



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e
delle relazioni interpersonali**

Tesi di laurea Triennale

**Il ruolo della psicologia nel trattamento della malattia
oncologica con approfondimento sulle differenze nel
decorso terapeutico dovute al genere del paziente**

The role of psychology in the treatment of oncological disease with
insights into the differences in the therapeutic course due to the patient's
gender

Relatore: **Prof.ssa Lorella Lotto**

Laureando: **Anna Mariotto**

Matricola: **1220753**

Anno Accademico **2022/2023**

INDICE

INTRODUZIONE	1
Cos'è il cancro.....	1
Le statistiche del cancro nel mondo e in Italia	1
1. LE IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE E PSICOSOCIALI DELLA MALATTIA ONCOLOGICA	3
1.1 I pazienti oncologici e i sopravvissuti.....	4
1.1.1 Disagio emotivo	4
1.1.2 Deterioramento del concetto di sé.....	5
1.1.3 Disturbi dell'immagine corporea	6
1.1.4 Disfunzioni sessuali.....	7
1.1.5 Difficoltà nel mantenimento delle relazioni interpersonali	7
1.2 I caregiver	8
1.2.1 Carico assistenziale.....	9
1.2.2 Problemi di salute dei caregiver	10
1.3 Il personale sanitario	10
1.3.1 Problemi di comunicazione tra medico e paziente	11
1.3.2 Burnout.....	12
2. PSICONCOLOGIA	13
2.1 Definizione.....	13
2.2 Obiettivi.....	14
2.3 Storia della psiconcologia	16
2.3.1 Relazione tra innovazione nel campo medico e atteggiamento nei confronti del cancro	16
2.3.2 La nascita della psiconcologia	19
2.4 La ricerca in psiconcologia oggi	21
2.5 Sviluppo di nuovi trattamenti	23
2.5.1 Mindfulness e ricerca di significato	23
2.5.2 E-health	25
3. DIFFERENZE DEL DECORSO TERAPEUTICO DOVUTE AL GENERE DEL PAZIENTE	27
3.1 Strategie di coping.....	27
3.2 Ricerca di supporto sociale	29
3.3 Disagio emotivo	32
CONCLUSIONI	35
BIBLIOGRAFIA.....	37
SITOGRAFIA.....	44

INTRODUZIONE

Cos'è il cancro

“Cancro” è un termine collettivo usato per indicare l'insieme di tante patologie che possono diversificarsi per causa scatenante, organo e/o tessuto interessato e per diagnosi e soluzioni terapeutiche richieste (www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/come-nasce-un-tumore).

La trasformazione di una cellula sana normale in una cellula neoplastica avviene attraverso diverse fasi, tramite l'accumulo di anomalie genetiche, funzionali e morfologiche. La caratteristica che accomuna tutte le cellule tumorali è la crescita cellulare incontrollata e abnorme, svincolata dai normali meccanismi di controllo dell'organismo, con la possibilità di invadere altri tessuti e altri organi (www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/).

Le statistiche del cancro nel mondo e in Italia

Le malattie tumorali rappresentano una crescente sfida per la popolazione, causando notevole pressione fisica, emotiva e finanziaria su individui, famiglie, comunità e sistemi sanitari. A livello mondiale, il cancro costituisce la seconda causa di morte, con circa 9,6 milioni di decessi registrati nel 2018, ovvero un decesso su sei. Tuttavia, nei paesi con sistemi sanitari all'avanguardia, i tassi di sopravvivenza per molti tipi di tumore stanno migliorando grazie all'accessibilità a diagnosi precoci, trattamenti di alta qualità e cure dedicate ai pazienti guariti. (www.who.int/health-topics/cancer).

Il cancro, ad oggi, è la patologia cronica potenzialmente più prevenibile ed anche più “curabile” rispetto al passato. Nel 2022 in Italia, la mortalità oncologica complessiva è risultata inferiore rispetto alla media del quinquennio precedente. Un risultato in linea con gli andamenti temporali della mortalità oncologica in Italia del periodo precedente alla pandemia causata dal SARS-CoV-2. La pandemia, infatti, non sembra aver influenzato nel breve termine l'andamento della mortalità oncologica in Italia (www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/).

1. LE IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE E PSICOSOCIALI DELLA MALATTIA ONCOLOGICA

Il cancro, oltre ad essere una malattia che colpisce il corpo, compromette la persona anche dal punto di vista psicologico e sociale, in quanto la diagnosi e il trattamento sono associati a fattori di stress fisici, sociali, psicologici ed esistenziali (Andrykowski et al., 2008).

Negli ultimi dieci anni l'incidenza del cancro è aumentata globalmente, ma con il progresso della medicina e delle cure oncologiche la mortalità è diminuita; per questo motivo sempre più persone sopravvivono o devono convivere per lunghi periodi di tempo con una malattia oncologica, che condiziona la vita del paziente e quella delle persone che gli sono accanto, anche quando la suddetta malattia non sarà più presente (Andrykowski et al., 2008; Lang-Rollin & Berberich, 2018; Wang & Feng, 2022).

La crescente prospettiva di vita e il progresso dei trattamenti permettono alla persona con diagnosi oncologica di considerare la possibilità di una guarigione. Ciò rappresenta un importante cambiamento di paradigma: da “cancro male incurabile” a “cancro unica patologia cronica da cui è possibile guarire”. Tuttavia, indipendentemente dalle condizioni effettive delle cure oncologiche e della cronicizzazione della malattia, la diagnosi di cancro è ancora associata a una ridotta aspettativa di vita e lo stigma continua a permanere. Questa percezione genera paura e agitazione nella vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro affetti, sconvolgendo tutti gli aspetti della vita quotidiana oltre che lavorativa (www.aiom.it/i-neri-del-cancro-in-italia; Zabora et al., 2001).

Tutto il percorso terapeutico della malattia oncologica, caratterizzato dal susseguirsi di momentanei miglioramenti e peggioramenti del paziente, provoca in quest'ultimo disagio psicologico e ne influenza emozioni, percezioni e convinzioni, nonché la vita quotidiana. Inoltre, affrontare il cancro non è una battaglia portata avanti individualmente dal paziente. *Caregiver* e personale medico oncologico svolgono infatti un ruolo fondamentale durante l'intero percorso; si richiede quindi, con crescente impellenza, a *caregiver* e professionisti oncologici di comprendere le sfide psicologiche e sociali affrontate dai pazienti oncologici.

Tutte le persone coinvolte più o meno direttamente nella malattia oncologica devono affrontare importanti sfide psicosociali. Pertanto, la comprensione delle

implicazioni psicologiche e psicosociali, a breve e lungo termine, della malattia assume sempre maggior importanza (Wang & Feng, 2022).

1.1 I pazienti oncologici e i sopravvissuti

Gli effetti del cancro sui pazienti e i sopravvissuti possono essere analizzati da due prospettive principali: temporale e funzionale. Dal punto di vista temporale, le esperienze dei pazienti e dei sopravvissuti sono generalmente suddivise in diverse fasi: pre-diagnosi, post-diagnosi prima del trattamento, breve termine dopo il trattamento e lungo termine dopo il trattamento. Ogni fase comporta problemi e richieste differenti.

Dal punto di vista funzionale, il cancro rappresenta una sfida su più livelli: a livello individuale, attraverso problemi somatici, disagio psicologico e domande esistenziali e spirituali, e a livello interpersonale e sociale, attraverso il danneggiamento del funzionamento sociale e delle relazioni (Wang & Feng, 2022).

Infine, è opportuno chiedersi cosa si intende con il termine “sopravvissuti al cancro”, in quanto non c’è una definizione univoca e condivisa. Ogni paziente, familiare e professionista oncologico propone una definizione basata sull’esperienza personale che rende difficile trovare un’idea comune. Ad oggi la definizione più diffusa vede la sopravvivenza al cancro come un percorso che inizia al momento della diagnosi e continua per il resto della vita (Marzorati et al., 2017).

1.1.1 Disagio emotivo

Il cancro rappresenta un notevole fattore di stress nella vita di una persona, in grado di causare un significativo disagio psicologico e disturbi della salute mentale. Uno stato psicologico negativo è sempre correlato a una qualità di vita meno soddisfacente, a un ridotto funzionamento psicosociale e a una prognosi peggiore. Tra i disturbi mentali più comuni associati al cancro vi sono il disturbo depressivo maggiore, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo dell'adattamento, il disturbo da panico e il disturbo da stress post-traumatico (Wang & Feng, 2022).

Malattie psichiatriche come la depressione e l'ansia sono frequenti complicanze del cancro, ma spesso vengono trascurate nonostante il loro impatto significativo sulla qualità della vita, l'aderenza al trattamento, la sopravvivenza al cancro e i costi del trattamento. La depressione può colpire fino al 20% dei pazienti affetti da cancro, mentre l'ansia può interessare fino al 10% di essi, indipendentemente dallo stadio della malattia o dal tipo di trattamento ricevuto.

La depressione è il problema psicologico più frequente tra i pazienti oncologici e il più persistente lungo il percorso di malattia; esso è associato a una scarsa aderenza al trattamento del cancro e a una minore sopravvivenza, e incrementa il rischio di suicidio dei suddetti. È quindi di fondamentale importanza riconoscere, valutare e trattare adeguatamente la depressione e l'ansia nei pazienti affetti da cancro, al fine di migliorare i loro esiti clinici e qualità della vita (Pitman et al., 2018; Satin et al., 2009).

Inoltre, i tumori spesso suscitano nei pazienti sentimenti di vergogna e colpa, alle quali si accompagna spesso lo stigma sociale associato alla malattia. Ciò è riscontrato, ad esempio, nei pazienti di cancro ai polmoni, i quali possono sperimentare auto-stigmatizzazione e sviluppo di senso di colpa a causa della correlazione tra questa particolare forma di cancro e il tabagismo. A causa della natura della malattia stessa, i pazienti oncologici e i sopravvissuti spesso si percepiscono come un carico emotivo o un peso per sé stessi e per gli altri (Wang & Feng, 2022).

Uno studio cinese, volto a determinare i rapporti di probabilità del disagio psicologico nei pazienti oncologici rispetto a pazienti con malattie croniche senza cancro e a un gruppo rappresentativo sano ha rilevato una prevalenza di disagio psicologico pari al 10,6% nel gruppo di controllo sano, 14,81% nei pazienti con malattie croniche non oncologiche e al 20,0% nei pazienti con cancro. Dunque, i dati suggeriscono che il disagio psicologico è più frequente nei pazienti con cancro rispetto a persone sane e pazienti con malattie croniche (Rao et al., 2019).

