



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento Di Psicologia Dello Sviluppo E Della Socializzazione**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata**

**Corso Di Laurea Triennale In Psicologia Dello Sviluppo,  
Della Personalità E Delle Relazioni Interpersonali**

**Elaborato finale**

***“Mindfulness nel Follow-up Oncologico: Una Rassegna Sistemica  
della Letteratura”***

***“Mindfulness in Oncological Follow-up: A Systematic Review of the  
Literature”***

***Relatore***

**Prof. Paolo Francesco Cottone**

***Laureanda: Lamesso Aurora***

***Matricola: 2083140***

**Anno accademico 2025/2026**



## Sommario

<i>Introduzione</i> .....	3
<b><i>CAPITOLO 1: Background</i></b> .....	7
1.1    Cos'è la <i>Mindfulness</i> ? .....	7
1.2    Il <i>Follow-up</i> oncologico .....	11
1.3    Benessere psicologico e criticità nella fase post-trattamento.....	13
<b><i>CAPITOLO 2: Metodologia</i></b> .....	18
2.1    Chiave di ricerca.....	18
2.2    I passaggi del metodo PRISMA .....	21
2.3    Panoramica degli articoli inclusi in rassegna .....	22
<b><i>CAPITOLO 3: Discussione e analisi della letteratura</i></b> .....	29
3.1    Caratteristiche degli interventi <i>mindfulness-based</i> nel <i>follow-up</i> oncologico .....	29
3.2 <i>Outcome</i> psicologici degli interventi <i>mindfulness-based</i> nel <i>follow-</i> <i>up</i> oncologico .....	34
3.3    Tipologia di popolazione degli interventi <i>mindfulness-based</i> nel <i>follow-up</i> oncologico .....	39
Conclusioni .....	45
<i>Bibliografia</i> .....	49



## Introduzione

Nel corso degli ultimi anni, l'interesse scientifico nei confronti del benessere psicologico dei pazienti oncologici è cresciuto in modo significativo, superando il tradizionale focus della ricerca. Questo cambiamento ha portato gli studiosi ad interrogarsi non solo sull'efficacia dei trattamenti a livello medico e chirurgico, ma anche sul ruolo e l'impatto che i fattori cognitivi, emotivi e sociali hanno lungo il percorso di cura oncologica. L'oncologia contemporanea tende, infatti, a privilegiare un approccio maggiormente integrato e multidisciplinare, capace di coniugare competenze mediche, psicologiche e riabilitative, con l'obiettivo di sostenere la persona durante la diagnosi e le terapie, ma anche nella fase successiva alla conclusione dei trattamenti, particolarmente delicata e vulnerabile (Lynex et al., 2025). È proprio in questa fase che si colloca la domanda di ricerca alla base della presente tesi: "In che modo la *mindfulness* può essere integrata nei protocolli di *follow-up* per favorire il benessere psicologico dei pazienti oncologici?".

Per poter comprendere al meglio la portata di tale quesito, è necessario definire in modo chiaro e preciso i concetti fondamentali che la compongono.

La *mindfulness* rappresenta una delle strategie psicologiche più studiate e applicate in ambito clinico negli ultimi decenni (Kabat-Zinn, 2003). Essa si riferisce a una specifica pratica meditativa centrata sulla consapevolezza dell'esperienza personale nel momento presente, caratterizzata da un'attenzione volontaria, non giudicante e orientata all'accettazione. Consiste nel dirigere e mantenere l'attenzione sul qui e ora, riportandola consapevolmente nel presente ogniqualvolta si verifici una distrazione (Kabat-Zinn, 1994). La sua versatilità ne ha favorito l'applicazione non solo in contesti clinici e sanitari, dove si mostra utile per favorire una migliore regolazione dell'equilibrio emotivo, ma anche in altri ambiti, come quello della riabilitazione e della psicologia della salute. In questi scenari la *mindfulness* diventa vantaggiosa per aiutare i pazienti di fronte a cambiamenti o condizioni complesse, come accade in ambito oncologico, e, nello specifico di questa tesi, nel periodo che segue la malattia oncologica.

La fase specifica del percorso oncologico in cui si intende inserire la *mindfulness* è quella del *follow-up* oncologico, periodo particolarmente sensibile per il paziente che comporta sfide psicologiche rilevanti quali la paura di una recidiva, l'ansia anticipatoria e la visione

di un futuro incerto (Simard et al., 2013). Il *follow-up* comprende il monitoraggio periodico del paziente dopo una diagnosi, un intervento e la conclusione dei trattamenti attivi, con l'obiettivo di valutare la guarigione del paziente, prevenire complicazioni, individuare eventuali recidive e garantire un recupero ottimale alla persona, rientrando a pieno titolo nell'ambito della prevenzione terziaria (Ganz, 2009).

La domanda di ricerca pone l'attenzione su quelle che sono le esigenze psicologiche ed emotive che emergono nella fase di *follow-up*, rendendo così centrale il concetto di benessere psicologico. Questo viene definito come uno stato ottimale di equilibrio mentale, emotivo e sociale, che non implica solamente l'assenza di malattie, ma riguarda una vera soddisfazione per la propria vita e la realizzazione personale. Esso implica la capacità di armonizzare bisogni, risorse, relazioni e strategie di adattamento alle difficoltà quotidiane (Ryff, 2014).

In questo contesto, che riguarda direttamente la persona che ha vissuto l'esperienza della malattia, è importante chiarire cosa si intende per paziente oncologico. In generale, si fa riferimento a una persona che soffre o ha sofferto di tumore e che necessita, anche dopo la guarigione, di un approccio assistenziale multidisciplinare, comprensivo di cure mediche e supporto psicologico (Cillessen et al., 2019).

Questa prospettiva permette di comprendere al meglio la complessità della situazione che il paziente vive nella fase di *follow-up*, evidenziando l'importanza di offrire risorse adeguate a sostenere la persona in questo percorso. In tale quadro, la *mindfulness* si candida come modello promettente potenzialmente integrabile nei protocolli di *follow-up* oncologico (Johns et al., 2021).

L'interesse per questo tema nasce non solo da motivazioni accademiche e professionali, ma anche e soprattutto da un'esperienza personale vissuta come familiare di un paziente oncologico. Questa situazione ha messo in luce come le complessità legate a tale percorso non si esauriscano con la fine delle terapie, ma spesso si intensificano nella fase successiva, quando il supporto tende a ridursi e le emozioni diventano sempre più intense. Tale esperienza ha stimolato il desiderio di approfondire ed esplorare uno strumento come la *mindfulness*, conosciuto per il suo potenziale nel sostenere il benessere psicologico.

L'obiettivo di questo elaborato è dunque quello di comprendere se e come la *mindfulness* possa essere integrata all'interno dei protocolli di *follow-up* oncologico, al fine di ridurre,

o perlomeno alleviare il distress, l'ansia, la paura di recidiva e in generale migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Indagare questa possibilità significa offrire, seppur in modo modesto, un contributo concreto allo sviluppo di risorse utili per chi ha vissuto o sta vivendo l'esperienza della malattia oncologica.

