disease are transcribed. These are compared with the oncologic diagnosis of the Umbrian tumor register in order to verify its consistency (absent, partial, complete or inconclusive).

**Results** The patients, who presented a complete concordance, were 1.106 (84.23%), (85.52% of women and 81.30% of men), 34 patients (2.59%) had shown an absent concordance and 18 patients (1.37%) a partial or incomplete concordance. In 155 cases (11.81%) it was not possible to compare the data concordance because the oncologic diagnosis did not yet appear in the cancer register or because it was from oncologic patients coming from outside the region. Finally, our data indicate that complete concordance is greater in patients with a less serious oncologic pathology such as breast cancer (89.89% of cases) compared to the more serious cases such as lung cancer (85.90% of cases).

**Discussion of the results and conclusions.** Despite the law enforcement and the encouragement of ethical codes, our research highlights that the phenomenon of diagnostic discordance between what the patient reports and what is written in the medical records is still an open problem in Oncology, as depicted in 15% of the patients examined in our research. In ten years there have been over 200 patients who did not know about the disease they had or were still confused about it. However, our study does not clarify how much this discordance is the effect of a doctor's failure in communicating the diagnosis to their

patients or how much distorted is the idea that the patients get from the diagnosis, but it's anyway highlighted a difficulty in the doctor-patient communication process. We believe that, if training sessions targeted for doctors (oncologists, radiotherapist, surgeons and family physicians) can facilitate the task of providing comprehensible and depicted information, the psychological support of the patient by the psychoanalyst may favor the communicative process, permitting also a mentalization (understood as alpha function) of the oncological diagnosis.

**Key Words:** truth about oncological diagnosis; communicating bad news; diagnostic concordance.

## INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1993 ribadiva quanto già emerso dalla vasta letteratura in ambito psiconcologico circa la necessità del paziente di essere informato del proprio stato di salute: sebbene nell'immediato l'informazione può provocare un impatto emozionale negativo e l'attivazione di meccanismi difensivi, a lungo termine la maggior parte dei pazienti tende ad attuare adattamenti pratici ed emotivi alla malattia (Innes et al., 2009). L'incertezza infatti risulta essere una causa maggiore di distress emozionale nei malati di cancro.

Numerose ricerche (Gaston et al., 2005; Linn, 1999) hanno mostrato non solo che la maggior parte dei pazienti desidera essere informata del proprio stato, ma anche che i malati di cancro ai quali era stata comunicata la diagnosi tendevano ad avere livelli inferiori di dolori ed a sentirsi maggiormente appagati dai trattamenti antidolorifici. Dunque la comunicazione della diagnosi oncologica è una tappa significativa del percorso compiuto dalla persona che si ammala di cancro ed in particolare, la modalità con cui comunicano tra loro il medico e il paziente può influire in maniera sostanziale sulle scelte terapeutiche, sull'adesione e sulla risposta ai trattamenti, sulle modalità di coping attivate e, più in generale, sul livello di mentalizzazione della diagnosi raggiunto da ogni paziente (De Benedetta et al., 2008). Le modalità con cui il medico effettua tale comunicazione hanno subito notevoli cambiamenti nel corso degli anni. Negli ultimi decenni del XX secolo, le numerose innovazioni tecnologiche ed i progressivi traguardi raggiunti a livello deontologico (art. 33 del Codice di Deontologia Medica del 2006) e giuridico (Legge 145/2001 sul Consenso Informato e Legge 675/96 sulla Privacy) hanno agevolato il graduale passaggio da un rapporto di tipo paternalistico tra medico e paziente ad un rapporto basato su una comunicazione aperta e su un ascolto attivo con lo scopo di far sentire il paziente partecipe delle scelte che riguardano il trattamento ed avere così una maggiore compliance alle

cure (Morasso et al., 2011). In virtù del consenso informato al paziente viene chiesto di partecipare attivamente al processo decisionale in merito alla sua salute diventando dunque il principale interlocutore del medico e un protagonista attivo all'interno della relazione diadica. Ogni comunicazione di malattia, in base alla tipologia e alla gravità, può avere un impatto significativo nella vita della persona e può indurre il soggetto ad una ridefinizione della propria immagine, delle proprie credenze, dei propri atteggiamenti ed anche delle modalità di interazione con gli altri (Balint, 1961). Appare dunque evidente, ai fini di una migliore compliance del paziente ai trattamenti, la necessità del medico di considerare non solo la malattia in sé, nei suoi aspetti biologici e di intervento mirato, ma anche gli aspetti cognitivi ed emozionali collegati alla malattia (Roter et al., 1997). Inizialmente il paziente può ricorrere a strategie di evitamento, primitive e poco flessibili, come la negazione, ma questo non pregiudica che il soggetto muti la sua reazione nel tempo attraverso l'attuazione di modalità più flessibili e efficaci (Kubler-Ross, 1976). Come osservato da Caruso et al. (2000) i pazienti oncologici mostrano un autentico desiderio sia di ricevere informazioni chiare e concise sulla propria condizione medica che di partecipare attivamente alle scelte terapeutiche (Gaston et al., 2005). Ciò sembra costituire un vantaggio nello stabilire comunicazioni efficaci tra i pazienti, i familiari e l'equipe.