1.1.2 Deterioramento del concetto di sé

Il concetto di sé è un'idea complessa che coinvolge diverse componenti e può essere influenzato dalla presenza del cancro. La ricerca psiconcologica ha studiato diversi sottoconcetti relativi al concetto di sé, tra cui l'autostima, l'immagine corporea, l'autocontrollo e l'autovalutazione.

Negli anni '90, i ricercatori hanno riconosciuto che il cancro può non solo causare dolore fisico, ma anche minare il concetto di sé dei pazienti. Poiché il cancro è una malattia cronica, gli aspetti tipici della malattia stessa, come l'incertezza, e i trattamenti talvolta aggressivi, come la chemioterapia, possono rendere i pazienti e i sopravvissuti particolarmente vulnerabili ai cambiamenti nella percezione di sé. È stato altresì dimostrato che il concetto di sé può anche influenzare lo sviluppo, la progressione e l'esito del cancro, nonché l'adattamento alla malattia, evidenziando quindi una relazione bidirezionale tra decorso della malattia oncologica e concetto di sé (Wang & Feng, 2022).

Ad esempio, una bassa autostima può avere un impatto negativo sul funzionamento sociale, creando una diminuzione ulteriore dell'autostima e generare così una spirale negativa (Curbow et al., 1990).

1.1.3 Disturbi dell'immagine corporea

L'immagine corporea è la percezione e la valutazione che si fa del proprio aspetto fisico, e l'insoddisfazione nei suoi confronti può influenzare il proprio benessere psicosociale. Nel contesto oncologico, la malattia può avere un impatto significativo sull'aspetto e sulla funzione corporea dei pazienti durante le diverse fasi del trattamento. Le terapie utilizzate per combattere il cancro, come interventi chirurgici, chemioterapia, radioterapia e farmaci, possono causare cambiamenti fisici rilevanti come cicatrici, perdita di capelli, alterazione della forma del corpo e altre conseguenze temporanee o permanenti. Questi cambiamenti nell'aspetto e nella funzione corporea possono avere un impatto significativo sull'immagine corporea dei pazienti oncologici.

La preoccupazione eccessiva per il cambiamento causato dalla malattia e dal trattamento del cancro può avere un impatto negativo sulla qualità della vita dei pazienti, portando ai sopracitati sintomi di depressione, ansia e disagio psicologico. Questi problemi riguardano una vasta gamma di pazienti affetti da tumore, ma alcuni gruppi sono stati oggetto di particolare attenzione nelle recenti ricerche: pazienti affetti da tumori nelle zone della testa e del collo e le pazienti di sesso femminile affette da tumore al seno (Wang & Feng, 2022).

Nello specifico, la letteratura scientifica sottolinea il legame tra l'immagine corporea e il tumore al seno, poiché il seno è associato all'idea di femminilità, influenzata dai sistemi sociali e culturali. L'intervento chirurgico, specialmente la

mastectomia, può influire notevolmente sulla percezione di sé delle donne, causando instabilità emotiva, ridotta attrattività fisica e problemi nelle relazioni con il partner. Tali fattori rendono l'adattamento alla malattia un processo complesso e delicato per le donne colpite (Morales-Sánchez et al., 2021).

1.1.4 Disfunzioni sessuali

Tra le cause più comuni di disagio tra i pazienti oncologici e i sopravvissuti vi sono le disfunzioni sessuali, indipendentemente dal tipo di cancro o dal trattamento impiegato. Questo influisce negativamente sulla qualità della vita e, in alcuni casi, è uno degli aspetti più difficili da affrontare per i pazienti oncologici (Wang & Feng, 2022).

Un recente studio ha rivelato che un terzo dei pazienti e dei sopravvissuti adolescenti e giovani affetti da cancro si sente insoddisfatto della propria sessualità, sperimenta una riduzione dell'intimità e avverte la necessità di ricevere assistenza in questo campo (Mütsch et al., 2019).

Attualmente, gli oncologi identificano i problemi sessuali nei pazienti oncologici come risultato di diversi fattori. Da un lato, vi sono i fattori fisici, legati alla malattia stessa e ai trattamenti impiegati. Dall'altro, vengono considerati fattori psicologici e sociali, come le interazioni interpersonali, le influenze religiose e culturali. Purtroppo, molti pazienti e sopravvissuti al cancro si trovano impreparati ad affrontare i possibili cambiamenti sessuali che possono sorgere a causa della malattia o dei trattamenti a cui sono sottoposti. Queste persone spesso non ricevono le informazioni e il supporto necessari per affrontare adeguatamente queste complicazioni (Wang & Feng, 2022).

Un'indagine condotta nei Paesi Bassi su 2657 pazienti e sopravvissuti al cancro ha rivelato che ben il 65% di loro sentiva la necessità di ricevere informazioni specifiche sulla sessualità. Questi dati mettono in luce l'importanza di considerare le questioni di natura sessuale come parte integrante dell'assistenza sanitaria per i pazienti oncologici (Albers et al., 2020).

1.1.5 Difficoltà nel mantenimento delle relazioni interpersonali

La diagnosi di cancro può presentare diverse difficoltà nel mantenimento delle relazioni, sia per i pazienti giovani e celibi che per quelli sposati.

Nei pazienti giovani e celibi il cancro può ritardare l'inizio delle relazioni sentimentali e gli studi hanno mostrato che il tasso di matrimonio in questi pazienti è inferiore rispetto ai loro coetanei sani e alla popolazione generale. Per quanto riguarda le persone sposate, le evidenze sugli effetti del cancro sulle relazioni intime sono contrastanti. Secondo uno studio le coppie colpite da cancro hanno mostrato un aumento dell'amore reciproco dopo la diagnosi, rispetto alle coppie sane. Tuttavia, entrambi i gruppi possono affrontare problemi matrimoniali simili. Altri studi indicano invece che il cancro può causare disagio coniugale e ridurre la qualità della relazione (Wang & Feng, 2022). Ad esempio, in un sondaggio condotto tra le pazienti post-cancro al seno, in cui sono state indagate le loro esigenze di assistenza, il 13,1% delle partecipanti ha riportato difficoltà nella vita matrimoniale e sessuale (Vandendorpe et al., 2021).

Un altro studio ha esaminato i diversi tipi di famiglie dei pazienti oncologici, inclusi i caregiver, e ha rilevato che la malattia modifica il funzionamento dell'intera famiglia. Sono stati identificati tre tipologie di famiglia colpite dal cancro: poco espressiva, distaccata e solidale. La tipologia di famiglia più comune è quella poco espressiva, seguita da quelle solidali e quelle distaccate. I caregiver delle famiglie distaccate hanno riportato i livelli più bassi di salute mentale e fisica e le maggiori difficoltà nello svolgimento dei compiti di cura (Nissen et al., 2016).

In un contesto sociale più ampio, pazienti oncologici e sopravvissuti possono incorrere in disoccupazione e isolamento sociale, che possono influenzare la loro socializzazione. Questi individui possono sperimentare restrizioni sociali come l'evitamento e la critica, oltre a provare una solitudine legata al cancro, ossia una sensazione di disconnessione sociale dovuta alla malattia (Wang & Feng, 2022).

1.2 I caregiver

La diagnosi di una malattia potenzialmente letale non solo influisce negativamente sui pazienti, ma si ripercuote anche sulle persone coinvolte nella guarigione del paziente, in particolare su coloro che svolgono funzioni di assistenza. I caregiver informali sono definiti come coloro che in genere forniscono ai pazienti assistenza domiciliare non retribuita. Le attività di *caregiving* sono impegnative dal punto di vista fisico, emotivo, sociale e finanziario. La crescente tendenza verso l'assistenza ospedaliera abbreviata ha reso cruciale l'assistenza ambulatoriale e domiciliare nel processo di recupero e

riabilitazione dei pazienti. In particolare, negli Stati Uniti, il numero di persone coinvolte nell'assistenza domiciliare ai malati di cancro è aumentato notevolmente, arrivando a coinvolgere 4,6 milioni di persone (Wang & Feng, 2022).

1.2.1 Carico assistenziale

Il carico assistenziale (*caregiver burden*) è lo stress emotivo, sociale e finanziario che la malattia impone ai caregiver della persona malata (Wang & Feng, 2022). I caregiver informali, quindi non retribuiti, svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza ai pazienti oncologici, sia in ambito domiciliare che ospedaliero. Questi caregiver sono spesso coniugi, partner, parenti o amici intimi che si prendono cura dei pazienti, offrendo un supporto fisico, psicologico ed anche economico senza ricevere un compenso. Anche il ruolo di questa tipologia di caregiver ha un impatto significativo su tutte le persone coinvolte. A causa delle molteplici responsabilità nell'assistenza, i caregiver informali vedono ridotto il proprio tempo libero e la loro salute fisica e mentale viene compromessa dalla mancanza di riposo. Nonostante ciò, a causa di valori tradizionali e di pressioni sociali, tendono a nascondere e sopprimere le proprie emozioni negative, evitando momenti di svago e relax, anche quando hanno del tempo libero a disposizione. Inoltre, la maggior parte dei caregiver informali non ha una formazione professionale specifica nella cura del cancro, e l'ampio carico di responsabilità che devono affrontare impedisce loro di accedere a supporto diretto e assistenza specializzata, causando una maggiore probabilità di depressione e una bassa qualità di vita. Poiché la condizione dei caregiver informali influenza la qualità dell'assistenza che possono offrire, ciò può avere un impatto sul benessere complessivo del paziente. La fatica e lo stress dei caregiver possono influire sulla loro capacità di fornire un supporto adeguato, rendendo ancora più importante prendersi cura anche di loro stessi (Li et al., 2022).

Nonostante i caregiver informali svolgano un ruolo di inestimabile valore, fornendo un'assistenza stimata in oltre 470 miliardi di dollari all'anno nel 2013, l'onere economico che grava su di loro è significativo (Wang & Feng, 2022).

Nel caso dell'Italia, il Servizio Sanitario Nazionale fornisce assistenza sanitaria gratuita a tutti i pazienti oncologici, indipendentemente dal loro status

assicurativo ed economico. Tuttavia, l'accesso a questa assistenza può essere difficile, con conseguenti significativi costi diretti e indiretti che ricadono sul paziente e sulla sua famiglia. La prima indagine nazionale condotta in Italia sull'onere dell'assistenza ai pazienti con cancro terminale stima che ogni anno in circa 40.000 famiglie qualcuno si licenzia o riduce il proprio orario di lavoro per prendersi cura di un parente oncologico, e circa 35.000 famiglie spendono la maggior parte dei loro risparmi per pagare i costi associati alla malattia. Un altro aspetto importante che emerge è che la maggioranza dei caregiver è costituita da mogli, figlie o nuore, rivelando che le donne sono coloro che subiscono l'onere maggiore. Inoltre, le persone nelle aree più svantaggiate del Paese, le regioni meridionali, incorrono in costi maggiori per la fornitura di assistenza domiciliare (Rossi et al., 2007).