La risposta alla domanda di ricerca verrà elaborata attraverso una revisione sistematica della letteratura presente nel database Scopus, condotta secondo le linee guida del metodo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

Il primo capitolo sarà dedicato all'inquadramento teorico dei costrutti oggetto di studio, *mindfulness*, *follow-up* oncologico e benessere psicologico nella fase post-trattamento, al fine di fornire una base concettuale solida per comprendere l'analisi successiva. Nel secondo capitolo verrà illustrata nel dettaglio la metodologia adottata, descrivendo il processo di costruzione della chiave di ricerca, i criteri di inclusione ed esclusione e le fasi del metodo PRISMA che hanno portato alla selezione degli articoli inclusi in rassegna. Il terzo capitolo sarà infine dedicato alla discussione e all'analisi critica dei risultati emersi, con l'obiettivo di delineare possibili implicazioni cliniche per l'integrazione della *mindfulness* nei protocolli di *follow-up* oncologico.



## CAPITOLO 1: Background

### 1.1 Cos'è la *Mindfulness*?

Negli ultimi decenni, l'interesse scientifico nei confronti della *mindfulness* è aumentato in modo considerevole, portando questa pratica meditativa, originariamente radicata nella tradizione orientale, a essere progressivamente integrata all'interno della clinica occidentale come intervento psicologico strutturato.

Inizialmente, le perplessità nei confronti di tale tecnica erano numerose, probabilmente a causa delle sue origini e del fatto che si trattasse di un tipo di meditazione che non coincideva con nessuna delle filosofie e religioni da cui discendeva. Tuttavia, comprendere le sue origini è essenziale per poterne delineare una definizione accurata.

Il concetto di *mindfulness* affonda le sue radici nella dottrina buddhista, ma la sua comparsa nel mondo occidentale viene attribuita all'inglese Thomas Rhys Davids, che nel 1881 tradusse il termine pāli *Sati* con la parola *Mindfulness*, attribuendogli i significati di attenzione al presente, consapevolezza, ricordo e, più in generale, memoria (Bodhi, 2000). Per lungo tempo, tale pratica venne considerata come qualcosa di puramente spirituale e religioso.

Fu grazie a Jon Kabat-Zinn, ricercatore biologo dell'Università del Massachusetts - Scuola di medicina, che nel 1979 venne sviluppato il primo programma-protocollo scientificamente validato di *mindfulness*, trasformandola in uno strumento terapeutico. Dall'incontro del biologo con il monaco vietnamita Thích Nhất Hanh, nacque così una tecnica laica e accessibile a tutti, un metodo clinico *evidence-based* finalizzato alla riduzione dello stress e del dolore cronico, noto come *Mindfulness-Based Stress-Reduction* (Kabat-Zinn, 1991).

Il successo dell'MBSR, supportato da studi e risultati clinici significativi e replicabili, portò ad una massiccia diffusione della pratica in tutta Europa, con l'introduzione della *mindfulness* nei trattamenti di vari disturbi psicologici e psichiatrici e lo sviluppo di nuovi protocolli come la *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al., 1999), la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Segal et al., 2002) e la *Dialectical Behaviour Therapy* (Linehan, 1993).

Oggi la *mindfulness* si configura come un costrutto psicologico ben consolidato, utilizzato in moltissimi ambiti differenti, in relazione ai benefici che comporta.

Il termine *mindfulness* viene utilizzato in modo molto ampio, tanto che si sono diffuse diverse definizioni nella letteratura scientifica contemporanea. Tra le più accreditate troviamo quella di Jon Kabat-Zinn, che definisce la *mindfulness* come il “prestare attenzione con intenzione, nel momento presente e in modo non giudicante” (“*paying attention, on purpose, in the present moment, non-judgmentally*”) (Kabat-Zinn, 1994, p.

4). Tale definizione include tre concetti chiave del processo di *mindfulness*:

1. **Intenzionalità:** l’espressione *on purpose* evidenzia il fatto che la *mindfulness* non è un processo passivo o uno stato di attenzione spontanea, ma implica una scelta consapevole da parte del soggetto di focalizzarsi sulle proprie esperienze. Questa componente di intenzionalità è fondamentale, poiché consente di riportare volontariamente la mente al momento presente ogni volta che si distrae.
2. **Il momento presente:** con *in the present moment*, l’autore sottolinea l’importanza di concentrarsi sul “qui e ora”, verso noi stessi e chi ci è intorno, limitando l’influenza dei pensieri automatici del passato o delle preoccupazioni del futuro, spesso responsabili della sofferenza psicologica.
3. **Non giudizio:** l’espressione *non-judgmentally* riguarda l’importanza di osservare e accettare le esperienze per ciò che sono, sospendendo così ogni tipo di giudizio. Coltivare questa capacità significa non attribuire o non etichettare la realtà come positiva o negativa, o ancora, rendersi conto di quanto automatica sia la tendenza dell’uomo a giudicare.

Questa definizione sottolinea come la *mindfulness* non sia solo una tecnica di meditazione, ma una vera relazione con la propria esperienza interna ed esterna.

In letteratura, sono presenti moltissime altre definizioni di *mindfulness* oltre a quella di Kabat-Zinn, come ad esempio quella proposta da Bishop e colleghi (2004). Gli autori descrivono la *mindfulness* come un processo formato da due elementi interconnessi: l’autoregolazione dell’attenzione e l’orientamento dell’esperienza. La *mindfulness* viene definita da Bishop come “una forma di autoregolazione, dell’attenzione mantenuta sull’esperienza immediata, accompagnata da un atteggiamento di curiosità, apertura e accettazione” (“*Mindfulness is a kind of nonlaborative, nonjudgmental, present-centered awareness in which each thought, feeling, or sensation that arises in the*

*attentional field is acknowledged and accepted as it is*") (Bishop et al., 2004, p. 232). Questa prospettiva evidenzia il ruolo dei processi metacognitivi e attentivi, sottolineando la complessità del costrutto.

Le definizioni teoriche presentate finora consentono di comprendere il quadro generale all'interno del quale si vanno ad inserire le diverse pratiche e i vari programmi della *mindfulness*. Una prima distinzione è quella che riguarda le pratiche che si possono differenziare in formali e informali. Con le prime si fa riferimento ad un insieme di pratiche sistematiche di meditazione più tradizionale, con esercizi guidati e strutturati da un maestro; al contrario, le seconde riguardano la reale applicazione della *mindfulness* nella vita quotidiana, un impegno nelle situazioni ordinarie (Germer et al., 2005).

Tra le pratiche formali rientrano la meditazione seduta con attenzione focalizzata sul respiro (*sitting meditation*), il body scan e la meditazione camminata, che devono essere praticati tutti i giorni per almeno dieci minuti. Quando si parla di pratiche informali invece, ci si riferisce a situazioni di routine come fare una passeggiata, lavare i piatti o guidare una macchina, ed è possibile individuare esercizi come il *Mindful-eating* o il *Mindful raisin eating*. Dunque, se si decide di dedicarsi ad una pratica informale, si sta scegliendo di porre consapevolmente la propria attenzione su un'attività, interrompendo l'automatismo con cui vengono svolte molte azioni routinarie.