Nonostante le evidenze sopracitate, le sollecitazioni e gli obblighi di carattere deontologico e giuridico abbiano incentivato una comunicazione onesta della diagnosi, persiste una difficoltà da parte del medico a comunicare in modo veritiero con il paziente in modo particolare se la prognosi è infausta (Parker et al., 2007). Ad esempio, da uno studio di Grassi et al. (2000) su un campione di 675 medici, è emerso che, mentre circa il 45% dei medici si dichiarava d'accordo in linea teorica a comunicare la diagnosi, soltanto il 25% di essi lo faceva nella pratica. Emerge dunque una contrapposizione tra il bisogno di informazione espresso dal paziente e la propensione ancora parzialmente diffusa da parte degli operatori di celare la verità al paziente (Innes et al., 2009). Alcune delle motivazioni che possono indurre il medico a non comunicare onestamente con il paziente oncologico riguardano: la convinzione che i malati non vogliono realmente conoscere la loro condizione, il timore che queste informazioni possano alterare lo stato psicologico del paziente, generando stress eccessivo, la presenza di sentimenti di impotenza e di inadeguatezza di fronte all'impossibilità di proporre trattamenti curativi, il colludere con la decisione dei familiari di non comunicare

notizie destabilizzanti al malato, pensando di proteggerlo (Hancock et al., 2007). Proprio in relazione all'impatto perturbante che la malattia oncologica può avere nella vita del paziente, la comunicazione della diagnosi oncologica va considerata non solo come un singolo evento ma come una tappa di un processo che si modifica man mano che il soggetto affronta le diverse fasi della malattia (Del Piccolo, 2007). Pertanto, la possibilità per il paziente di adattarsi alla malattia e di mentalizzare cognitivamente ed affettivamente la diagnosi oncologica, dipende in buona parte dal tipo di interazione che si instaura tra la persona malata e il medico e dal significato che il paziente attribuisce alle informazioni che riceve (Morasso et al., 1997).

## MATERIALI E METODI

Al fine di valutare il grado di informazioni fornite al paziente e la sua consapevolezza della diagnosi oncologica da un punto di vista cognitivo, il presente lavoro propone l'indagine statistica della concordanza di comunicazione tra quanto riferito dal medico e quanto esposto dal paziente indagando tale dato in base sia al sesso dei pazienti sia a due tipologie di malattie neoplastiche (carcinoma mammella e carcinoma polmonare) per confrontare il dato in relazione a due patologie di diversa gravità e quindi con prognosi differente. L'indagine è stata realizzata attraverso l'analisi delle cartelle cliniche informatizzate provenienti dal servizio Convenzionato di Psiconcologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia di tutti i pazienti oncologici giunti al servizio dal 2007 al 2016 (10 anni).

Il campione preso in considerazione è costituito da 1.313 pazienti di cui 408 uomini e 905 donne (Fig.1). Tra questi il numero di pazienti con neoplasia alla mammella è 435, quello dei pazienti con carcinoma polmonare è 156. La fascia di età della popolazione esaminata è compresa tra 10 e 89 anni (Fig.2).

### Sesso

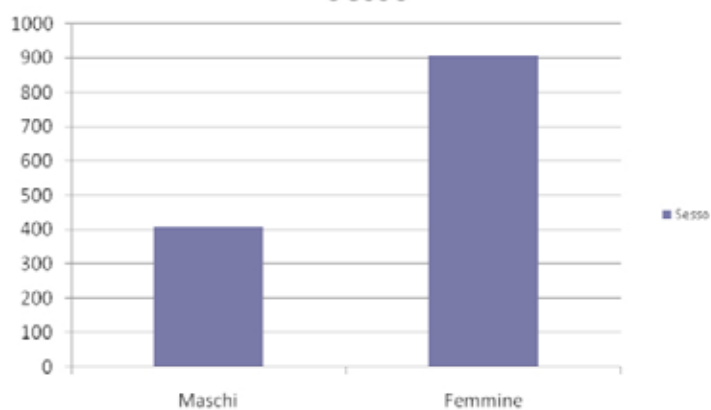


Fig. 1 Pazienti oncologici divisi per genere

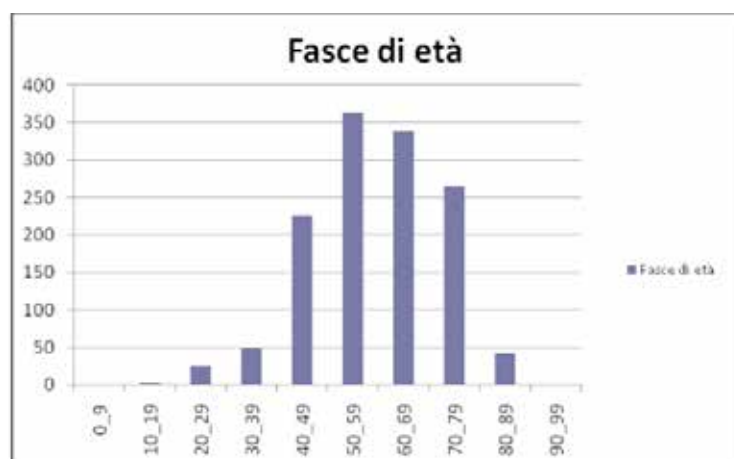


Fig. 2 Pazienti oncologici divisi per fasce d'età

Dalle tabelle emerge che a giungere al servizio di psiconcologia dal 2007 al 2016 sono pazienti affetti da malattia neoplastica con un'età compresa tra 10 ed 89 anni e principalmente di sesso femminile.