1.2.2 Problemi di salute dei caregiver

La malattia oncologica può indurre anche nei caregiver un disagio psicologico simile a quello dei pazienti (Wang & Feng, 2022).

Secondo una revisione sistematica, è emerso che la prevalenza della depressione tra i caregiver di pazienti oncologici era del 42,3%, mentre quella dell'ansia era del 46,6% (Geng et al., 2018).

Inoltre, una metanalisi ha evidenziato che lo stress che grava sui caregiver può causare loro una serie di disturbi psicologici, tra cui ansia e depressione, e disturbi del sonno, oltre a influenzare negativamente la salute fisica e il benessere finanziario. Questi problemi fisici includono disturbi somatici, stanchezza, insonnia e alterazioni della funzione immunitaria. Tuttavia, è importante sottolineare che esistono possibilità di miglioramento di queste condizioni attraverso un intervento adeguato, atto a migliorare le capacità di *coping*, le conoscenze e la qualità della vita dei caregiver (Northouse et al., 2012).

1.3 Il personale sanitario

I professionisti che lavorano a contatto con pazienti di malattie oncologiche svolgono un ruolo fondamentale nel supporto e nella cura dei pazienti affetti da cancro. Essi comprendono medici oncologi, infermieri oncologici, psicologi, assistenti sociali, terapisti e molti altri membri dell'équipe di cura. Queste figure professionali giocano un ruolo cruciale nel fornire informazioni, assistenza

medica e supporto emotivo lungo tutto il percorso della malattia, incluso il periodo successivo al trattamento, mantenendo i contatti con i pazienti e i caregiver per lunghi periodi di tempo; pertanto, le capacità di comunicazione e le prestazioni lavorative di questo gruppo sono fondamentali. Tuttavia, il lavoro nel campo della salute è impegnativo e difficile per questi professionisti sanitari, soprattutto con i recenti e più pesanti oneri lavorativi imposti dalla pandemia di coronavirus (Wang & Feng, 2022).

1.3.1 Problemi di comunicazione tra medico e paziente

La comunicazione medico-paziente durante un consulto medico comporta l'interazione tra medici, pazienti e loro familiari riguardo alla malattia, alla diagnosi, al trattamento, al ripristino della salute e ad altri fattori correlati, come i costi e i servizi medici. Una migliore comunicazione tra operatori sanitari e pazienti è associata a molti risultati positivi, tra cui migliori condizioni di salute oggettive e soggettive, maggiore aderenza al trattamento e all'uso di farmaci e maggiore soddisfazione del paziente.

Purtroppo, esiste una discrepanza tra la percezione che i medici hanno delle loro capacità comunicative e la valutazione che ne danno i pazienti, in quanto è risaputo che gli operatori sanitari dovrebbero essere più empatici e pazienti, migliorare le capacità comunicative ed essere istruiti a condurre conversazioni orientate al paziente. In aggiunta alla comunicazione generale, una delle questioni particolari e complesse per gli oncologi riguarda la capacità di comunicare in modo adeguato le notizie negative ai pazienti con nuova diagnosi di tumore e ai loro caregiver (Wang & Feng, 2022).

Gli obiettivi principali di questa comunicazione sono tre: la creazione di una buona relazione interpersonale, la facilitazione dello scambio di informazioni e l'inclusione dei pazienti nel processo decisionale.

Una comunicazione efficace tra medico e paziente ha numerosi vantaggi: può aiutare a ridurre l'ansia e la paura, facilitare la comprensione delle informazioni mediche e consentire una migliore identificazione delle proprie esigenze. Inoltre, i pazienti che si sentono ascoltati e compresi hanno maggiori probabilità di aderire al trattamento e di seguire i consigli del medico, il che può migliorare l'efficacia delle cure e il recupero (Ha, 2010).

1.3.2 Burnout

Il burnout è una sindrome ben nota caratterizzata da tre fattori principali: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e scarsa realizzazione personale. Nella maggior parte dei casi il burnout si sviluppa a seguito di uno stress cronico. Questa sindrome può avere conseguenze negative sia per gli individui che per le istituzioni. Per gli individui, il burnout può causare sintomi come depressione, ansia, rabbia, aggressività interpersonale e problemi di salute; nelle organizzazioni, il burnout prolungato può portare a un aumento del turnover, una diminuzione dell'impegno e un'incrementata intenzione di abbandonare il lavoro. I professionisti orientati alle persone, che sostengono e offrono aiuto al prossimo, sono a più alto rischio di sperimentare il burnout lavorativo. Gli operatori sanitari sviluppano relazioni terapeutiche con loro e mantengono livelli continui e intensi di contatto personale ed emotivo (Wang & Feng, 2022).

Il rischio di burnout per gli oncologi è dunque elevato: uno studio che ha esaminato il fenomeno del burnout nei professionisti oncologici cinesi all'inizio della carriera ha indicato che questo gruppo era ad alto rischio di burnout; il 39% di loro aveva infatti già sperimentato almeno un sintomo associato a questa sindrome (Tang et al., 2018).

Un'altra revisione sistematica ha rivelato l'incidenza del burnout tra gli infermieri di oncologia: essi soffrivano di un alto livello di esaurimento emotivo e di un maggiore senso di scarsa realizzazione personale (Gómez-Urquiza et al., 2016).

2. PSICONCOLOGIA

2.1 Definizione

Come già detto in precedenza, il cancro è una malattia che può causare una vasta gamma di problemi fisici e psicosociali, spesso aggravati dagli stessi trattamenti previsti dalle cure mediche. Le problematiche psicosociali influenzano il decorso della malattia e incidono soprattutto sul benessere fisico e mentale dei pazienti, peggiorando drasticamente la qualità della vita di tutte le persone coinvolte. Di conseguenza, la richiesta di interventi psicosociali mirati al trattamento e al supporto dei pazienti affetti da malattie oncologiche e dei sopravvissuti al cancro è cresciuta notevolmente (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

Nel 1992 l'interesse per gli aspetti psicologici, sociali e comportamentali del cancro ha dato origine a una nuova sottospecialità all'interno dell'oncologia. Questo campo è noto come psico-oncologia negli Stati Uniti, ma nella maggior parte dell'Europa è preferito il termine "oncologia psicosociale" (Holland, 2002). La psiconcologia si focalizza su due dimensioni psicologiche principali del cancro: psicosociale, che studia le risposte emozionali dei pazienti, delle loro famiglie e di coloro che li assistono, in tutte le fasi della malattia; psicobiologico, che studia i fattori psicologici, comportamentali e sociali che possono influenzare la morbilità e la mortalità da cancro (Holland, 2002, 2018).

Negli ultimi due decenni si sono registrati miglioramenti rivoluzionari nella comprensione della biologia del cancro e nello sviluppo di nuovi trattamenti oncologici. Tuttavia, ogni nuova terapia medica porta con sé nuove sfide psicologiche per i pazienti, con complicazioni neuropsichiatriche e psicologiche significative (Holland, 2002). La psiconcologia si è affermata come campo interdisciplinare relativamente nuovo, il cui fine è quello di affiancare i pazienti oncologici, offrendo un sostegno completo ed efficace per gestire le sfide psicologiche e sociali connesse alla malattia, migliorando il benessere generale lungo tutte le fasi della suddetta e promuovendo in tal modo una cura più completa (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

La sottospecialità della psiconcologia coinvolge quindi professionisti provenienti da diverse discipline e specialità mediche, i quali utilizzano le loro osservazioni cliniche, i metodi di indagine unici e le competenze acquisite nelle loro diverse

discipline, e le applicano al cancro. Lo psiconcologo è la figura professionale impegnata in prima persona nella cura dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro assistenti, ma è anche il professionista designato per insegnare questi principi e queste competenze al personale oncologico (Holland, 2018).

2.2 Obiettivi

Il miglioramento della qualità della vita dei pazienti è di primaria importanza nella battaglia contro il cancro. Le dinamiche psicosociali modulano il decorso della malattia, influenzando il benessere sia fisico che mentale della persona.

Secondo la psichiatra Jimmie C. Holland, definita spesso come “la madre della psiconcologia” (Tuma, 2004), gli obiettivi principali della disciplina sono:

1. promuovere l'istruzione e la formazione di clinici e ricercatori le cui specifiche competenze sono identificate come psiconcologia e la cui formazione li identifica come psiconcologi;
2. promuovere l'integrazione dell'assistenza psicologica all'interno della cura globale dei pazienti oncologici, in tutte le fasi della malattia, e delle loro famiglie, da parte di tutti i professionisti sanitari in oncologia;
3. sviluppare programmi di formazione in psiconcologia che contengano un nucleo comune di concetti rilevanti per tutti i professionisti e componenti specialistiche per rispondere alle particolari esigenze formative di specifiche discipline oncologiche, per assicurare che i principi psicologici di una buona assistenza siano incorporati nell'assistenza totale;
4. promuovere lo studio dei fattori psicologici, sociali e comportamentali nella prevenzione, nella diagnosi del cancro e nella sopravvivenza;
5. promuovere la ricerca interculturale in cui si studiano gli stress universali del cancro in relazione alle influenze culturali nell'adattamento;
6. incoraggiare studi controllati, singoli e combinati, di interventi psicoterapeutici, comportamentali e psicofarmacologici per il controllo del disagio nei pazienti suddivisi per sede, stadio e trattamento del cancro;
7. accrescere la consapevolezza, e dunque la gestione, di problemi psicologici e sociali rilevanti per i pazienti che ricevono trattamenti attivi, cure palliative, e per coloro che hanno concluso con successo il trattamento;

8. prestare attenzione ai valori umani, etici e spirituali nell'assistenza ai pazienti, in particolare per quanto riguarda le decisioni in fase terminale e i diritti dei pazienti trattati con protocolli sperimentali;
9. studiare lo stress psicologico degli operatori sanitari in oncologia e indagare i modi per evitare conseguenze negative sul loro benessere e sulla qualità delle cure che forniscono;
10. incoraggiare la qualità della vita come variabile di esito nella ricerca sulle sperimentazioni cliniche, come modo per migliorare le informazioni fornite ai pazienti nel prendere decisioni sul trattamento;
11. promuovere obiettivi di trattamento ampi, che includano la qualità della vita e il benessere, e cercare di raggiungere uno stato libero da malattia che includa il conseguimento di risultati funzionali nei principali domini della vita (riabilitazione);
12. sostenere le risorse volte a ridurre il rischio di cancro e a promuovere una riabilitazione e una sopravvivenza ottimali a livello locale (ospedale/clinica), comunitario, statale, nazionale e internazionale, con un accesso adeguato per tutte le persone a tali risorse (Holland, 2018).