Dall'integrazione di tali pratiche sono nati protocolli strutturati di *mindfulness*, tra cui spiccano il *Mindfulness-Based Stress-Reduction* (MBSR) e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT).

L'MBSR, ideato dal biologo Jon Kabat-Zinn, nasce con l'obiettivo di garantire ai pazienti un miglioramento del benessere psicofisico e promuovere una riduzione dello stress, inteso come sofferenza fisica e mentale (Grossman et al., 2004). Si sviluppa come un percorso intensivo della durata di 8-10 settimane, condotto in piccoli gruppi, che combina esercizi meditativi, tecniche legate allo yoga e momenti di intensa riflessione, tutti guidati da professionisti (Chiesa & Serretti, 2009).

La MBCT si sviluppa invece negli anni Novanta, con l'intento di ridurre e prevenire il rischio di ricadute depressive nei pazienti con depressione maggiore (Teasdale et al., 2000). Grazie al lavoro svolto da Segal, Williams e Teasdale, integra le pratiche presentate nel *Mindfulness-Based Stress-Reduction* con gli elementi propri della terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Strutturata in un percorso di 8 settimane, svolta in

gruppo, ha l'obiettivo di accrescere la consapevolezza nel riconoscere i propri pensieri e le proprie emozioni senza esserne sopraffatti e di contrastare l'emergere di schemi di pensiero negativi, automatici e ruminativi, riducendo così la vulnerabilità dei pazienti (Segal et al., 2002).

Oggi l'efficacia dei protocolli MBSR e MBCT è stata largamente documentata. I benefici sono visibili sia a livello emotivo e cognitivo, sia dal punto di vista comportamentale e relazionale.

Tra i principali effetti individuati dalla letteratura emergono: maggior consapevolezza dei propri processi mentali, miglior controllo e regolazione emotiva, capacità di ascolto attento e riduzione dei pregiudizi, diminuzione dei livelli di stress e di ansia (Baer, 2003), e incremento della qualità della vita (Grossman et al., 2004).

Per quanto riguarda lo stress, l'MBSR si è rivelato essere funzionale per la sua riduzione, favorendo così la capacità di prestare attenzione alle proprie esperienze interiori, senza giudicarle (Kabat-Zinn, 1991). L'MBCT ha evidenziato un impatto positivo sulla riduzione della ruminazione e sulla prevenzione delle ricadute depressive (Kuyken et al., 2008). Sul piano cognitivo, gli interventi di *mindfulness* favoriscono l'attenzione sostenuta, la concentrazione e la flessibilità mentale (Lutz et al., 2008), mentre sul piano relazionale promuovono maggior consapevolezza di sé stessi e delle proprie reazioni, che diventano meno impulsive e favoriscono una comunicazione empatica (Shapiro et al., 2006).

Complessivamente, il bilancio degli effetti associati alla *mindfulness* sembra essere molto positivo in quanto contribuisce ad aumentare il benessere psicologico globale. Tutto questo fa sì che tale strumento venga poi applicato a numerosi contesti differenti.

La *mindfulness* trova la sua principale applicazione in ambito clinico e psicoterapeutico, per trattare i disturbi d'ansia, lo stress e la depressione (Segal et al., 2002). In ambito medico e sanitario, viene oggi utilizzata per pazienti affetti da malattie croniche come diabete o disturbi cardiaci (Grossman et al., 2004). Altro settore di impiego, che negli ultimi anni si è sviluppato notevolmente, è quello oncologico, dove la pratica ha mostrato avere benefici sia sul piano psicologico, come la riduzione dell'ansia, della paura di una recidiva e del rischio di sviluppare depressione (Zainal et al., 2013) che fisico, con l'aumento della risposta immunitaria, la regolazione della frequenza cardiaca, l'abbassamento della pressione arteriosa e la riduzione del cortisolo (Carlson et al., 2007).

La *mindfulness* però è stata inserita anche in altri ambiti e tra questi si possono citare le aziende per la riduzione del burnout (Hülshager et al., 2013) e la scuola per favorire l'attenzione, o ancora, in carcere e nelle comunità, dove favorisce capacità di ascolto, di comunicazione e consapevolezza ed empatia.

Concludendo, la *mindfulness* rappresenta una pratica affidabile e radicata, applicabile a molteplici contesti e capace di favorire benessere psicologico. Tuttavia, come sottolineato da Didonna (2012), non deve essere considerata una soluzione universale. Come afferma Kabat-Zinn (2003) la *mindfulness* è una pratica che richiede disciplina, continuità e consapevolezza, somigliante più a una forma d'arte che a una semplice tecnica (Kabat-Zinn, 2003). La *mindfulness*, quindi, va praticata ed è a partire da questa consapevolezza che essa può arrivare ad esprimere tutto il suo potenziale.

## 1.2 Il *Follow-up* oncologico

Il termine *follow-up*, di origine inglese, fa riferimento ad una fase fondamentale del percorso clinico, caratterizzata da una serie di controlli e valutazioni periodiche programmate in seguito a una diagnosi e/o terapie mediche e chirurgiche. Il *follow-up* non rappresenta quindi un momento conclusivo, ma costituisce un'estensione del processo di guarigione (Haanen et al., 2022).

L'attività clinica ha l'obiettivo di raccogliere informazioni utili per individuare tempestivamente un'eventuale ripresa della malattia, prevenire nuove patologie o complicanze e osservare gli effetti degli interventi sanitari (Fletcher et al., 2014), sostenendo così il paziente nel percorso di recupero.

Nello specifico, nel caso di pazienti che hanno vissuto un'esperienza legata al cancro, si parla di *follow-up* oncologico. In questo contesto, il *follow-up* assume un'importanza cruciale in quanto ha finalità specifiche nel percorso di cura del paziente. Secondo l'*Institute of Medicine* (IOM), il *follow-up* oncologico ha lo scopo di evidenziare il rischio di recidive, rilevare nuovi tumori e complicanze, gestire gli effetti collaterali di terapie altamente invasive come la chemioterapia, promuovere la salute e garantire supporto e benessere psicologico e sociale al paziente (Grant et al., 2012).

Il concetto di *follow-up* è mutato nel tempo, poiché in passato faceva riferimento solo all'individuazione delle recidive, mentre oggi il suo ruolo si è ampliato fino a trasformarsi

in una fase di cura multidimensionale, rientrando nell'ambito della *long-term survivorship* (Oeffinger & Hudson, 2004).

Gli obiettivi principali del *follow-up* sono:

- **Anticipare la diagnosi di recidiva:** diversi studi hanno dimostrato che la sorveglianza clinica sistematica consente una diagnosi precoce di recidiva e un trattamento tempestivo, migliorando la prognosi dei pazienti (Renehan et al., 2002).
- **Monitorare gli effetti collaterali tardivi delle terapie:** grazie al continuo monitoraggio, è possibile individuare conseguenze tardive quali secondi tumori, complicanze a livello fisico o problemi psicologici legati alla terapia (Oeffinger & Hudson, 2004).
- **Migliorare la qualità di vita:** studi longitudinali hanno dimostrato che coloro che si sottopongono a controlli periodici strutturati, presentano livelli di benessere più elevati e maggior soddisfazione personale (Renehan et al., 2002).
- **Incentivare la prevenzione secondaria e terziaria:** il *follow-up* non è solo uno strumento di sorveglianza, ma ha anche funzione preventiva. Raccomandazioni sull'attività fisica, sull'alimentazione e visite mirate aiutano a ridurre il rischio di recidiva (Doyle et al., 2006).