Lo psiconcologo (psicologo, psichiatra, psicoterapeuta) durante il primo colloquio con il paziente attua una valutazione psicologico-clinica seguendo l'iter proposto dalla cartella informatizzata. Tali cartelle vengono compilate dall'operatore del servizio psiconcologico al fine di raccogliere le informazioni sul paziente inerenti tre campi: i dati anagrafici, i dati oncologici ed infine i dati psicologico-clinici.

L'area della cartella clinica inerente i dati oncologici include le informazioni cliniche della malattia fornite in automatico dal registro tumori di Perugia (data diagnosi oncologico clinica, diagnosi topografica, diagnosi morfologica) ed anche le conoscenze che il paziente comunica all'operatore sul proprio percorso di malattia (oncologo referente, data diagnosi riferita dal paziente, tipo di diagnosi, concordanza, patologie concomitanti e le informazioni sul tipo di trattamento effettuato o da effettuare). Prendendo in considerazione il dato sulla concordanza della comunicazione tra il medico e il paziente, lo psicologo durante il colloquio clinico controlla la corrispondenza tra le informazioni sulla diagnosi oncologica effettuata dal medico (già presenti nella cartella) e quelle riferite dal paziente. A tal scopo lo psicologo indaga il livello di conoscenza del paziente circa le informazioni riguardanti la diagnosi oncologica come il tipo di malattia neoplastica da cui è affetto e la data della diagnosi ricevuta dal medico. In base alle informazioni fornite dal paziente, lo psicologo clinico può stabilire il livello di concordanza tra la comunicazione diagnostica effettuata dal medico e quella riferita dal paziente. La concordanza viene descritta in quattro modi:

-1 Completa, il paziente è a conoscenza della malattia neoplastica ed usa termini assimilabili a quelli utilizzati dal medico.

-2 Assente, il paziente non è a conoscenza della malattia neoplastica ed usa termini non assimilabili a quelli del medico (es. cisti invece che tumore).

-3 Incompleta, il paziente utilizza termini peggiorativi o migliorativi della malattia e quindi non completamente assimilabili a quelli del medico (es. il paziente ha metastasi ma è a conoscenza solo del tumore).

-4 Non rilevabile, il dato della concordanza non viene rilevato. La motivazione può essere riconducibile ad alcune caratteristiche del paziente (es. paziente delirante, paziente con deterioramento cognitivo) o dalla reperibilità del dato oncologico-clinico (la diagnosi non compariva ancora nel registro tumori umbro o paziente proveniente da fuori regione).

## RISULTATI

I risultati ottenuti dall'indagine statistica sulla concordanza di comunicazione medico-paziente sono distinti per genere e per tipo di diagnosi oncologica (carcinoma mammella, carcinoma polmonare):

-1 Concordanza complessiva: l'84,23 % dei pazienti mostra una concordanza "completa", l'11,81% una concordanza "non rilevabile", il 2,59% dei pazienti presenta una concordanza "assente" ed infine l'1,37% dei pazienti presenta una concordanza "incompleta" (Fig. 3).

-2 Concordanza pazienti maschi: l'81,37% dei pazienti mostra una concordanza "completa", il 12,25% una concordanza "non rilevabile", il 3,43% una concordanza "assente" ed infine il 2,94% una concordanza "incompleta" (Fig. 4).

-3 Concordanza pazienti femmine: l'85,52% delle pazienti mostra una concordanza "completa", l'11,60% una concordanza "non rilevabile", il 2,21% una concordanza "assente" ed infine lo 0,66% una concordanza "incompleta" (Fig. 5).

-4 Concordanza pazienti con carcinoma alla mammella: l'89,89% dei pazienti con carcinoma alla mammella mostra una concordanza "completa", il 9,43% una concordanza "non rilevabile" ed infine

lo 0,69% una concordanza "assente" (Fig. 6).

-5 Concordanza pazienti con carcinoma polmonare: l'85,90% dei pazienti presenta una concordanza "completa", il 7,69% una concordanza "non rilevabile", il 3,85% una concordanza "assente" ed il 2,56 una concordanza "incompleta" (Fig. 7)

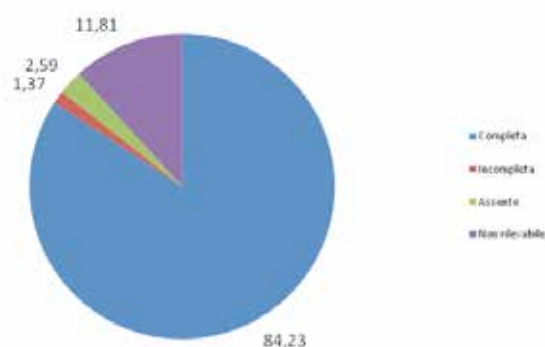
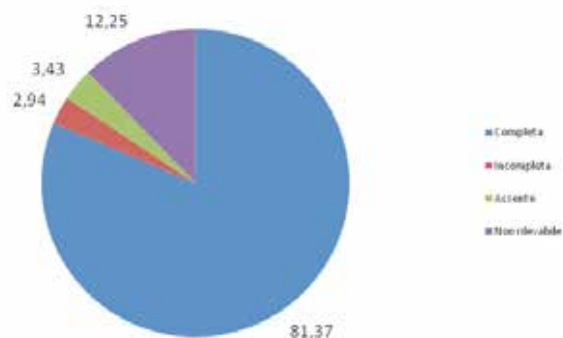
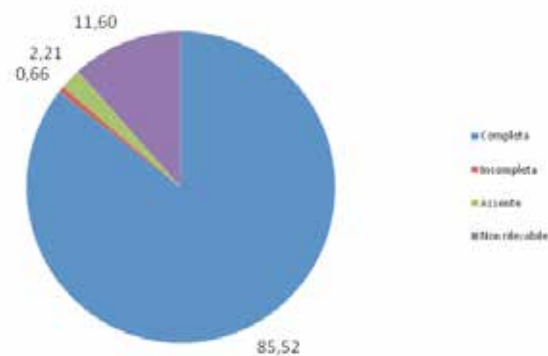