La psiconcologia gioca un ruolo essenziale lungo l'intero continuum del cancro, accompagnando i pazienti in ogni fase del percorso: dalla prevenzione (primaria e secondaria) e dal cancro preclinico (rischio genetico noto o marcatori tumorali positivi in assenza di malattia clinica); attraverso la diagnosi, il trattamento e la sopravvivenza; fino alle cure palliative e di fine vita.

Iniziando dalla prevenzione primaria del cancro, essa è strettamente legata alla modifica dei comportamenti e dello stile di vita, un aspetto in cui la psiconcologia può fornire un prezioso contributo. Per quanto riguarda il cancro preclinico, con il progresso delle conoscenze sulle basi genetiche dei tumori, i test genetici sono diventati sempre più rilevanti, sebbene sia ancora necessario studiare le implicazioni psicologiche e sociali per i pazienti e le loro famiglie. Le terapie antitumorali, di vitale importanza per il trattamento del cancro, possono generare una serie di disturbi psichiatrici e neuropsichiatrici nei pazienti, un aspetto che è importante affrontare e monitorare attentamente nel percorso di cura. In questo contesto la qualità della vita percepita dai pazienti dovrebbe essere considerata come una misura di esito fondamentale nei numerosi studi clinici in corso, in particolare quando i trattamenti possono avere impatti

significativi sulla qualità della vita del paziente. Informazioni sulla qualità della vita possono aiutare i pazienti a prendere decisioni informate riguardo alle terapie offerte. I sopravvissuti al cancro, grazie ai progressi nella cura della malattia, sono sempre più numerosi, ma affrontano sfide psicologiche dovute agli effetti collaterali delle terapie ricevute. Molti di essi possono sperimentare sintomi di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e risposte condizionate, a testimonianza del bagaglio psicologico che portano con sé anche dopo la conclusione del trattamento. Le cure palliative, infine, hanno portato alla luce le complicazioni psichiatriche che possono emergere in questa fase delicata del percorso di cura (Holland, 2002).

2.3 Storia della psiconcologia

Per comprendere la nascita della psiconcologia come nuova disciplina e sottospecialità dell'oncologia, è utile osservare come l'interesse per la dimensione psicologica, sociale e comportamentale del cancro sia variato di pari passo con il progresso delle conoscenze e dei trattamenti medici nel tempo.

Inoltre, è fondamentale conoscere come si sono evoluti gli atteggiamenti delle persone nei confronti del cancro e della malattia mentale, perché alcuni di essi continuano ad essere degli ostacoli a un'assistenza e a una ricerca psicosociale ottimali; inoltre, i suddetti atteggiamenti permettono di spiegare, in parte, l'emergere così tardivo della psiconcologia (Holland, 2002).

2.3.1 Relazione tra innovazione nel campo medico e atteggiamento nei confronti del cancro

Nel 1800 e nei secoli precedenti, la diagnosi di cancro era equiparata ad una sentenza di morte per il paziente. Al tempo non erano conosciute possibili cause o cure, e vista la prospettiva infausta si considerava crudele e disumano riferire al paziente la sua diagnosi, perché conoscere la diagnosi gli avrebbe fatto perdere ogni speranza di guarigione. La paura del cancro era così grande che la famiglia non rivelava la diagnosi ad altri, a causa dello stigma che si legava al paziente e alla famiglia. La vergogna e il senso di colpa erano le emozioni dominanti, unite al timore che la malattia fosse contagiosa.

La convinzione che il cancro fosse sinonimo di morte è rimasta valida fino a quando, nel 1847, è stato possibile effettuare il primo trattamento chirurgico del

cancro, in seguito alla scoperta dell'etere etilico come anestetico. Furono sviluppate tecniche chirurgiche antisettiche che aumentarono le possibilità di trattare efficacemente tumori precoci e localmente contenuti.

Per la prima volta divenne importante educare le persone sui segnali di allarme del cancro, per incoraggiare la diagnosi precoce e per influenzare l'atteggiamento fatalista di medici e pazienti nei confronti del cancro. Ad esempio, per combattere la paura sono stati utilizzati slogan come "Combatti il cancro con la conoscenza". Nel 1912, la radioterapia iniziò a essere utilizzata in Europa come trattamento per il cancro, era generalmente proposta come palliativo dopo un fallimento chirurgico, era temuta tanto quanto la chirurgia. L'anno successivo a New York viene fondata l'American Cancer Society.

Nel 1950, con il rapido sviluppo di diversi agenti antitumorali altamente efficaci, la chemioterapia è stata aggiunta come modalità di trattamento del cancro e la sua introduzione ha cambiato drasticamente la prognosi di diversi tumori precedentemente fatali per bambini e giovani adulti. La terapia multimodale, che combina questi tre trattamenti (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) con l'immunoterapia, ha iniziato ad avere un impatto significativo sulle statistiche di sopravvivenza, soprattutto nella popolazione più giovane.

Negli anni '60 le guarigioni di tumori prima mortali hanno contribuito a ridurre il pessimismo nei confronti del trattamento del cancro e hanno stimolato un nuovo interesse per gli effetti a lungo termine del trattamento oncologico. Questo periodo coincise con il risveglio delle preoccupazioni sull'importanza del consenso informato per i pazienti che stanno per ricevere un trattamento, che può avvenire solo nel contesto di un dialogo aperto con il medico sulla diagnosi e sulle opzioni terapeutiche. In precedenza, infatti, il medico aveva il solo compito di occuparsi del corpo del paziente, mentre il dialogo veniva spesso relegato alla dimensione spirituale del paziente lasciando ai gruppi religiosi il ruolo tradizionale consolatorio nei confronti dei credenti durante la malattia.

Iniziarono quindi i primi dibattiti sulle implicazioni del non rivelare mai la diagnosi di cancro ai pazienti. Alla fine degli anni '60, infatti, con l'aumento della probabilità di sopravvivenza, in alcuni Paesi, in particolare negli Stati Uniti, la diagnosi di cancro veniva rivelata più spesso ai pazienti.

In un sondaggio condotto da Oken nel 1961, oltre il 90% dei medici americani non rivelava abitualmente la diagnosi al paziente. Le stesse domande poste in

un sondaggio del 1979 hanno mostrato che il 97% dei medici della stessa area geografica comunicava ai pazienti la diagnosi di cancro (Novack et al., 1979).

L'argomentazione secondo cui molte persone preferivano essere messe al corrente della propria condizione e che il danno era maggiore se si mentiva al paziente, cominciava a essere convincente.

Inoltre, con l'aumento della curabilità di un maggior numero di tipi di cancro, anche l'ottimismo è incrementato di pari passo, rendendo più facile discutere di questi argomenti. Tuttavia, la sincerità dei medici americani nel comunicare la diagnosi di cancro non è stata eguagliata in molti altri Paesi, dove mentire è tutt'ora la scelta più frequente (Holland, 2002; 2018). Nonostante la maggior parte dei medici dica la verità più spesso rispetto al passato, sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo, la maggior parte di loro preferisce comunicare la diagnosi ai parenti più prossimi. Occorre comunque specificare che l'approccio alla comunicazione sulla diagnosi rimane significativamente diverso a seconda del paese in questione, in quanto gli aspetti culturali e valoriali sono le variabili principali (Mystakidou et al., 2004).

Per quanto riguarda l'Italia, Luigi Cavanna e collaboratori (2007) hanno condotto un'indagine sulla consapevolezza della diagnosi tra i pazienti oncologici e ne è risultato che il 54,98% dei pazienti sono stati correttamente informati, il 21,54% non era sicuro della veridicità della diagnosi comunicatagli e il 23,47% pensava che la propria malattia non fosse di natura oncologica.

La maggior propensione a rivelare le diagnosi oncologiche, unita al crescente tasso di sopravvivenza dei pazienti, ha lentamente slegato il cancro dal concetto di morte certa e l'ottimismo conseguente ha generato interesse per le questioni psicologiche diverse dalla preparazione alla morte e della sua accettazione.

A questo proposito, un altro fattore che ha accresciuto l'interesse per le questioni psicologiche legate al cancro è stato il lavoro della psichiatra Elizabeth Kubler-Ross. Grazie a lei si è cominciato a parlare con i pazienti oncologici della loro morte imminente e medici e infermieri sono stati esortati a non evitare questi pazienti e ad ascoltare le loro preoccupazioni. Il contributo di Kubler-Ross, dovuto soprattutto alla formulazione delle cinque fasi dell'elaborazione del lutto (Kübler-Ross & Kessler, 2005), è stato cruciale per dare inizio al movimento tanatologico, per la promozione del concetto di *hospice* e per l'umanizzazione delle cure di fine vita.

Tuttavia, la barriera attitudinale che si oppone a "tutto ciò che è mentale", non è scomparsa e rallenta lo sviluppo e la fruizione dei servizi psicologici e psichiatrici. I pazienti odierni affetti da cancro temono di essere etichettati non solo come malati di cancro, ma anche come persone "deboli" che hanno bisogno di aiuto psicologico. Per superare questa barriera, i servizi psicosociali sviluppati oggi devono essere perfettamente integrati nei servizi oncologici. Il professionista della salute mentale deve essere visto come un membro dell'équipe medica, con valutazioni e servizi clinici erogati nella stessa sede geografica, per ridurre la barriera che deriva dal percepire i servizi di supporto psicologico come distanti e, quindi, soggetti allo stigma che permane nel loro utilizzo.

Negli anni '60 e '70, gli psicologi clinici e sperimentali iniziarono a studiare i pazienti con misure quantitative più accurate e infine con metodi che consentivano di esplorare le interazioni tra il fisiologico e lo psicologico (Holland, 2002; 2018).

2.3.2 La nascita della psiconcologia

La sottospecialità della psiconcologia è nata formalmente intorno alla metà degli anni '70 negli Stati Uniti d'America, quando è diventato possibile parlare apertamente con i pazienti della loro diagnosi di cancro e delle implicazioni sulla loro vita. Ciò è coinciso con diversi cambiamenti sociali. In primo luogo, l'opinione pubblica provava un maggiore senso di ottimismo nei confronti del cancro, a differenza di quanto avveniva in precedenza, quando rimanevano in silenzio a causa dello stigma della malattia e della paura di ripercussioni sul lavoro. In secondo luogo, le celebrità hanno iniziato a permettere ai media di parlare della loro malattia, rivelando sia la diagnosi che il trattamento. Infine, nello stesso periodo si è assistito alla nascita di numerosi movimenti sociali a favore dei diritti umani, che hanno portato l'attenzione della nazione su individui in precedenza poco considerati: donne, consumatori e pazienti. La somma di questi fattori ha portato la società a parlare più apertamente del cancro e delle sue implicazioni sociali, dando inizio all'esplorazione della dimensione psicologica della malattia oncologica.