I controlli periodici effettuati nel *follow-up* oncologico variano in funzione del tipo di tumore, dello stadio, del trattamento ricevuto e delle linee guida delle società scientifiche internazionali, come l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e l'*European Society for Medical Oncology* (ESMO).

La struttura del *follow-up* oncologico, quindi, non è standard per tutti. Generalmente, viene pianificato su un arco temporale che va dai 5 ai 10 anni, con maggiore intensità nei primi due anni dopo il termine dei trattamenti, periodo in cui il rischio di recidiva è maggiore (Alfano et al., 2019).

Le principali aree di intervento comprendono visite cliniche periodiche con raccolta anamnestica mirata, esami e valutazione dei sintomi; esami strumentali e di laboratorio come, ad esempio, Tomografia Computerizzata (TC), Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), ecografie e marcatori tumorali specifici; e il continuo monitoraggio degli effetti collaterali tardivi delle terapie (Oliva et al., 2021). Il *follow-up* include inoltre interventi educativi e di promozione della salute, supporto psicosociale e procedure per la gestione

del distress (Egger-Heidrich et al., 2025). Quanto emerge dalla letteratura evidenzia come la personalizzazione del *follow-up*, rispetto ai protocolli standardizzati, migliori gli esiti clinici e riduca interventi superflui, migliorando la qualità delle cure sanitarie (Hua et al., 2024).

Nell'attuale prospettiva il *follow-up* oncologico rappresenta una componente centrale della *survivorship care*, un modello multidimensionale nato per rispondere ai bisogni dei pazienti sopravvissuti al cancro (Recklitis & Syrjala, 2017). Tale approccio include diversi aspetti come il benessere fisico, la salute psicologica, la sfera familiare, il reinserimento lavorativo e sociale, e la riorganizzazione del significato dell'esperienza di malattia.

Uno studio cardine di Götze et al. (2019) ha evidenziato che i pazienti in fase di *follow-up* segnalano frequentemente paura della recidiva, ansia anticipatoria prima dei controlli, incertezza rispetto al futuro e difficoltà emotive (Götze et al., 2019). Questo sottolinea, ancora una volta, l'importanza di offrire non solo monitoraggio clinico, ma anche adeguato supporto psicologico, soprattutto in questa fase in cui il paziente può sperimentare il cosiddetto "vuoto post-terapia", caratterizzato da spaesamento e vulnerabilità emotiva (Pimentel-Parra et al., 2025).

Nonostante il ruolo fondamentale, il *follow-up* oncologico presenta diverse problematiche. La letteratura segnala una marcata eterogeneità dei protocolli, con variazioni significative tra paesi e centri clinici, che possono generare differenze nella qualità dell'assistenza. La mancanza di criteri definiti può portare a sovradiagnosi e ad esami non necessari, con impatti negativi sul paziente (Merkow et al., 2017).

Le evidenze mostrano poi che nei percorsi di *follow-up* spesso vi è carenza di interventi specifici per affrontare le difficoltà psicologiche (Aubin et al., 2012). Alla luce di questa criticità, nella prossima sezione verrà approfondito il percorso post-operatorio e il ruolo del supporto psicologico nel *follow-up* oncologico.

### **1.3 Benessere psicologico e criticità nella fase post-trattamento**

Il periodo post-trattamento può essere considerato la fase iniziale del *follow-up* oncologico, in quanto rappresenta il momento in cui prende avvio la sorveglianza clinica. Si tratta di una fase particolarmente critica e delicata del percorso di cura, durante la quale

la malattia non è più clinicamente attiva, ma il paziente vive comunque una condizione di forte vulnerabilità dal punto di vista fisico, sociale, psicologico ed emotivo.

Diversi studi hanno evidenziato che le difficoltà che ne derivano incidono sulla qualità di vita, sul funzionamento psicosociale e sulla prognosi della persona (Majumdar et al., 2025).

Una delle sfide più comuni che i pazienti si trovano a dover affrontare in questa fase è la paura di recidiva (*fear of cancer recurrence*, FCR). Questa consiste nel timore permanente che il cancro possa ripresentarsi dopo il termine dei trattamenti e/o progredire (Johnson Vickberg, 2003). La paura di recidiva è caratterizzata da ansia per la propria salute e paura per la morte, contribuendo ad alimentare disagio emotivo e comportamenti quotidiani disfunzionali. Ad esempio, uno studio di Cho e colleghi (2018) su donne sopravvissute al cancro al seno ha evidenziato una forte correlazione tra paura di recidiva e difficoltà fisiche, quali stanchezza e dolore (Cho et al., 2018). Alla luce di questi dati, risulta fondamentale implementare interventi di supporto psicologico volti a ridurre questa preoccupazione, sebbene nella pratica clinica ciò avvenga raramente.

Accanto a questa problematica, molti pazienti si confrontano con difficoltà legate alla percezione della propria immagine corporea e alle preoccupazioni relative alla sessualità e alla fertilità. I cambiamenti fisici dovuti a interventi chirurgici o alle terapie oncologiche (cicatrici, deformazioni fisiche, perdita dei capelli) possono condurre il paziente ad avere una visione alterata del proprio corpo. Queste modificazioni sono associate a conseguenze negative sul piano fisico e psicologico, includendo disagio emotivo, problematiche sessuali, stress e una conseguente riduzione della qualità della vita (Fingeret et al., 2014). La funzione sessuale può risultare modificata o addirittura compromessa, soprattutto in seguito a procedure chirurgiche o trattamenti molto aggressivi che provocano effetti collaterali, tra cui la riduzione dell'eccitazione sessuale (Tommasi et al., 2022). È essenziale quindi che gli operatori sanitari ricevano una formazione adeguata, in quanto il loro intervento professionale può avere un impatto determinante nell'andamento della sessualità in una fase così delicata (Pauwels et al., 2013). In aggiunta, anche la fertilità rappresenta una fonte di preoccupazione per i pazienti, in particolare per i giovani adulti. Le terapie possono compromettere in modo permanente o temporaneo la funzione riproduttiva, con un impatto rilevante sul benessere della persona e sulle sue prospettive

future, influenzando l'identità personale, i progetti di vita e le relazioni intime (Su et al., 2025).

Le linee guida raccomandano un'informazione tempestiva e completa, e un supporto continuativo da parte degli operatori.

Oltre alle conseguenze immediate delle terapie, alcuni sopravvissuti al cancro si trovano a dover affrontare anche gli effetti tardivi dei trattamenti ricevuti, quali dolore cronico, stanchezza, disturbi cognitivi e neuropatia, che incidono significativamente sulla quotidianità (Schmidt et al., 2022).

Le difficoltà si estendono inoltre al contesto familiare, fondamentale per poter fronteggiare la malattia. La fase post-trattamento può infatti generare stress, cambiamenti nei ruoli e nuove responsabilità assistenziali, modificando le dinamiche familiari (Inhestern et al., 2021).