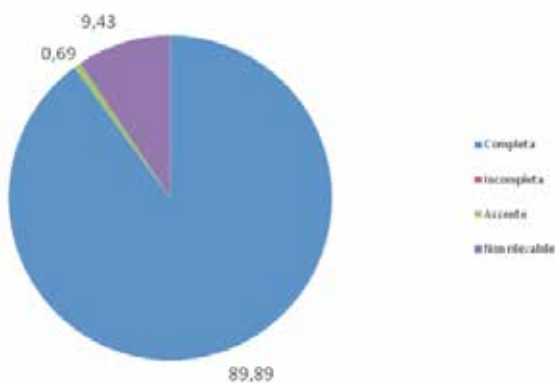
Fig. 3. Concordanza totale



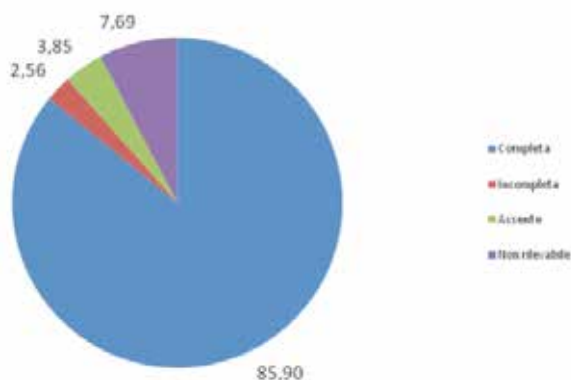
Tab. 4 Concordanza pazienti maschi



Tab. 5 Concordanza pazienti femmine



Tab. 6 Concordeza pazienti con carcinoma alla mammella



Tab. 7 concordeza pazienti con carcinoma polmonare

## DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI

Nonostante le imposizioni di legge e gli incoraggiamenti dei codici etici, la nostra ricerca mette in evidenza che il fenomeno della discordeza diagnostica (diagnosi riferita dal paziente e diagnosi scritta in cartella) è ancora un problema aperto in oncologia, riguardando nel nostro campione oltre il 15 % dei pazienti. Nello specifico: i dati sulla concordeza in base al sesso del paziente indicano una percentuale più alta di conoscenza della diagnosi nelle donne, mentre dai risultati riportati sulla concordeza del paziente in base al tipo di diagnosi (carcinoma mammella e carcinoma polmonare) emerge una differenza tra una patologia neoplastica grave come quella polmonare (in cui vi è una discordeza di oltre il 5%) e una patologia neoplastica meno grave come quella della mammella (in cui la discordeza compare soltanto nel 0,69% dei casi).

Il nostro studio non chiarisce però quanto la discordeza sia l'effetto di una mancata comunicazione diagnostica da parte del medico o quanto sia la conseguenza di una distorta ricezione da parte del paziente, evidenziando comunque una difficoltà nel processo comunicativo medico-paziente. La diagnosi di cancro rappresenta un


avvenimento di impatto estremo nella vita della persona che ne viene colpita. Dal momento in cui la diagnosi viene comunicata al paziente ha inizio un percorso di accettazione del proprio stato di salute che è specifico e caratteristico per ogni individuo. La consapevolezza diagnostica favorisce l'adattamento del paziente alla malattia nella misura in cui gli consente di mantenere un controllo sulla propria vita, di scegliere il trattamento che più si avvicina alle proprie preferenze, e di mantenere relazioni sincere con le persone significative (Alberisio et al., 2002). Appare chiaro che ai fini di un migliore comprensione ed elaborazione del vissuto di malattia e di una efficace compliance ai trattamenti, è auspicabile che la comunicazione tra medico e paziente tenga conto sia dei dati oggettivi di malattia sia delle implicazioni emotive di entrambi i soggetti, in particolare delle capacità cognitive e di tolleranza emotiva, specifiche di ogni paziente.