L'American Cancer Society ha sostenuto la ricerca agli albori di questo settore e ha sponsorizzato diverse conferenze in cui sono stati sviluppati strumenti per misurare quantitativamente i sintomi soggettivi di dolore, ansia, nausea,

depressione e delirio. Il gruppo psichiatrico del Memorial Sloan-Kettering ha iniziato a sviluppare servizi clinici, programmi di formazione post-laurea che comprendono esperienze didattiche e cliniche di tutoraggio per psichiatri e psicologi, e un'iniziativa per la ricerca.

A metà degli anni '70, gli psichiatri che lavoravano nella degenza oncologica o nelle unità di psiconcologia costituivano il primo gruppo di ricercatori; in quanto tali, hanno esplorato l'epidemiologia dei disturbi psichiatrici in comorbidità che più spesso complicavano l'assistenza oncologica: depressione, ansia e delirio, come citato per l'appunto in precedenza. Gli studi hanno iniziato a documentare la frequenza della depressione in base alla sede e allo stadio del cancro, riconoscendo le difficoltà nel separare i sintomi fisici da quelli psicologici; le cause e il decorso del delirio; le cause, funzionali e legate al trattamento, dell'ansia; la relazione di tutti con la presenza di dolore e la compromissione del funzionamento cognitivo. Iniziarono gli studi clinici sugli interventi psicosociali e psicofarmacologici. Un resoconto di questa letteratura di ricerca e dell'esperienza clinica è apparso nel primo testo di psiconcologia pubblicato nel 1989 (Holland & Rowland, 1989).

La Società Internazionale di Psiconcologia (IPOS) è stata costituita nel 1984 come riconoscimento della necessità di comunicazione tra i diversi piccoli gruppi che si interessavano della materia. È servita come fonte di scambio internazionale e ha incoraggiato opportunità di formazione per i ricercatori psicosociali, affinché potessero studiare in diversi Paesi e apprendere nuove competenze cliniche e di ricerca. Crebbe l'opportunità di formare il personale oncologico su questi temi attraverso cicli di insegnamento, workshop in servizio e nelle conferenze nazionali. Anche le sessioni di gruppo per il personale oncologico incrementò la sua popolarità, insieme allo studio della comunicazione tra personale e paziente e l'impatto dello stress sul personale oncologico.

Negli anni '70, è iniziato il movimento della medicina comportamentale, che ha attirato una nuova generazione di ricercatori interessati agli aspetti psicosociali del cancro. Gli psicologi della salute hanno giocato un ruolo rilevante in questa ricerca, focalizzandosi sui modelli teorici di coping e introducendo modelli cognitivo-comportamentali di interventi psicologici. Parallelamente, gli psicologi comportamentali hanno contribuito alla prevenzione del cancro attraverso studi volti a modificare lo stile di vita per ridurre l'incidenza della malattia.

Sempre negli anni '70, diverse organizzazioni, prima negli Stati Uniti, poi in Europa, hanno contribuito in modo significativo alla ricerca collaborativa e alla formazione pur rappresentando nicchie di studiosi non afferenti a nessun ente nazionale preposto. Questi sforzi sono culminati nella creazione di un centro di collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la misurazione della Qualità della Vita (WHOQOL). A partire dagli anni '80, le società oncologiche nazionali e internazionali hanno iniziato a promuovere attivamente lo sviluppo della ricerca psicosociale e sulla qualità della vita, contribuendo alla crescita dei programmi attualmente in corso. Il campo si è allargato per accogliere più centri dedicati alla ricerca sulla qualità della vita negli studi clinici, sulle reazioni psicologiche e sulla gestione, nonché sui fattori psicologici e sociali che influenzano la sopravvivenza (Holland, 2002; 2018).

In Italia il primo Servizio di Psicologia orientato specificamente all'assistenza del paziente oncologico venne costituito nel 1980 presso l'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova; a Milano nel 1985 venne fondata la SIPO (Società Italiana di Psiconcologia), che si occupa di sostegno rivolto ai pazienti e supporto ai diversi professionisti coinvolti nel trattamento. (www.siponazionale.it/source/storia_associazione.html)

Il campo sta crescendo e progredendo tutt'oggi coinvolgendo professionisti di diverse discipline e specialità mediche che mettono a disposizione le loro competenze acquisite nelle loro diverse discipline e le applicano al cancro. Questi profili professionali si sono uniti a medici oncologi, radioterapisti e chirurghi, che hanno la responsabilità primaria della cura dei pazienti oncologici, per sviluppare una maggior consapevolezza e comprensione delle dimensioni psicologiche, sociali e comportamentali del cancro, e della loro gestione. In particolare, la psichiatria, le scienze sociali, la psicologia e l'infermieristica hanno contribuito alla conoscenza e all'esperienza metodologica e clinica. Lo psiconcologo che collabora con gli specialisti oncologici tradizionali offre una prospettiva e una competenza che può contribuire in modo sostanziale all'assistenza clinica, alla ricerca e alla formazione in oncologia (Holland, 2002; 2018).

2.4 La ricerca in psiconcologia oggi

Negli anni passati, la ricerca psiconcologica ha contribuito ad ampliare le conoscenze basate sull'evidenza del peso psicosociale del cancro nei pazienti e

nei familiari, nonché sugli interventi efficaci per ridurre ansia e depressione, e migliorare la qualità della vita. Oggi gli obiettivi della ricerca potrebbero essere posti a partire dalle conoscenze esistenti sul disagio dei sintomi fisici e sulla loro interazione con il benessere psicologico, sui processi di coping e di adattamento, sul supporto sociale e sulla qualità della vita. Inoltre, è disponibile un'ampia gamma di misure di screening e di esito convalidate. Pertanto, la psiconcologia è diventata una sottodisciplina basata sulle evidenze riscontrate nell'ambito dei servizi psicosociali nell'assistenza medica e un modello per l'applicazione di successo delle scienze comportamentali e sociali in medicina.

A livello internazionale, gli studi sulle sopracitate risposte umane universali al cancro sono di importanza cruciale per due motivi: in primo luogo, consentono di esaminare i cambiamenti nel significato sociale e psicologico del cancro in diverse parti del mondo nel corso del tempo, man mano che trattamenti efficaci vengono messi a punto e cambiano la prognosi di un particolare tipo di cancro da totalmente fatale a ampiamente curabile; in secondo luogo, una prospettiva internazionale incoraggia lo sviluppo di studi interculturali, che possono esaminare l'impatto emotivo del cancro sui pazienti e sulle loro famiglie e come esso sia influenzato dai modelli nazionali di assistenza sanitaria, dagli atteggiamenti culturali e dalle credenze religiose (Holland, 2018).

La formazione di varie società scientifiche nazionali di psiconcologia in tutto il mondo e le numerose attività avviate dalla Società Internazionale di Psico-Oncologia (IPOS) hanno favorito non solo la ricerca psicosociale sul cancro, ma anche la formazione di scienziati e specialisti in questo campo. Molte società di psiconcologia in tutto il mondo organizzano incontri scientifici annuali o biennali e sempre più spesso gli esperti presentano i risultati delle ricerche psicosociali attuali alle conferenze sul cancro (Goerling & Mehnert, 2018).

È importante riconoscere che la ricerca psiconcologica dipende fortemente dal sostegno istituzionale, che presuppone un'adeguata competenza sociale e interattiva dei ricercatori coinvolti. La competenza nella ricerca non comprende solo abilità metodologiche e conoscenze psicologiche e mediche dettagliate, ma anche la conoscenza delle strutture e dei processi formali e informali all'interno delle istituzioni che collaborano (Koch et al. 2016). Competenze comunicative adeguatamente sviluppate possono ricoprire un ruolo chiave nella conduzione di studi di successo che consentano al ricercatore di comunicare efficacemente con

il paziente (e i familiari) e con l'équipe sanitaria multidisciplinare coinvolta (Goerling & Mehnert, 2018).

Il finanziamento per la ricerca e la formazione nella psiconcologia è cruciale per il suo riconoscimento e sviluppo come sottospecialità legittima. Il problema cronico di assicurare finanziamenti adeguati a questa ricerca e formazione è un fattore determinante per la crescita continua del campo. Un segnale promettente è rappresentato dalle richieste sempre più frequenti da parte dell'opinione pubblica riguardo alla qualità della vita legata alle cure oncologiche. Questa pressione, proveniente anche da sopravvissuti al cancro e professionisti della psiconcologia, potrebbe convincere i funzionari pubblici a intervenire politicamente sull'istituzione sanitaria per riconoscere e sostenere questi bisogni. Ciò dovrebbe favorire il finanziamento di questa dimensione dell'assistenza sanitaria, che è stata spesso trascurata nonostante la richiesta espressa direttamente dai pazienti (Holland, 2002; 2018).

2.5 Sviluppo di nuovi trattamenti

La disciplina psiconcologica si inserisce in un contesto culturale e tecnologico in continua evoluzione e sfrutta le nuove conquiste tecnologiche per sviluppare nuovi metodi al passo coi tempi che aiutino in modo sempre più capillare le persone coinvolte nel decorso delle malattie oncologiche.

2.5.1 Mindfulness e ricerca di significato

Il cancro può sconvolgere il senso che il paziente dà alla propria vita e rappresenta una minaccia per il concetto di sé e del mondo coerente che egli aveva prima della malattia. Molti pazienti riferiscono un disagio spirituale o esistenziale. I pazienti che attribuiscono un maggiore significato alla vita hanno un maggiore benessere psicologico, un adattamento più riuscito, una migliore qualità della vita e un minore disagio psicologico dopo la diagnosi di cancro rispetto ai pazienti che le attribuiscono un minor significato o non lo fanno affatto. Negli ultimi 15 anni sono stati sviluppati e sperimentati, con risultati incoraggianti, specifici interventi psicoterapeutici orientati al significato, mirati a diverse fasi della malattia. La psicoterapia centrata sul significato, ad esempio, ha mostrato effetti positivi sui sopravvissuti al cancro, così come nella malattia avanzata, con miglioramenti non solo negli aspetti legati al significato, ma anche nell'alleviare

lo stress generale e nei livelli di depressione. Allo stesso modo, il programma *Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM)* ha mostrato risultati preliminari significativi con miglioramenti del benessere spirituale, oltre che dell'ansia e della depressione, ed è ora in fase di ulteriore sperimentazione.