Ulteriore area critica riguarda le difficoltà lavorative e di reinserimento sociale. Per molti sopravvissuti, il rientro al lavoro risulta complicato a causa di una ridotta capacità lavorativa e dell'incertezza occupazionale, con conseguenze negative che possono aumentare la vulnerabilità e compromettere il benessere psicologico (Mehnert, 2011).

Considerando le molteplici difficoltà fisiche, emotive e sociali che caratterizzano la fase post-trattamento, emerge chiaramente la necessità di fornire al paziente un supporto psicologico strutturato e continuativo, in grado di accompagnarlo lungo il percorso di *follow-up* oncologico. Tra gli studi che dimostrano che gli interventi psicologici erogati in questa fase migliorano il benessere del paziente, troviamo quello condotto da Faller e colleghi (2013). Consiste in una meta-analisi che mostra come interventi psico-oncologici somministrati durante e dopo il trattamento attivo, vadano a determinare una significativa riduzione del distress emotivo e un miglioramento della qualità di vita (Faller et al., 2013).

Ulteriori evidenze emergono dagli interventi basati sull'*empathic care* (assistenza empatica), che hanno mostrato miglioramenti nei livelli di ansia, nella qualità del sonno e nei tempi di recupero, sottolineando il ruolo centrale delle componenti relazionali (Torres-Vigil et al., 2021).

Nel complesso, questi risultati confermano che l'integrazione di interventi psicologici contribuisce a ridurre ansia e paura di recidiva, migliorando invece la qualità di vita dei pazienti (Faller et al., 2013).

All'interno della fase post-trattamento, il supporto psicologico può assumere forme diverse di intervento, tra cui il sostegno psicologico individuale, programmi psicoeducativi, interventi cognitivo-comportamentali e strategie mirate alla gestione dello stress. Negli ultimi quindici anni, sono stati sperimentati nuovi approcci, come la *mindfulness*. Le tecniche principali, la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), hanno mostrato benefici in ambito oncologico, con miglioramenti sul piano psicosociale, della qualità di vita e riduzioni di angoscia, ansia, fatica e insonnia (Lang-Rollin & Berberich, 2018).

Nonostante l'evidenza scientifica dimostri l'utilità di tali interventi, la realtà clinica italiana presenta ancora oggi carenze e criticità. Sono molte le strutture sanitarie in cui il supporto psicologico post-operatorio non viene offerto in modo sistematico ed è frequente l'assenza di uno screening psicologico routinario, fondamentale invece per individuare precocemente il distress emotivo (Taurisano et al., 2022). A questo si affiancano anche i problemi nella comunicazione medico-paziente, che possono amplificare l'ansia e lo stress del paziente durante il *follow-up*. Le ricerche dimostrano il fatto che una comunicazione adeguata favorisce l'adesione alle cure e il recupero del paziente, il quale si sente ascoltato e capito (Ha & Longnecker, 2010).

Tuttavia, questo spesso non avviene poiché gli operatori sanitari non vengono formati correttamente e l'empatia e le capacità comunicative vengono meno. In generale, le linee guida italiane evidenziano i limiti e le criticità dell'assistenza psicosociale, ancora poco integrata nei percorsi oncologici, con servizi inadeguati e carenza di formazione specifica (Caminiti et al., 2021).

In conclusione, la fase post-trattamento rappresenta una fase di particolare criticità, durante la quale il paziente è chiamato ad affrontare sfide complesse. In questa prospettiva, sostenere la persona e capire il significato che attribuisce all'esperienza di malattia risulta fondamentale per garantire un'assistenza oncologica realmente centrata sulla persona.



## CAPITOLO 2: Metodologia

### 2.1 Chiave di ricerca

Nel contesto di una revisione sistematica della letteratura, la costruzione della chiave di ricerca rappresenta un passaggio metodologico centrale, fondamentale per rispondere in modo rigoroso alla domanda di ricerca.

Il presente lavoro è stato condotto seguendo le linee guida del modello PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), che consentono di adottare una metodologia standardizzata e replicabile, basata su criteri di inclusione ed esclusione chiaramente definiti, al fine di migliorare la trasparenza e l'affidabilità dei risultati ottenuti. L'adozione di tale approccio risulta essere particolarmente adeguata agli obiettivi della tesi, che mira ad analizzare in modo sistematico le evidenze scientifiche relative all'introduzione della *mindfulness* nel *follow-up* oncologico per il benessere psicologico dei pazienti.

La letteratura scientifica è stata reperita e selezionata attraverso la consultazione del database Scopus, una piattaforma bibliografica multidisciplinare di rilevanza internazionale, ampiamente utilizzata per la ricerca in ambito medico e psicologico.

Successivamente alla definizione della domanda di ricerca, sono state individuate le parole chiave più adeguate al fine di identificare gli aspetti centrali dell'oggetto di studio. Nello specifico, per la costruzione della stringa di ricerca, sono stati utilizzati i termini *mindful\**, *mindfulness-based intervention\**, *MBSR* e *MBCT*, in modo da intercettare le diverse tipologie di interventi *mindfulness* descritte in letteratura. L'asterisco (\*) è stato utilizzato per evitare l'esclusione di termini con la medesima radice lessicale, ma con desinenze differenti (ad esempio *mindfulness*, *mindfulness-based*).

Per delimitare la popolazione di interesse, è stato individuato il termine *cancer survivor\**, associato a ulteriori espressioni quali *follow-up*, *post-treatment* e *post-therap\**, al fine di includere esclusivamente studi riguardanti pazienti oncologici nella fase successiva alla conclusione dei trattamenti attivi.

I termini sono stati combinati mediante l'uso di operatori booleani. In particolare, l'operatore OR è stato impiegato per includere sinonimi all'interno delle singole aree

tematiche (*mindfulness* e *follow-up*), mentre l'operatore AND per combinare i due principali nuclei della ricerca.