Riteniamo dunque che, se interventi formativi mirati sui medici (oncologi, radioterapisti oncologi, chirurghi oncologi e medici di famiglia) potranno facilitare il compito di fornire informazioni comprensibili e depurate, il supporto psicologico del paziente da parte dello psicologo potrà favorire il processo comunicativo fino a permettere la mentalizzazione della diagnosi oncologica.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV (1998). Codice di Deontologia Medica-Capo IV: Informazione e consenso. Artt.29-34. <http://www.privacy.it/codeome.html>
- Alberisio A. & Viterbori P. (2002). Consapevolezza e adattamento. In: M.L Bellani, G. Morasso, D. Amadori, W. Orrù, L. Grassi, P. Casali, P. Bruzzi (a cura di), *Psiconcologia*. Milano: Masson.
- Balint M. (1961). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publishing.
- Caruso A., Di Francesco B., Pugliese P., Cinanni V. & Corlito A. (2000). Information and awareness of diagnosis and progression of cancer in adult and elderly cancer patients. *Tumori: A Journal of experimental and clinical oncology*, 86 (3): 199-203.
- De Benedetta G., Ruggiero G. & Pinto A. (2008). Genitori figli: il "parenting" nei pazienti oncologici. Un aspetto ancora poco considerato nella gestione delle malattie neoplastiche. *Recenti Progressi in Medicina*, 99, (1): 19-26.
- Del Piccolo L. (2007). La comunicazione della diagnosi di tumore al paziente e ai familiari: linee guida. *Recenti Progressi in Medicina*, Vol.98, (5): 271-278.
- Gaston CM. & Mitchell G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Social Science and medicine*, 61 (10): 2252-2264.
- Grassi L., Girdali T., Messina E.G., Magnani K., Valle E. & Cartei G. (2000). Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer*, 8 (1): 40-45.
- Hancock K., Clayton J., Parker S., Wal der S., Butow P., Carrick S., Currow D., et al. (2007) Truth telling in discussion prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliative Medicine*, 21 (6): 507-517.
- Innes S. & Payne S. (2009). Advanced cancer patients' prognostic information references: a review. *Palliative Medicine*, 23, (1): 29-39.
- Kubler-Ross E. (1976). *La morte e il morire*. 13 ed. Assisi: Cittadella, (2005).
- Linn C.C. (1999). Disclosure of the cancer diagnosis as it relates to the quality of pain management among patients with cancer pain in Taiwan. *Journal pain symptom management*. 18:331-337.
- Morasso G., Alberisio A., Capelli M., et al. (1997). Illness awareness in cancer patients: a conceptual framework and a preliminary classification hypothesis. *Psycho-Oncology*, 6 (3): 212-217.
- Morasso G., Caruso A. & Ravenna A.R. (2011). *Le competenze comunicative in oncologia. Un percorso formativo*. Milano: Franco Angeli.





Parker S.M., Clayton J.M., Hancock K., et al. (2007). A systematic review of prognostic/end of life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1), 81-93.

Roter D., Stewart M., Putnam S., Lipkin M., Stiles W. & Inui T.S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277: 350-356.

World Health Organization. (1993). *Communicating bad news*. Geneva.

## RECENSIONE FILM

## “La custode di mia sorella”

Anastasia Dionisi

Servizio Convenzionato di Psiconcologia Associazione Umbra Contro il Cancro/Azienda Ospedaliera di Perugia

Il film “La custode di mia sorella”, (USA, 2009, regia di Nick Cassavetes con Cameron Diaz, Abigail Breslin, Sofia Vassilieva e Alec Baldwin), tratto dall’omonimo romanzo del 2005 di Jodi Picoult, racconta le vicende di una famiglia che si trova a dover affrontare la leucemia promielocitica acuta della loro piccola figlia Kate a pochi mesi dopo la sua nascita. I genitori cercano di curarla in ogni modo offrendosi anche come donatori di sangue e midollo osseo, ma si trovano davanti alla tragica notizia di non essere compatibili. Nemmeno il figlio più grande lo è. Davanti alla loro disperazione, il medico che cura Kate suggerisce di mettere al mondo un altro figlio, un figlio “su misura”, concependolo in vitro in modo tale da poter essere compatibile con le donazioni che servono a Kate. Nasce così Anna, che fin da neonata viene sottoposta ad interventi, prelievi ematici e midollari, esami invasivi, tutto per poter salvare la sorella Kate. Con il passare degli anni Anna pare fortemente stanca di essere sfruttata senza che nessuno le abbia mai chiesto il suo parere al riguardo, decide così di rivolgersi ad un avvocato per avere l’emancipazione medica (una sorta di supervisore di aiuto per l’orientamento e la scelta delle questioni inerenti la salute, le questioni sanitarie e le opzioni terapeutiche). Inizia così una battaglia tra Anna e i suoi genitori che non capiscono il motivo della sua opposizione a voler aiutare la sorella. Kate intanto viene ricoverata perché le sue condizioni di salute peggiorano. Durante il processo Anna, grazie all’aiuto del fratello, confessa che è stata Kate a chiedergli di smettere con le donazioni perché stanca di vivere una vita così sacrificata, piena di limitazioni e sofferenze fisiche e psicologiche. La famiglia si riunisce intorno al letto dell’ospedale per dare a Kate un ultimo saluto.


Il film oltre a far riflettere sui vissuti dei familiari di un malato oncologico (nella fattispecie, trattandosi di una bambina piccola, le reazioni emotive diventano ancora più intense), pone alcune questioni psicologiche ed etiche. Il

cancro fin da subito diventa, così come si può constatare in clinica psiconcologica, un potente accentratore di attenzione ed energie: nel film per esempio la malattia della piccola figlia viene posta al centro, come fosse l’unico problema della famiglia, mentre viene negata la dislessia del figlio maggiore.

Un altro aspetto molto importante è, nel momento in cui la bambina diventa un’adolescente malata, il desiderio d’amore che si deve confrontare, non solo con le limitazioni che si vengono a presentare (il non sentirsi presentabile durante la chemioterapia, con i danni estetici e funzionali), ma anche con il dispiacere che potrà vivere il partner nella forte probabilità della fine della vita.