La *mindfulness* è definita come l'abilità di portare la propria attenzione a qualsiasi cosa stia accadendo nel momento presente in modo accettante e non giudicante. Derivata dalle pratiche di meditazione dell'Estremo Oriente, negli ultimi tre decenni è diventata sempre più popolare nella psicoterapia occidentale, utilizzata come tale o come componente nel trattamento di un'ampia varietà di disturbi psichiatrici e di malattie croniche. Le tecniche basate sulla *mindfulness*, principalmente la *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)* e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*, sono state sperimentate in ambito oncologico e sembrano migliorare gli aspetti psicosociali della qualità della vita e alleviare i sintomi di angoscia, ansia, fatica e insonnia (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

In una recente metanalisi sugli interventi basati sulla *mindfulness* nel tumore al seno sono stati confermati effetti positivi significativi su qualità della vita, fatica, stress, ansia, sonno e depressione. Tuttavia, la maggior parte degli effetti non era rintracciabile a 6 o 12 mesi di follow-up e gli effetti medi si sono dimostrati al di sotto della soglia minima di importanza clinica; pertanto, la rilevanza clinica rimane poco chiara (Haller et al., 2017).

La terapia dell'accettazione e dell'impegno (*ACT*), sviluppata da Steven Hayes, combina i due aspetti della *mindfulness* e della ricerca di significato e si è già dimostrata efficace su una serie di condizioni mentali e fisiche, tra cui la depressione, i disturbi d'ansia e il dolore cronico, ed è ora sempre più analizzata anche in ambito oncologico. L'*ACT* si basa sul presupposto che il dolore, il lutto, l'ansia e la malattia siano caratteristiche inevitabili della vita umana, con l'obiettivo terapeutico di aiutare gli individui a adattarsi a questo tipo di difficoltà sviluppando una maggiore flessibilità psicologica e perseguendo con impegno aree di vita di valore (Hayes et al., 2006). Finora sono stati condotti solo alcuni studi, tra cui quelli con l'obiettivo di sostenere i familiari dei pazienti oncologici, che hanno fornito dati preliminari che mostrano potenziali effetti clinici positivi. Le fondamenta dell'*ACT* sembrano particolarmente adatte alla natura individualistica dell'adattamento al cancro, per cui sono necessarie ulteriori ricerche in quest'area (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

2.5.2 E-health

La crescente diffusione e l'esponenziale sviluppo tecnico delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione mettono a disposizione un'ampia gamma di strumenti applicabili nella cura psiconcologica. I servizi Internet sono utilizzati per l'educazione e il trasferimento di conoscenze; le piattaforme online offrono gruppi di supporto e possibilità di networking; i programmi per computer o le applicazioni per smartphone aiutano l'automonitoraggio o la pianificazione della formazione; la comunicazione elettronica e i dispositivi telematici supportano la comunicazione con i fornitori di assistenza sanitaria; e la formazione all'autogestione o i programmi psicoterapeutici (in parte) digitali aiutano a gestire i sintomi di disagio e gli aspetti psicosociali. La prova dell'efficacia della maggior parte di questi interventi è tuttavia ancora limitata e molti problemi devono ancora essere risolti, a cominciare da quelli legati alla diffusione via Internet di informazioni false o distorte, passando per i problemi di protezione dei dati e alle barriere di utilizzo. Tuttavia, poiché l'assistenza psicosociale richiede tempo e risorse che ne limitano spesso la fattibilità, è probabile che i servizi di e-health, grazie alla maggior capillarità potenziale e alla relativa economicità, diventino un complemento essenziale alle cure tradizionali (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

3. DIFFERENZE DEL DECORSO TERAPEUTICO DOVUTE AL GENERE DEL PAZIENTE

Nel 2022, in Italia, si stima un aumento dei nuovi casi di tumore di circa l'1,4% tra gli uomini e dello 0,7% tra le donne rispetto al 2020 (www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/numeri-del-cancro).

L'impatto del cancro varia significativamente tra i generi, in particolare le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare il cancro in giovane età, mentre gli uomini hanno maggiori probabilità di sviluppare e morire di cancro nel corso della loro vita.

Negli ultimi decenni l'importanza della ricerca sull'incidenza del sesso sulla salute è stata gradualmente riconosciuta; questa tendenza è riscontrabile anche negli studi riguardanti il cancro (Hoyt & Rubin, 2012).

Essendo il cancro una malattia che può svilupparsi in qualsiasi parte del corpo, compresi gli organi riproduttivi, esso è un contesto importante per valutare il modo in cui gli stereotipi di genere influenzano la ricerca biomedica e psicosociale (Hoyt & Rubin, 2012).

Meyerowitz e Hart (1995) hanno esaminato i rapporti pubblicati di studi biomedici sul trattamento del cancro negli anni 1983 e 1992 nella rivista *Cancer* per valutare la rappresentazione di uomini e donne nella letteratura medica. Il loro studio ha concluso che la ricerca medica poneva una maggiore attenzione sulle donne per quanto riguarda i tumori collegati agli organi riproduttivi, rispetto a quanto sarebbe stato giustificato dalla distribuzione di genere dell'incidenza del cancro, mentre per quanto riguarda le restanti tipologie di tumori, aspecifiche per quanto riguarda il sesso del paziente, è stata riscontrata una tendenza inversa.

Anche Hoyt e Rubin (2012) hanno riscontrato evidenze concordi allo studio di Meyerowitz e Hart (1995) per quanto riguarda i tumori specifici per i due sessi, attribuendo tale evidenza alle associazioni stereotipate del corpo delle donne con la fertilità e la sessualità e degli uomini con la funzionalità, che possono contribuire a spiegare questi risultati.

3.1 Strategie di coping

I fondatori della teoria del coping e dello stress, Folkman e Lazarus (1984), hanno descritto il coping come "sforzi cognitivi e comportamentali in costante

cambiamento per gestire specifiche richieste esterne e interne che vengono valutate come impegnative o superiori alle risorse della persona” e lo stress come “l’esposizione a stimoli valutati come dannosi, minacciosi o impegnativi, che superano la capacità dell’individuo di farvi fronte” (Biggs et al., 2017). L’esperienza di un’emozione negativa suscita sforzi psicologici e comportamentali per ridurre i suoi effetti nocivi e risolvere la situazione che li ha suscitati. Si identificano comunemente due grandi classi di strategie di coping: quello incentrato sulle emozioni e quello incentrato sui problemi (Brown et al., 2005). Nella popolazione non clinica, per quanto riguarda il coping e le differenze di genere, studi precedenti affermano che gli uomini utilizzano prevalentemente meccanismi di coping focalizzati sui problemi, mentre le donne sono inclini all’uso di metodi volti a modificare le loro reazioni emotive alle circostanze stressanti. Donne e uomini possono sperimentare stress a breve e lungo termine legato al cancro e ai suoi trattamenti, che richiede un bisogno continuo di adattarsi e dunque di ricorrere a diversi meccanismi di coping per gestire i cambiamenti dovuti alla malattia. In base all’interpretazione delle situazioni e allo stile di coping utilizzato, gli individui fanno diversi tentativi cognitivi o comportamentali per gestire le nuove prove a cui sono sottoposti (Hasan et al., 2022). Precedenti ricerche hanno riscontrato che mettere in atto specifiche strategie di coping influenza la quantità di angoscia che i pazienti oncologici sperimentano e influisce direttamente sulla loro qualità di vita. Una valutazione delle differenze di genere nell’uso di varie strategie di coping può fornire spunti che possono essere utilizzati dai medici per educare i pazienti a scegliere strategie di coping più positive, oltre a sviluppare interventi personalizzati e fornire indicazioni maggiormente appropriate ai servizi di supporto (Oppegaard et al., 2020). Lo studio condotto da Hasan e colleghi (2022) su un campione di pazienti con cancro non metastatico ai polmoni, ha rilevato che l’approccio religioso è stato il principale meccanismo di coping impiegato da entrambi i sessi, senza alcuna differenza sostanziale. Il risultato avvalorà i risultati di ricerche precedenti che riportano come il coping religioso sia un fattore cruciale nei pazienti oncologici, in quanto dà forza e aiuta i pazienti ad affrontare la malattia. Il coping religioso è stato inoltre collegato alla diminuzione dei livelli di depressione e ansia nei pazienti oncologici, oltre a una migliore accettazione della malattia. Lo stesso studio conclude che le uniche differenze significative nei meccanismi di coping

riscontrabili tra i due sessi si osservano solo per il contenimento (dall'inglese *restraint*: strategia che consiste nell'aspettare che si presenti un'opportunità appropriata per agire, trattenendosi e non agendo prematuramente) (Carver et al., s.d.) e l'umorismo.

In particolare, sembra che gli uomini abbiano mostrato un maggiore utilizzo di questi meccanismi rispetto alle donne. Per quanto riguarda gli altri meccanismi di coping valutati nello studio, infatti, non sono state riscontrate differenze significative tra i due sessi (Hasan et al., 2022).

È interessante notare come l'uso significativamente più elevato dell'umorismo da parte degli uomini rispetto alle donne concordi con il risultato ottenuto da Oppegaard e colleghi (2020) in uno studio basato su soggetti, 277 femmine e 293 maschi, con cancro polmonare o gastrointestinale. In quest'ultimo studio si è osservato che le donne hanno dichiarato un uso considerevolmente maggiore del reframing positivo, della religione, del supporto strumentale, dell'autodistrazione, della negazione e dello sfogo. Al contrario, gli uomini hanno riferito un uso più elevato dell'umorismo e di sostanze.

3.2 Ricerca di supporto sociale

In letteratura sono evidenziate differenze di genere nella modalità con la quale uomini e donne cercano aiuto e supporto per problemi legati alla salute. Le differenze nel modo in cui uomini e donne affrontano la malattia possono essere collegate alle convenzioni sociali legate al genere. Le norme comportamentali tradizionali maschili enfatizzano la fiducia in sé stessi, la risolutezza e il controllo emotivo, mentre le norme comportamentali femminili promuovono la sensibilità emotiva, la compassione, il sostegno e le attività di supporto. Sempre più frequente in letteratura si suggerisce che gli uomini, indipendentemente da età, etnia ed estrazione sociale, sono meno propensi delle donne a cercare supporto e aiuto dai professionisti della salute. Allo stesso modo, quando gli uomini si rivolgono a un medico, è meno probabile che riferiscano sentimenti di disagio o problemi psicosociali durante la consultazione, rispetto alle donne (Mo et al., 2009).

Queste differenze si estendono ad altri contesti relazionali, comprendendo anche le interazioni con amici, famiglia e coetanei. Per esempio, gli uomini si sono dimostrati più riluttanti nel cercare un supporto psicologico per alleviare

sentimenti come angoscia e depressione. Inoltre, si è riscontrato che le donne fanno generalmente parte di un'ampia rete di supporto fatta di persone con cui confidarsi e cui rivolgersi per ottenere supporto sociale, mentre in età adulta gli uomini tendono a fare affidamento esclusivamente sul proprio partner come unica fonte di supporto emotivo (Mo et al., 2009).