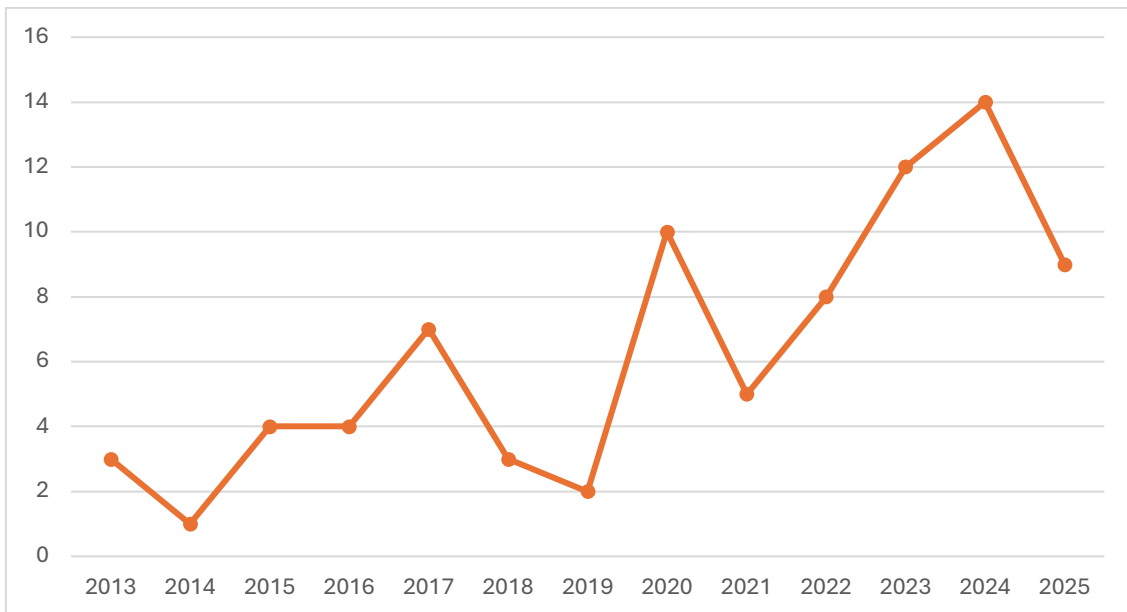
Al fine di garantire la qualità degli studi selezionati, sono stati applicati dei filtri alla ricerca. Per quanto riguarda l'ambito disciplinare, sono stati inclusi solamente studi appartenenti all'area di ricerca "*Medicine*" e "*Psychology*". Sono stati inoltre selezionati solo articoli scientifici (*article*), pubblicati in lingua inglese e disponibili in modalità *open access*. Tali criteri sono stati adottati per garantire l'inclusione di studi pertinenti e metodologicamente adeguati all'analisi.

La query di ricerca finale è stata pertanto la seguente:

**( TITLE-ABS-KEY ( mindful\* OR mindfulness-based intervention\* OR MBSR OR MBCT ) AND TITLE-ABS-KEY ( cancer survivor\* AND ( follow-up OR post-treatment OR post-therap\* ) ) ) AND ( LIMIT-TO ( SUBJAREA , "MEDI" ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , "PSYC" ) ) AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , "ar" ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) ) AND ( LIMIT-TO ( OA , "all" ) )**

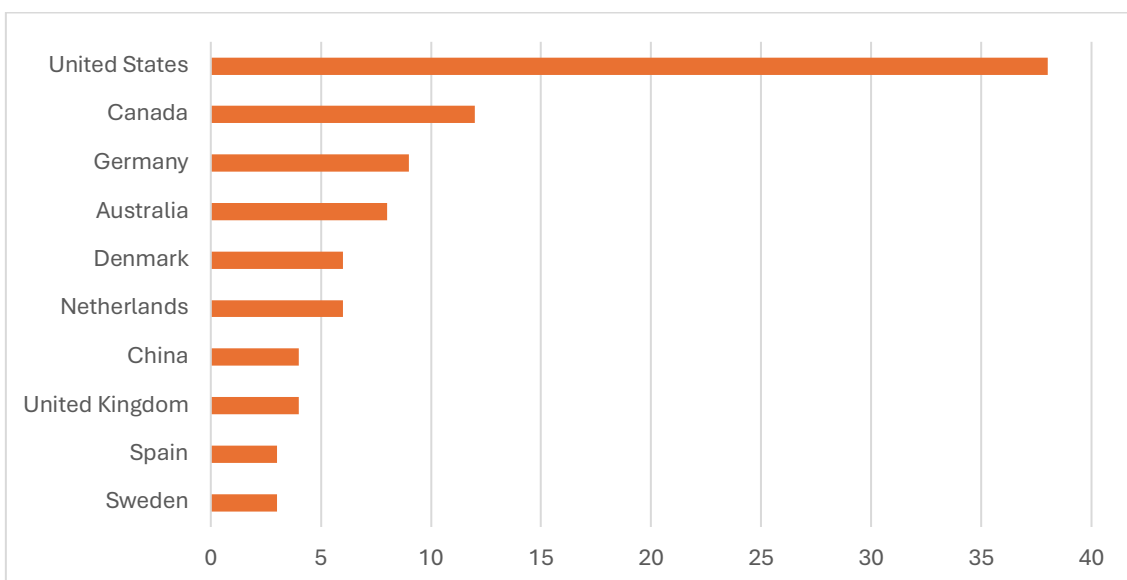
Dall'applicazione dei criteri di inclusione non è stato introdotto un limite temporale a priori, in quanto l'articolo più datato risaliva al 2013 e dunque gli studi risultavano già distribuiti in un arco temporale relativamente recente.

Come evidenzia il grafico sottostante, l'interesse scientifico per la *mindfulness* nel *follow-up* oncologico è recente e presenta un andamento progressivamente crescente nel corso degli ultimi anni. Questo dato suggerisce come la letteratura negli ultimi anni abbia mostrato un'attenzione sempre maggiore verso il benessere psicologico dei pazienti nella fase post-trattamento. Studi meno recenti sono comunque stati inclusi in considerazione della loro rilevanza scientifica e del contributo fornito allo sviluppo delle ricerche successive.



**Figura 1.** Grafico che rappresenta il numero di articoli individuati tramite la chiave di ricerca che sono stati pubblicati negli anni

La distribuzione geografica delle pubblicazioni evidenzia che il maggior numero di studi proviene dagli Stati Uniti (38), secondo il Canada (12), seguiti da Germania e Australia che non superano le 10 pubblicazioni. I paesi con meno di 3 pubblicazioni non sono stati inseriti nel grafico sottostante.