Da l film emerge anche il tema dell’accanimento terapeutico o meglio della futility, della vita a tutti i costi, che non tiene conto della qualità della vita e soprattutto della percezione che ne ha il diretto interessato (il malato). Egli, il malato, rischia spesso di non essere visto, di non essere più soggetto, per diventare oggetto nelle mani degli altri (familiari e medici), perdendo quell’autonomia decisionale che costituisce la sua identità e dignità di essere umano. Kete ad un certo momento esprime in modo indiretto e diretto il desiderio di morire piuttosto che continuare a vivere una vita per lei inaccettabile, ma questa sua esigenza non viene colta dalle guide genitoriali, bensì dalle figure intermedie dei fratelli. Collegato a questo c’è la gestione di quando il malato è un minore. Ricordiamo a tal proposito che l’articolo 35 del codice deontologico sul Consenso e dissenso informato recita: *“L’acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato. Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall’ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull’integrità psico-fisica. Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.”*

Ad ultimo non possiamo non considerare la questione



controversa della manipolazione genetica che il film mette in evidenza (far nascere una figlia su misura che possa essere donatrice perfetta della sorella malata). Il film sembra non schierarsi contro la manipolazione genetica, ma sulla necessità che questa sia al servizio dell'uomo globalmente inteso, cioè nei suoi aspetti bio-psico-socio-spirituali, in una visione ecologica, cara alla psicologia transpersonale (Groff, 1985).

In conclusione riteniamo che il film può senz'altro essere un ottimo strumento di formazione per gli operatori sanitari per approfondire tematiche di tipo psicologico, normativo ed etico.

#### Riferimenti bibliografici

Groff. S. (1985), *Oltre il cervello*, Cittadella, Assisi, 1988.

# SGUARDI ADDOSSO

di Laura Giannoni

Quando si ha il cancro, quando ci si cura per il cancro, il nostro aspetto cambia e con esso cambia la percezione che si ha di se stessi, ma anche la percezione che gli altri hanno di noi stessi.

A cambiare con il nostro aspetto sono le relazioni sociali e si è esposti a una serie di circostanze, sguardi e battute che potrebbero solleticare la nostra pazienza.

Gli sguardi, gli sguardi della gente... non ci si può fare niente, il diverso colpisce. Sempre. E' lì che cade l'occhio, sul diverso. Sia che si tratti di un diverso da sempre, dalla nascita. Sia che si tratti di un diverso improvviso, di un periodo... di cure, magari. Un aspetto diverso rispetto al nostro ordinario attrae.

Un malato di cancro in chemio ha connotati tipici, primo tra tutti i capelli, la testa è calva o comunque coperta da una peluria, da capelli sottili, non folti, soprattutto nella zona delle tempie e sopra la fronte... capelli a chiazze a volte. Un malato di cancro in chemio potrebbe non avere le sopracciglia... prima o poi... e talvolta neanche le unghie. La sua pelle è liscia, lucida, nuova, quasi eterea. Un malato di cancro in chemio è gonfio perché necessariamente assume cortisone. Un malato di cancro in chemio si riconosce.

E così, conoscenti e amici, il più delle volte non possono esimersi dal chiedere come va, dall'incoraggiare la persona in cura, dal domandare.

Premetto che vorrei parlare di quest'argomento in maniera leggera, tant'è che scrivo e sorrido, perché leggera è la modalità con cui certe asserzioni vanno accolte.

Prima però mi sento di dover fare un appunto: generalmente i più non sono realmente interessati alle nostre condizioni di salute, ma in maniera trasposta immaginano la nostra situazione su di loro e così, se anche non fosse la loro prima preoccupazione, comunque arrivano a porci la faticosa domanda "come l'hai scoperto?" ...e, mentre rispondi, immagini già tutti i test che in giornata si auto eseguiranno.

Penso a Aristotele che già nel IV sec a.C. aveva descritto l'uomo come "animale sociale", in quanto si aggrega con altri individui, si relaziona con loro per soddisfare esigenze proprie.

Potremmo sbizzarrirci, quindi, anche a seconda del grado di cattiveria che vorremmo usare, a raccontare loro tutti

i minimi dettagli della nostra auto diagnosi, della nostra sintomatologia, dei nostri sospetti, soprattutto perché in quel momento capiamo che il più delle volte l'attenzione non è rivolta a noi, ma a loro stessi e pertanto sentiamo forte il senso di risentimento, ma non è questo che potrebbe farci sentire meglio. Io ho sempre preferito dare qualche indicazione iniziale per poi tagliare il discorso o approfondire a seconda del terreno che avrei trovato, perché in quel momento, nonostante l'unicità dei casi, noi abbiamo un grande potere che è quello di mettere in guardia un conoscente, ma anche un amico.

## Botta e risposta

In maniera più divertente e ironica passo, ora, in rassegna alcuni momenti di "socialità".

## La pettinatura

Alla prima avvisaglia di perdita di capelli, mi rasai completamente. Nonostante stessi davvero bene rasata, inizialmente portavo la tipica cuffietta da donna in chemio. Credo che questa mia volontà di dare fin da subito un chiaro segno della mia situazione nascondesse la volontà più profonda di evitare domande e di evitarle perché era doloroso per me parlarne con tutti... in palestra, in paese, al parco, al bar, all'ufficio postale, al supermercato... e fu proprio al supermercato che la commessa riuscì a chiedermi "come mai questo cambio di look estremo? Stavi tanto bene prima...", in quel momento mi ha fatto male risponderle "sono in chemio", perché, forse, dovevo ancora ammetterlo a me stessa. Ma fortunatamente mi piacevo con quella rasatura estrema. E questo mi ha permesso anche di aggiungere, come era vero, che "era da una vita che avrei voluto provare questa "pettinatura"!".

## La linea

Sempre al supermercato, dopo circa quattro o cinque mesi di chemio e pertanto anche cortisone, mi è stato pure detto che non sembrava che stessi male come si diceva, ma che addirittura finalmente mi fossi ingrassata... effetto lifting, effetto lifting... una bella pompatina... e via i segni del tempo, via le rughe d'espressione. Bene, perché a volte espressioni asettiche sono seriamente indispensabili.