Il comportamento associato alla ricerca di aiuto implica l'ammissione del bisogno di sostegno e della necessità di affidarsi a qualcuno; ciò è in conflitto con l'ideale di mascolinità basato sul controllo emotivo, la forza e l'autosufficienza e potrebbe spiegare la reticenza degli uomini nel cercare un supporto esterno. Ciò suggerisce che la ricerca di aiuto da parte di uomini e donne per problemi di salute può essere limitata dal costrutto sociale tradizionale di femminilità e mascolinità (Mo et al., 2009).

Le norme tradizionali di mascolinità sono state identificate anche come fattori associati alla scarsa comunicazione con i professionisti della salute e spiegano i ritardi nella richiesta di aiuto medico negli uomini in generale e nel contesto del cancro. L'identificazione con le norme della mascolinità tradizionale potrebbe quindi essere un impedimento a una comunicazione franca e diretta, riflettendosi sulla storia familiare del cancro. Evidenze confermano infatti come gli uomini siano meno propensi a segnalare la loro storia familiare di cancro rispetto alle donne. La scarsa consapevolezza della storia familiare può avere gravi conseguenze sui comportamenti preventivi degli uomini, come la ricerca di informazioni sul cancro o la consulenza genetica.

Lo studio condotto da Sieverding e collaboratori (2020) con l'obiettivo di scoprire se esiste una differenza sistematica di genere nell'anamnesi storica oncologica auto-riferita ha fornito prove chiare e coerenti di un notevole divario di genere, soprattutto negli Stati Uniti e in Europa: i maschi sono risultati significativamente meno consapevoli dei casi di cancro nella loro storia familiare rispetto alle femmine.

La salute e la fruizione dei servizi sanitari sono influenzati da diversi determinanti sociali, che sono spesso associati a reddito, livello di istruzione, etnia, sesso, ruralità, comportamento sanitario, stile di vita, fattori ambientali e appartenenza a minoranze. La revisione sistematica redatta da Rana e colleghi (2020), infatti, fornisce una panoramica completa sulle differenze specifiche di genere nell'utilizzo dei servizi da parte dei pazienti con cancro al polmone: i risultati

sembrano rilevare che agli uomini venga diagnosticato il tumore al polmone ad uno stadio più avanzato rispetto alle donne. Le possibili spiegazioni di questo fenomeno possono includere un approccio riduzionista alle preoccupazioni per la propria salute e una maggiore incidenza di esposizione a fattori di rischio come il fumo, con la conseguente maggiore incidenza di alcuni tipi di tumore al polmone negli uomini rispetto alle donne. Altre possibilità includono una diversa preferenza, tra uomini e donne, nell'utilizzo delle opzioni di screening e di assistenza sanitaria primaria per coloro che hanno una storia familiare o sintomi precoci. Questo ha un impatto sulla disponibilità di trattamenti oncologici per gli uomini, compreso un livello di candidabilità più scarso per la resezione chirurgica a causa dello stadio più avanzato del tumore. I risultati di questa revisione sistematica sollevano la preoccupazione sul fatto che i comportamenti differenti dovuti al genere, associati alla ricerca e all'utilizzo delle cure per il cancro al polmone, possano contribuire significativamente alla morbilità e mortalità maschile legate alla suddetta tipologia di cancro.

Dalla stessa revisione sistematica risultano alcune tendenze generali nel comportamento associate alla ricerca di cure delle donne: il tasso più elevato di diagnosi di tumore al polmone al pronto soccorso e la maggiore durata della degenza ospedaliera possono indicare che le donne prendono iniziative più tempestive per affrontare i loro problemi di salute. Questa tendenza si riflette sul tasso inferiore di diagnosi di tumore al polmone in fase avanzata nelle donne rispetto agli uomini e sulla più frequente adozione delle terapie proposte, come la chirurgia o la chemioterapia (Rana et al., 2020).

Per determinare se il maggior senso di privacy derivato dalle comunicazioni online potesse attenuare le differenze di genere riscontrate nella ricerca di supporto e nella comunicazione faccia a faccia, Mo e collaboratori (2009) hanno condotto una revisione sistematica della letteratura sulle pubblicazioni che hanno studiato il ruolo del genere nei processi di comunicazione all'interno dei gruppi di supporto online in ambito sanitario. Gli studi in questione evidenziano come i partecipanti ai gruppi di sostegno per i pazienti hanno maggiori probabilità di essere donne: in molti casi solo un quinto dei partecipanti erano uomini. Inoltre, sono state osservate differenze anche nel modo in cui uomini e donne usufruiscono dei gruppi di supporto: mentre le donne mostrano una forte preferenza per i gruppi di sostegno che si concentrano sulla discussione di

questioni emotive, gli uomini sembrano preferire i gruppi di sostegno orientati alle informazioni e alle questioni più pratiche. Tuttavia, queste evidenze risultano marcate solo negli studi che hanno analizzato i messaggi scambiati in gruppi di sostegno maschili e femminili, mentre negli studi che hanno analizzato i messaggi inviati a gruppi di supporto di genere misto, queste differenze sono state meno evidenti.

I gruppi di supporto online per la salute hanno quindi il potenziale di incoraggiare i partecipanti a impegnarsi in comportamenti che si discostano dalle norme di genere stereotipate. Per esempio, alcuni uomini potrebbero ritenere che l'anonimato fornito da Internet offra un luogo ideale in cui possono condividere più apertamente le loro preoccupazioni, agendo diversamente da quanto atteso secondo il ruolo maschile tradizionale, e chiedere aiuto.

Si può quindi ipotizzare che le caratteristiche uniche di Internet, in particolar modo l'anonimato, possano aiutare a mitigare alcune delle differenze di genere che esistono nella comunicazione faccia a faccia sulla salute e nei comportamenti associati alla ricerca di aiuto (Mo et al., 2009).

3.3 Disagio emotivo

Ogni individuo risponde in modo diverso alla diagnosi di un tumore: alcune persone possono presentare sintomi specifici di ansia, depressione o di entrambe le condizioni contemporaneamente. Il disagio emotivo nei pazienti oncologici riduce la qualità della vita, influisce negativamente sulla compliance medica e comporta un rischio elevato di mortalità (Linden et al., 2012).

L'ansia e la depressione sono regolarmente riscontrate nel disagio psicologico, considerato un contributo alla morbidità psichiatrica, a seguito della diagnosi di cancro. Diversi studi sostengono che la gravità della depressione e dell'ansia varia notevolmente in relazione a parametri quali l'età, il sesso e il tipo di cancro. In oltre il 50% dei casi, le donne e i pazienti di età inferiore ai 50 anni presentavano forme cliniche e sub-cliniche di ansia e depressione, mentre i pazienti anziani avevano una migliore tolleranza emotiva nel gestire la diagnosi (Hasan et al., 2022).

Se si considera la popolazione generale, è ampiamente riscontrato che l'ansia e la depressione siano predominanti nelle donne rispetto agli uomini. Gli studi sul cancro sono in linea con questi dati. Lo studio condotto da Linden e colleghi

(2012), ad esempio, indaga la prevalenza di ansia e depressione in un ampio campione di pazienti dopo la diagnosi di cancro: esso rileva che in tutti i tipi di tumore le pazienti donne hanno mostrato tassi di prevalenza più elevati di ansia e depressione rispetto agli uomini, in accordo con i tassi di ansia e depressione nella popolazione femminile sana in generale, rispetto agli uomini. Questa discrepanza può riflettere una differenza di genere nella disponibilità a riferire l'angoscia, ma potrebbe anche derivare dal fatto che le donne tendono più frequentemente degli uomini ad utilizzare un approccio di coping emotivo. I dati suggeriscono che gli uomini inizialmente sperimentano il cancro come meno minaccioso e questo può derivare in parte dall'elevata prevalenza del cancro alla prostata, che ha una buona prognosi complessiva. Data la tempistica del reclutamento dei partecipanti (immediatamente successiva alla diagnosi), lo studio non fornisce considerazioni su pazienti affetti da cancro in stadi più avanzati.

Riguardo all'aspetto temporale lo studio di Bergerot e collaboratori (2015) mostra come durante il percorso di chemioterapia i livelli di angoscia dei pazienti con tumore ematologico diminuiscono nel tempo. Anche in questo caso le pazienti di sesso femminile hanno riportato più angoscia, ansia e depressione rispetto ai pazienti di sesso maschile.

Diversamente dalle precedenti ricerche, nel più recente studio condotto da Hasan e colleghi (2022) si è osservato come i livelli di ansia e depressione, sia nel periodo pre-operatorio che in quello post-operatorio, fossero più elevati nei maschi che nelle femmine (Hasan et al., 2022).

Tuttavia, i risultati del suddetto studio concordano con quelli di van't Spijker e colleghi (1997) sui pazienti oncologici, secondo i quali le donne hanno mostrato tassi inferiori di disagio emotivo (ansia e depressione) rispetto agli uomini.

L'esistenza di studi aventi risultati contrastanti è stata fonte di acceso dibattito e si sono susseguiti numerosi tentativi di giustificare tali discrepanze, corredate da altrettante ipotesi. Una di queste ipotesi ha come premessa che le donne tendono ad essere più aperte degli uomini sulle loro emozioni e sono più inclini ad esprimere stati di ansia o depressione; gli uomini hanno invece più difficoltà a comunicare i loro sentimenti o la necessità di assistenza, hanno la propensione a mostrare sintomi diversi sotto stress - come ira, mania, aggressività e così via - che sono in realtà i sintomi di uno stato depressivo. L'aspettativa percepita dagli

uomini di dover sempre mostrare forza e competitività, anche in caso di malattia, fa avvertire a quest'ultimi come particolarmente remota la possibilità di mostrare apertamente le proprie emozioni, in quanto potrebbe essere percepita come debolezza. La mascolinità egemonica, quindi, può rendere più difficile per gli uomini riconoscere l'insorgenza di problemi psicologici e conseguentemente ostacola le richieste di aiuto. L'attitudine a richiedere assistenza in caso di necessità sembra essere ancora associata ad atteggiamenti tipicamente attribuiti allo stereotipo di genere femminile. Inoltre, sempre a causa dei suddetti ipotetici motivi, pare che lo sviluppo di sintomi associati ad ansia e depressione venga generalmente riconosciuto dalle donne e ignorato dagli uomini.

Considerando tali modelli, diversi autori hanno quindi proposto strumenti di valutazione specifici per gli individui di genere maschile da utilizzare per lo screening della depressione nei pazienti oncologici maschi (Hasan et al., 2022).