**Figura 2.** Grafico che rappresenta la provenienza degli articoli individuati tramite la chiave di ricerca

## 2.2 I passaggi del metodo PRISMA

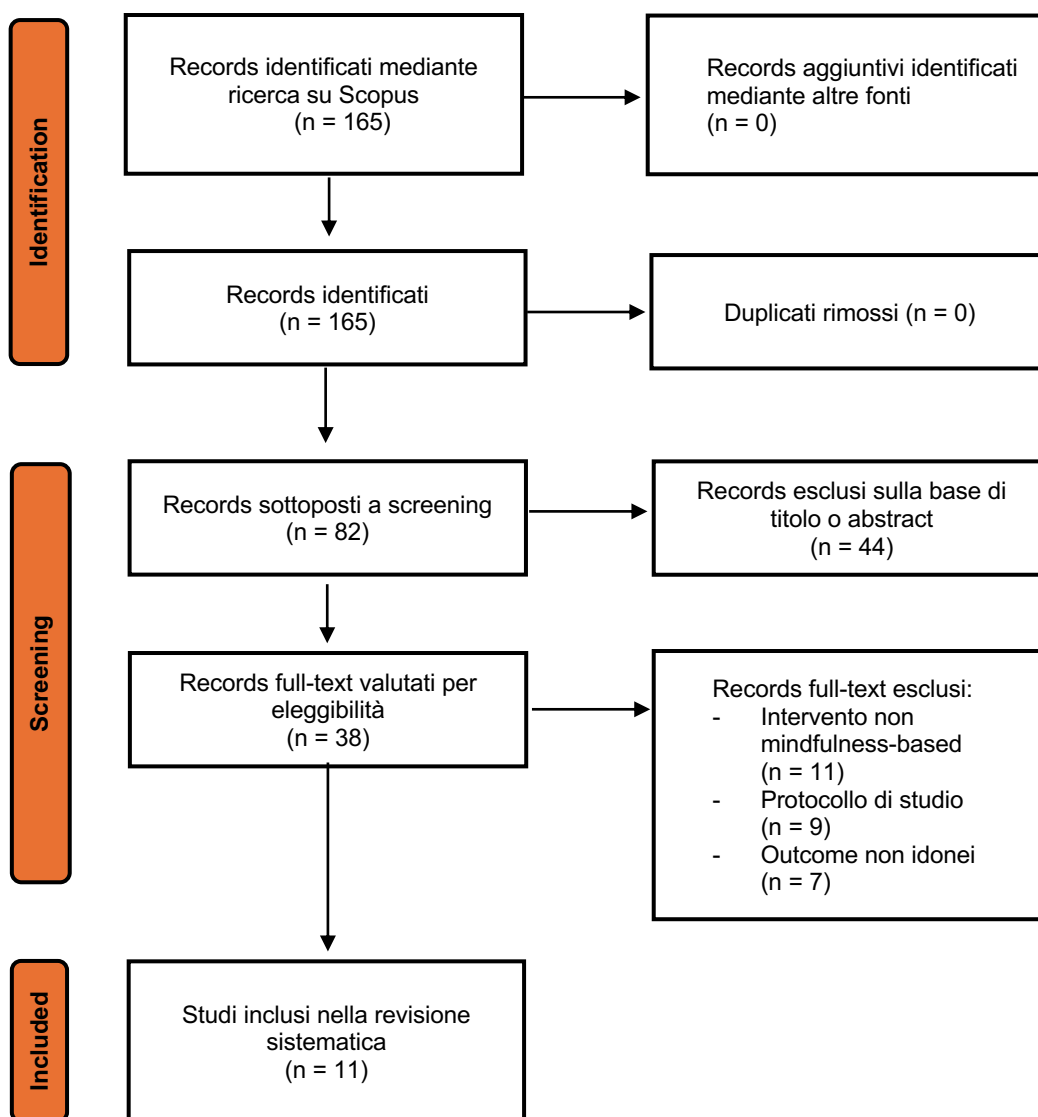
Il metodo PRISMA prevede diverse fasi che consentono di strutturare in modo sistematico e trasparente il processo di selezione degli studi per la revisione della letteratura.

Nella fase di identificazione, la ricerca iniziale effettuata attraverso il solo utilizzo delle parole chiave ha portato all'individuazione di 165 documenti. Successivamente, sono stati applicati i criteri di inclusione descritti nel precedente paragrafo, relativi all'ambito disciplinare, alla tipologia di documento, alla lingua e all'accessibilità *open access*. Il risultato è stato di 82 articoli potenzialmente rilevanti.

A partire da questo insieme iniziale di documenti, si è proceduto con la fase di screening dei titoli e degli abstract. Sono stati eliminati 44 studi che risultavano chiaramente non in linea con la domanda di ricerca o non coerenti con gli obiettivi della tesi. In particolare, molti articoli sono stati esclusi perché non valutavano nello specifico interventi *mindfulness-based* strutturati, concentrandosi invece su approcci psicologici differenti, quali programmi multimodali mente-corpo, attività fisica, yoga o interventi di tipo cognitivo-comportamentale. Ulteriori studi sono stati esclusi in quanto riguardavano popolazioni non coerenti con gli obiettivi della tesi, come ad esempio pazienti oncologici in fase di trattamento attivo, senza focalizzarsi sulla fase di *follow-up* o *survivorship*. Infine, una parte degli articoli esaminati non riportava *outcome* rilevanti relativi al benessere psicologico, concentrandosi esclusivamente su esiti clinici o biologici.

Nella fase di eleggibilità, i 38 articoli rimanenti sono stati valutati attraverso una lettura completa del full-text al fine di verificarne la coerenza. A seguito di questa analisi approfondita, sono stati scartati 27 articoli. Di questi, 11 sono stati eliminati poiché l'intervento proposto non rientrava nella definizione di intervento *mindfulness-based* strutturato, trattandosi invece di approcci psicologici diversi, programmi multimodali in cui la *mindfulness* non rappresentava l'elemento centrale. Altro motivo di esclusione ha riguardato la natura dello studio, in quanto diversi articoli risultavano essere protocolli di trial privi di risultati empirici o studi secondari, quali, ad esempio, meta-analisi. Infine, alcuni studi sono stati esclusi poiché focalizzati su *outcome* esclusivamente clinici o biologici, senza includere misure relative al benessere psicologico.

Al termine del processo di selezione, 11 studi sono risultati eleggibili e sono stati inclusi nella revisione sistematica finale.



**Figura 3.** *Diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli tratto da “Prisma Statement”*

### 2.3 Panoramica degli articoli inclusi in rassegna

Gli undici studi inclusi nella presente revisione sistematica sono stati analizzati globalmente e riassunti nella tabella sottostante al fine di evidenziarne le principali caratteristiche metodologiche e tematiche. La tabella riporta il titolo dell’articolo, gli autori e l’anno di pubblicazione, la metodologia utilizzata e i partecipanti coinvolti, nonché i principali risultati ottenuti da ogni studio.

Dall'analisi complessiva degli articoli è emersa una sostanziale eterogeneità sia dal punto di vista metodologico sia per ciò che riguarda le caratteristiche degli interventi *mindfulness-based* proposti.

La maggior parte degli studi utilizza disegni sperimentali quantitativi, prevalentemente trial randomizzati controllati (RCT), affiancati da studi pilota e da uno studio non randomizzato con disegno pre-post intervento. Nello specifico, negli studi con campioni più numerosi sono stati adottati disegni sperimentali controllati, con l'impiego di questionari standardizzati somministrati sia prima sia dopo l'intervento e, in alcuni casi, anche a *follow-up* a medio-lungo termine. Gli studi pilota, caratterizzati da piccoli campioni, si sono concentrati sulla valutazione della fattibilità e dell'accettabilità degli interventi *mindfulness-based*, arrivando comunque a fornire risultati e informazioni importanti sugli esiti psicologici.

Per quanto riguarda le tipologie di intervento, sono emersi programmi strutturati come la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) e sue varianti adattate al contesto oncologico (MBSR(BC), MAPs e MBCR), la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) e interventi di *mindfulness meditation* adeguati alle esigenze dei pazienti in fase di *follow-up*. Alcuni studi hanno inoltre proposto questi programmi in presenza con durata di sei-otto settimane, mentre altri hanno sperimentato modalità di erogazione alternative, come interventi online o applicazioni mobili, evidenziando l'importanza di aumentare l'accessibilità e la continuità del supporto psicologico.

I campioni di partecipanti risultano composti prevalentemente da donne sopravvissute a carcinoma mammario in fase post-trattamento, sebbene siano presenti anche studi che coinvolgono altre tipologie di sopravvissuti oncologici adulti con diagnosi differenti o giovani adulti sopravvissuti a tumori pediatrici (AYA).

Gli *outcome* presi considerati riguardano principalmente il benessere psicologico, includendo sintomi depressivi, ansia, stress percepito, paura di recidiva ma anche fatica, disturbi del sonno, qualità della vita e regolazione emotiva. Alcuni studi hanno inoltre integrato misure biologiche o neuro-funzionali con l'obiettivo di esplorare e comprendere nel dettaglio i meccanismi sottostanti agli effetti della *mindfulness*.