## La fede

I più bigotti sono quelli che appartengono alla categoria del “se è successo a te, è perché tu lo puoi sopportare”. Frase di consolazione frequentissima tra le persone di “finta” chiesa, neocatecumeni e quant’altro. Quelli che magari mentre fingono di incoraggiarti in questo modo si toccano le parti intime in segno di scongiuro. Qui fin da subito ho imparato a replicare “lotterie...avrei sopportato alla grande anche una bella vincita milionaria”!!!

## La giovane età

Il mio temperamento ha subito una bella scossa anche quando, in diverse occasioni peraltro, alcune bocche poco connesse al cervello hanno deciso di farmi forza asserendo che “tutte queste terapie è assolutamente meglio farle da giovani, perché in giovane età si sopportano meglio”. A quest’affermazione non ho mai trovato una risposta esaustiva, perché d’istinto ne avrei sulla punta della lingua, una secca, secchissima; mentre capisco di non poter intavolare un discorso lungo sull’argomento con tale tipo di interlocutore.

Stessa frase mi è stata rivolta anche proprio mentre stava entrando in vena la mia ultima chemio...me l’ha detto proprio il mio compagno di poltrona. Chiudo gli occhi e lo vedo ancora: era seduto accanto a me, con il cappellino, gli occhi un po’ smarriti, con tanta grinta e voglia di vivere. Lui, se sarà assistito dalla scienza, dalla medicina e dalla fortuna, è ancora in tempo per fare tutto quanto sto per scrivere, ma non sapeva e forse non sa ancora e probabilmente mai saprà cosa significhi studiare, laurearsi, sposarsi, avere un figlio, uscire, andare in vacanza, innamorarsi, prendersi, lasciarsi ... con la leggerezza tipica che contraddistingue la sua età e i successivi quindici anni almeno. Lui, però, non è stato per me insopportabile come tutti gli altri, ma ha suscitato in me quasi tenerezza. Ed è l’unico che ha potuto osare dirmi tanto. Lui aveva diciannove anni.

## Il relax

E’ successo di approfondire il discorso con qualcuno e dalla terapia si è, pertanto, passati alla questione lavoro... sono ormai due anni che non sto lavorando e non farlo di certo non contribuisce al mio benessere psico-fisico,

ma i “luminari” delle soluzioni facili hanno spesso ben pensato di alleggerirmi con la famosa pacca sulla spalla e esortandomi a non preoccuparmi perché “ora è tempo di pensare a guarire”. Già. Già. Ma la persona si cura nella sua totalità. Chiudersi in casa a pensare, rimuginare, leggere e farsi progetti mentali sulle possibilità di guarigione non fortifica il sistema immunitario...piuttosto lo indebolisce essendo esso strettamente connesso con il sistema nervoso.


## La contraccezione

La terapia ormonale poi è davvero vista dai più come un trattamento puramente accessorio, a tratti quasi un vantaggio...”sono attualmente in menopausa indotta e, come se non bastasse, pure sotto sedazione di estrogeni” ...e generalmente arriva la contro domanda “che problema c’è? Non dirmi che ti sei improvvisamente ricreduta sulla scelta di non volere avere altri figli?!”. Ecco. Un vantaggio. Un vantaggio vero e proprio, un anticoncezionale sicuro quasi al pari di una pillola anticoncezionale appunto. Non dimentichiamoci, però, che la pillola anticoncezionale in realtà agisce esattamente in maniera opposta sull’ipofisi e cioè esasperando il circolo di estrogeni e progesterone e non sopprimendoli come, invece, fa il Tamoxifene. Un anticoncezionale prescrittoci dall’oncologo, che ci libera quindi da qualsiasi forma di responsabilità, anche morale, perché “l’ha detto il dottore”. Un anticoncezionale, infine e soprattutto, che addirittura potrebbe aiutarci nella nostra guarigione dal cancro!!

Non è stato piacevole sentirmi dire anche dal medico che potrei fare sesso liberamente in considerazione del fatto che dovrei considerarmi come una sessantenne... perché tipici delle sessantenni sono anche tutti i problemi cardiocircolatori, quelli correlati all’osteoporosi, alla sessualità, all’aspetto fisico, all’invecchiamento...più calda, oculata, profonda, all’avanguardia è stata, invece, la mia unica Dottoressa che, a fine visita, si è seduta accanto a me, mi ha guardata dritta negli occhi e mi ha chiesto “con la terapia ormonale come va?”. Beh, Lei è un Genio, la mediocrità non le appartiene.

## La taglia

A pochi giorni dal mio secondo intervento, un intervento puramente estetico, scambiai quattro chiacchiere con una conoscente che avevo frequentato in diverse occasioni



e che mi sembrava avesse un certo spessore. Capii che l'invidia umana non ha limiti e può annebbiare davvero la testa. Le parlai del mio nuovo intervento, forse con una certa enfasi...le descrissi l'operazione chirurgica che avrebbe dato vita al mio nuovo seno. Lei alta, magra e con pochissimo seno fu in grado di chiedermi "Puoi davvero rifarti il seno gratuitamente e montare addirittura la taglia che più desideri?" ed io: "Sì, stavo pensando ad una sesta. Tanto per non rimetterci le mani."!!