CONCLUSIONI

Le malattie oncologiche sono un problema crescente per la popolazione mondiale, in particolare per le economie del primo e secondo mondo, in quanto, complici l'aumento della popolazione e l'allungamento dell'aspettativa di vita, l'incidenza è in continuo aumento ma, grazie al progresso della medicina, la mortalità è in costante diminuzione. La conseguenza di questi presupposti è che sempre più persone saranno costrette a convivere con il cancro per lunghi periodi di tempo, come se si trattasse di una malattia cronica. Per questo motivo è di cruciale importanza assicurare ai pazienti, e a tutte le persone coinvolte, la miglior qualità della vita possibile, attraverso lo studio delle dinamiche psicologiche e psicosociali associate al cancro.

Il cancro è una malattia che, oltre al corpo, colpisce tutte le aree della vita della persona. Tutte le persone coinvolte nella malattia oncologica, infatti, devono affrontare delle importanti sfide dal punto di vista psicologico e sociale: i pazienti andranno incontro a disagio emotivo, deterioramento del concetto di sé, disfunzioni sessuali e difficoltà nel mantenimento delle relazioni; i caregiver saranno costretti a confrontarsi con il carico assistenziale; infine, il personale sanitario affronterà problemi di comunicazione coi pazienti e rischio di burnout.

La disciplina della psiconcologia ha un ruolo essenziale lungo tutto il continuum della malattia, accompagnando i pazienti in ogni fase del percorso terapeutico: dalla prevenzione, attraverso la diagnosi, il trattamento e la sopravvivenza, fino alle cure palliative e di fine vita. La figura professionale dello psiconcologo si impegna nella cura dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro assistenti, ma è anche il professionista designato per formare il personale medico oncologico riguardo queste competenze.

I continui cambiamenti della nostra società spingeranno la ricerca a considerare ulteriori fattori, fra cui le differenze che potrebbero sussistere in base al genere del paziente, e l'influenza degli stereotipi ad esso associati. Ad esempio creando dei protocolli personalizzati che tengano conto della disponibilità della persona ad esprimere i propri sentimenti e la propria sofferenza fisica e psicologica, e che consideri le diverse strategie messe in atto per far fronte alle conseguenze della malattia.

Il compito più importante della psiconcologia è quello di colmare il divario tra le conoscenze attuali e l'effettiva cura clinica dei pazienti, cercando di garantire una

stretta connessione tra la ricerca, le scoperte che ne seguono e le loro applicazioni in ambito medico e psicologico. Ogni scoperta scientifica e progresso della medicina, cui seguono maggiori probabilità di sopravvivenza, deve essere accompagnata da altrettanta preoccupazione per l'influenza che può avere sul benessere psicologico e psicosociale del paziente e della sua qualità della vita. Tutto questo per giungere a una concezione di salute che comprenda, oltre al benessere fisico, il benessere psicologico.

BIBLIOGRAFIA

- Albers, L. F., Van Belzen, M. A., Van Batenburg, C., Engelen, V., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2020). Discussing sexuality in cancer care: Towards personalized information for cancer patients and survivors. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4227–4233. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05257-3>
- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological Health in Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.05.007>
- Bergerot, C. D., Clark, K. L., Nonino, A., Walianny, S., Buso, M. M., & Loscalzo, M. (2015). Course of distress, anxiety, and depression in hematological cancer patients: Association between gender and grade of neoplasm. *Palliative and Supportive Care*, 13(2), 115–123. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000849>
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory (pp. 349–364). <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Brown, S. P., Westbrook, R. A., & Challagalla, G. (2005). Good Cope, Bad Cope: Adaptive and Maladaptive Coping Strategies Following a Critical Negative Work Event. *Journal of Applied Psychology*, 90(4), 792–798. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.792>
- Carver, C. S., Weintraub, J. K., & Scheier, M. F. (s.d.). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach.
- Cavanna, L., Anselmi, E., Lazzaro, A., Seghini, P., Di Nunzio, C., Dallanegra, L., & Monfredo, M. (2007). Cancer Diagnosis Disclosure in a Northern Italian Hospital Report on

- 312 Consecutive Cancer Patients. *Tumori Journal*, 93(3), 290–291.
<https://doi.org/10.1177/030089160709300311>
- Curbow, B., Somerfield, M., Legro, M., & Sonnega, J. (1990). Self-concept and cancer in adults: Theoretical and methodological issues. *Social Science & Medicine*, 31(2), 115–128. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90053-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90053-U)
- Geng, H., Chuang, D., Yang, F., Yang, Y., Liu, W., Liu, L., & Tian, H. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), e11863.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>
- Goerling, U., & Mehnert, A. (2018). Future Research in Psycho-Oncology. In U. Goerling & A. Mehnert (A c. Di), *Psycho-Oncology* (Vol. 210, pp. 223–234). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_14
- Gómez-Urquiza, J., Aneas-López, A., Fuente-Solana, E., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. (2016). Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104–E120. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E104-E120>
- Ha, J. F. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. 10(1).
- Haller, H., Winkler, M. M., Klose, P., Dobos, G., Kümmel, S., & Cramer, H. (2017). Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: An updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica* (Stockholm, Sweden), 56(12), 1665–1676. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1342862>
- Hasan, E. M., Calma, C. L., Tudor, A., Vernic, C., Palade, E., Tudorache, E., Oancea, C., & Papava, I. (2022). Gender Differences in Coping, Depression, and Anxiety in

- Patients with Non-Metastatic Lung Cancer. *Cancer Management and Research*, Volume 14, 2041–2052. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S368992>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers: *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206–221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Holland, J. C. (2018). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1364–1376. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. Oxford University Press.
- Hoyt, M. A., & Rubin, L. R. (2012). Gender representation of cancer patients in medical treatment and psychosocial survivorship research: Changes over three decades. *Cancer*, 118(19), 4824–4832. <https://doi.org/10.1002/cncr.27432>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. Simon and Schuster.
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>
- Li, Y., Li, J., Zhang, Y., Ding, Y., & Hu, X. (2022). The effectiveness of e-Health interventions on caregiver burden, depression, and quality of life in informal caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized

- controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 127, 104179.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104179>
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2–3), 343–351.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- Marzorati, C., Riva, S., & Pravettoni, G. (2017). Who Is a Cancer Survivor? A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 228–237.
<https://doi.org/10.1007/s13187-016-0997-2>
- Meyerowitz, B. E., & Hart, S. (1995). Women and cancer: Have assumptions about women limited our research agenda? In *The psychology of women's health: Progress and challenges in research and application* (pp. 51–84). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10178-002>
- Mo, P. K. H., Malik, S. H., & Coulson, N. S. (2009). Gender differences in computer-mediated communication: A systematic literature review of online health-related support groups. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 16–24.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.029>
- Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-González, P., & Guil, R. (2021). Enhancing Self-Esteem and Body Image of Breast Cancer Women through Interventions: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1640.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041640>
- Mütsch, J., Friedrich, M., Leuteritz, K., Sender, A., Geue, K., Hilbert, A., & Stöbel-Richter, Y. (2019). Sexuality and cancer in adolescents and young adults—A comparison

- between reproductive cancer patients and patients with non-reproductive cancer. *BMC Cancer*, 19(1), 828. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6009-2>
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Supportive Care in Cancer*, 12(3), 147–154. <https://doi.org/10.1007/s00520-003-0552-7>
- Nissen, K. G., Trevino, K., Lange, T., & Prigerson, H. G. (2016). Family Relationships and Psychosocial Dysfunction Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 841-849.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.07.006>
- Northouse, L., Williams, A., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1227–1234. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5798>
- Novack, D. H., Plumer, R., Smith, R. L., Ochitill, H., Morrow, G. R., & Bennett, J. M. (1979). Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA*, 241(9), 897–900.
- Oken, D. (1961). What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA*, 175, 1120–1128. <https://doi.org/10.1001/jama.1961.03040130004002>
- Oppegaard, K., Dunn, L., Kober, K., Mackin, L., Hammer, M., Conley, Y., Levine, J., & Miaskowski, C. (2020). Gender Differences in the Use of Engagement and Disengagement Coping Strategies in Patients With Cancer Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 47(5), 586–594. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.586-594>
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>

- Rana, R. H., Alam, F., Alam, K., & Gow, J. (2020). Gender-specific differences in care-seeking behaviour among lung cancer patients: A systematic review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 146(5), 1169–1196. <https://doi.org/10.1007/s00432-020-03197-8>
- Rao, W.-W., Yang, M.-J., Cao, B.-N., You, Y.-Y., Zhang, Y.-Y., Liu, Y.-Y., Kou, C., Yu, Y., Cassidy, R. M., Yu, Q., & Zhang, X. Y. (2019). Psychological distress in cancer patients in a large Chinese cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 245, 950–956. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.089>
- Rossi, P. G., Beccaro, M., Miccinesi, G., Borgia, P., Costantini, M., Chini, F., Baiocchi, D., De Giacomi, G., Grimaldi, M., Montella, M., & the ISDOC Working Group*. (2007). Dying of cancer in Italy: Impact on family and caregiver. The Italian Survey of Dying of Cancer. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(6), 547–554. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.045138>
- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*, 115(22), 5349–5361. <https://doi.org/10.1002/cncr.24561>
- Sieverding, M., Arbogast, A. L., Zintel, S., & Wagner, C. (2020). Gender differences in self-reported family history of cancer: A review and secondary data analysis. *Cancer Medicine*, 9(20), 7772–7780. <https://doi.org/10.1002/cam4.3405>
- Tang, L., Pang, Y., He, Y., Chen, Z., & Leng, J. (2018). Burnout among early-career oncology professionals and the risk factors. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2436–2441. <https://doi.org/10.1002/pon.4847>

- Tuma, R. S. (2004). «Mother of Psycho-Oncology» Discusses Field's Need for Parity and People Power. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 96(1), 8–10.
<https://doi.org/10.1093/jnci/96.1.8>
- Vandendorpe, B., Drouet, Y., Ramiandrisoa, F., Guilbert, P., Costa, B., & Servagi-Vernat, S. (2021). Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: Need for multidisciplinary surveillance and care provision. *Cancer/Radiothérapie*, 25(4), 330–339.
<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.12.005>
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological Sequelae of Cancer Diagnosis: A Meta-analytical Review of 58 Studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280.
https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1997/05000/Psychological_Sequelae_of_Cancer_Diagnosis__A.11.aspx
- Wang, Y., & Feng, W. (2022). Cancer-related psychosocial challenges. *General Psychiatry*, 35(5), e100871. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100871>
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19–28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6)

SITOGRAFIA

Società Italiana di Psico-Oncologia: https://www.siponazionale.it/source/storia_associazione.html (ultimo accesso: 23/07/23)

Associazione Italiana Oncologia Medica: <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/> (ultimo accesso: 11/07/23)

Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro: <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/come-nasce-un-tumore> (ultimo accesso: 12/07/23)

World Health Organization: <https://www.who.int/health-topics/cancer/> (ultimo accesso: 11/07/23)