### **I "soldacci"**

Questo è solo un esempio di persona invidiosa perché sono stata trattata allo stesso modo, anche da amici, in relazione a qualche altra soddisfazione che, in questo calvario, mi sono tolta, alle vacanze, a un paio di scarpe nuove, alla pensione, quella che una mia cara amica di viaggio chiama "i soldacci"... "paga la cena, prendi la pensione" mi è stato anche detto ... peraltro tutta gente di sinistra. Umanitaria. Di quelli favorevoli all'immigrazione, all'accoglienza, su cui io ho posizioni non di intolleranza, per carità, ma sicuramente più moderate. Ragazzi, il pacchetto, ahimè, come sempre, si acquista completo. All-inclusive. Full-optional. Chiamatelo come vi pare, ma, datemi retta, cercate di schivarlo!!

### **Le statistiche**

Quando si parla di cancro, e per di più con chi il cancro lo ha vissuto, non si può parlare per sentito dire: "Oggi il 90% dei casi di cancro al seno si risolvono". "Se me lo dice lei ci credo, la prego ora mi dica anche che non faccio parte del restante 10%".

## Norme redazionali per gli autori

Le proposte, in italiano, verranno sottoposte a valutazione da parte di 3 membri del comitato redazionale. La segreteria di redazione comunicherà l'accettazione o meno della proposta o le eventuali modifiche da apportare all'autore entro 30 giorni dall'invio.

La prima pagina del contributo conterrà il titolo dell'articolo, il nome dell'autore, la sua affiliazione, l'indirizzo e-mail per la corrispondenza.

I contributi compresi nella sezione "ESPERIENZE" andranno suddivisi in 3 paragrafi: introduzione (il razionale dell'esperienza), descrizione dell'esperienza (metodologia ed eventuali resoconti clinici) e conclusioni (risultati dell'esperienza ed eventuali prospettive future).

I contributi compresi nella sezione "RICERCA" (che potrà essere sia di tipo quantitativo che qualitativo) dovranno essere composte dai seguenti paragrafi: introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione dei risultati e conclusioni.

Le proposte della sezione "TESTIMONIANZE", che possono avere come autori gli stessi pazienti o familiari, nonché volontari o operatori, a parte il titolo della prima pagina, potranno essere scritte in modo libero.

Le RECENSIONI potranno essere proposte da operatori oncologici su pubblicazioni o monografie di argomento psiconcologico e dovranno riportare la dicitura: "Commento a...", riportando i dettagli della fonte bibliografica, una sintesi del testo originale, a cui seguirà infine il commento.

Ogni contributo (eccetto quelli delle sezioni testimonianze e recensioni) dovranno essere precedute da un riassunto in italiano e un abstract (max 1500 caratteri spazi inclusi) in lingua inglese (in cui vengano riportati in breve i contenuti dei paragrafi previsti per il tipo di sezione).

La bibliografia (relativa a tutti i tipi di contributo) può comparire nel testo tra parentesi, indicando il nome dell'autore o comunque del primo autore se gli autori sono più di due e la data preceduta dalla virgola: esempio (Scoppola, 1990). Possono essere inserite note esplicative a piè di pagina. Alla fine del contributo la bibliografia sarà riportata in ordine alfabetico secondo il sistema di citazioni APA, qui di seguito indicato:

1. Monografie: Cognome, nome puntato, anno di pubblicazione tra parentesi, titolo in corsivo. Editore, città. Esempio: Del Rio G., (1990), Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burn out. La nuova Italia scientifica, Roma.

2. Contributi all'interno di libri:: Cognome, nome puntato, anno di pubblicazione tra parentesi, titolo. editore, città. In Nome puntato del curatore, cur puntato tra parentesi, titolo del libro in corsivo con il riferimento delle pagine tra parentesi. Città, edizione. Esempio: Hinchliffe, L.J. (2008). Future of information literacy. In C.N. Cox & L.E. Blakesley (cur.), Information literacy instruction handbook (pp. 230-235). Chicago, IL: ACRL

3. Articoli scientifici: Cognome, nome puntato degli autori, anno di pubblicazione tra parentesi, titolo. Nome della rivista abbreviato in corsivo, numero del volume, pagina iniziale e pagina finale. Esempio: Nabi, S., Sullivan, J. (2001). Does television viewing relate to engagement in protective action against crime? A cultivation analysis from a theory of reasoned action perspective. Communication Research, 28, 802-825.

Gli autori dovranno inviare una copia del paper all'indirizzo email: redazione@aucc.org, seguendo il seguente modello:

Layout pagina: superiore: 5; inferiore: 6,2; sinistro: 4,6; destro: 4,6; Intestazione: 3; Piè di pagina: 5,5.

Titolo: Times New Roman 16, corsivo

Nome autore/i: Times New Roman 11, corsivo

Nome autore/i e affiliazione: Times New Roman 11 (Università/Ente/Organizzazione - Nome completo, Città, Paese, numero di telefono, e-mail )

Abstract in Italiano e Inglese: Times New Roman 10 (max 1500 caratteri, spazi inclusi)

Keywords: max 3

Testo: Times New Roman 11. Testo spaziatura singola; impiegare il corsivo solo per sottolineare (eccetto con indirizzi URL );

Titolo paragrafo (livello uno): Times New Roman 11, neretto

Titolo paragrafo (livello due): Times New Roman 11, corsivo.

Testo in Tabelle: Times New Roman 9.

Tutte le illustrazioni, figure, immagini e tavole devono essere inserite nel punto appropriato del testo e non alla fine. È raccomandato l'invio separato anche dei file con le figure e i dati necessari per creare ogni figura.

Note a piè di pagina: Times New Roman 9