Complessivamente, i risultati indicano un effetto positivo degli interventi *mindfulness-based* su diverse dimensioni del benessere psicologico, con benefici che si mantengono anche nel medio-lungo periodo. Gli articoli inclusi, oltre a offrire una

panoramica articolata delle potenzialità applicative di tali interventi, costituiscono anche la base per un'analisi più approfondita delle caratteristiche degli interventi, degli *outcome* e delle tipologie di pazienti, che verrà sviluppata nel capitolo successivo attraverso un'organizzazione in cluster.

	Titolo	Autori e Anno	Metodologia e Partecipanti	Risultati	Cit.
1	Feasibility and Acceptability of a Meditation Mobile App Intervention for Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer	Kwok et al., 2024	Studio pilota a braccio singolo con intervento di <i>mindfulness</i> tramite app mobile; 25 giovani adulti (AYA) sopravvissuti a tumori pediatrici (18-29 anni) in fase post-trattamento	Lo studio ha mostrato la fattibilità e l'accettabilità dell'intervento (ritenzione 84%), con miglioramenti promettenti in <i>mindfulness</i> , stress e salute mentale, specialmente negli utenti costanti	1
2	Mindfulness is associated with improved psychological well-being but no change in stress biomarkers in breast cancer survivors with depression	Sakki et al., 2022	Studio pilota clinico a gruppo singolo con intervento MBSR di 8 settimane e valutazione tramite questionari e biomarcatori dello stress; 23 donne sopravvissute a carcinoma mammario con sintomi depressivi clinicamente significativi	Miglioramenti in resilienza, qualità della vita, depressione, ansia e insonnia; nessun cambiamento significativo nei biomarcatori dello stress o nelle abilità di <i>mindfulness</i>	8

3	Targeting Depressive Symptoms in Younger Breast Cancer Survivors: The Pathways to Wellness RCT of Mindfulness Meditation and Survivorship Education	Bowen et al., 2021	RCT a tre bracci ( <i>mindfulness</i> , educazione, controllo) con interventi di 6 settimane; 247 giovani donne sopravvissute a carcinoma mammario (stadio 0-III), con sintomi depressivi elevati e in fase di <i>follow-up</i>	Sia la MAPs che la SE hanno ridotto in modo significativo i sintomi depressivi rispetto al gruppo di controllo; solo l'intervento <i>mindfulness</i> ha mantenuto benefici duraturi a 6 mesi e prodotto miglioramenti nella fatigue e nell'insonnia	56
4	Long-Term Effect of a Nonrandomized Psychosocial Mindfulness-Based Intervention in Hispanic/Latina Breast Cancer Survivors	Eliminian et al., 2020	Studio non randomizzato con intervento MBSR di 8 settimane; 33 donne ispaniche sopravvissute a carcinoma mammario (stadio I-III) in <i>follow-up</i> post-trattamento	L'MBSR ha prodotto una riduzione significativa dell'ansia e della depressione e un miglioramento della qualità di vita mentale fino a 24 mesi	25
5	Psychological Processes and Symptom Outcomes in Mindfulness-Based Stress Reduction for Cancer Survivors: A Pilot Study	Chinh et al., 2020	Studio pilota RCT con intervento MBSR e lista d'attesa; 35 sopravvissuti oncologici adulti con affaticamento cronico significativo dopo il trattamento attivo	L'MBSR ha incrementato <i>mindfulness</i> e autocompassione, con la riduzione di distress emotivo e disturbi del sonno	3
6	Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: A	Nissen et al., 2020	RCT con MBCT online di 8 settimane vs usual care; 150 sopravvissuti oncologici	L'MBCT ha ridotto in modo significativo ansia e depressione; benefici	96

	randomized controlled trial		(carcinoma mammario e prostatico) in fase di <i>follow-up</i> post-trattamento con sintomi di depressione e ansia	mantenuti a 6 mesi per l'ansia	
7	Effects of Mindfulness-Based Intervention on Cancer-Related Cognitive Impairment: Results of a Randomized Controlled fMRI Pilot Study	Van der Gucht et al., 2020	RCT pilota con intervento <i>mindfulness</i> (MBI) di 8 settimane vs wait-list e follow-up a 3 mesi; 33 donne sopravvissute a carcinoma mammario con deficit cognitivi, in fase di <i>follow-up</i>	L'intervento ha ridotto i deficit cognitivi soggettivi, il disagio emotivo, lo stress e la fatica, incrementando la connettività nelle reti neurali dell'attenzione ma senza benefici significativi su abilità di <i>mindfulness</i>	49
8	Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters	Reich et al., 2017	RCT con intervento MBSR(BC) di 6 settimane vs usual care; 322 donne sopravvissute a carcinoma mammario (stadio 0-III) in fase di <i>follow-up</i> post-trattamento	L'MBSR(BC) ha prodotto miglioramenti significativi nei cluster psicologici (ansia, depressione, stress) e nella fatica, mantenuti fino a 12 settimane	170
9	Improvements in Emotion Regulation Following Mindfulness Meditation: Effects on Depressive Symptoms and Perceived Stress in	Boyle et al., 2017	RCT con intervento <i>mindfulness</i> (MAPs) di 6 settimane vs lista d'attesa; 71 donne sopravvissute a carcinoma	L'intervento ha prodotto una riduzione di depressione e stress mediata da self-kindness, <i>mindfulness</i> e minore	93

	Younger Breast Cancer Survivors		mammario (stadio 0-III) in <i>follow-up</i> post-trattamento	ruminazione; benefici sullo stress persistenti fino al follow-up di 3 mesi	
10	Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results	Carlson et al., 2016	RCT con intervento MBCR vs SET tramite questionari e follow-up a 6 e 12 mesi; 252 sopravvissute a carcinoma mammario (stadio I-III) in fase post-trattamento con stress elevato	L'MBCR è risultato superiore alla SET nel ridurre stress e disturbi dell'umore e nel migliorare la qualità di vita, il supporto sociale e la crescita post-traumatica, con benefici mantenuti fino a 12 mesi	134
11	Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR(BC)) in Breast Cancer: Evaluating Fear of Recurrence as a Mediator of Psychological and Physical Symptoms	Lengacher et al., 2014	RCT con intervento MBSR(BC) di 6 settimane vs usual care; 82 donne sopravvissute a carcinoma mammario (stadio 0-III) in fase di <i>follow-up</i> post-trattamento	L'MBSR(BC) ha ridotto in modo significativo la paura di recidiva e migliorato il funzionamento fisico; questi due fattori hanno mediato la riduzione dello stress e dell'ansia	96



## CAPITOLO 3: Discussione e analisi della letteratura

La lettura integrale e l'analisi approfondita degli undici studi inclusi nella rassegna sistematica hanno restituito un quadro articolato e in progressiva evoluzione dell'utilizzo della *mindfulness* nel contesto del *follow-up* oncologico. Gli articoli mostrano come gli interventi vengano declinati in modalità differenti, adattati a situazioni e contesti clinici specifici e orientati a una pluralità di esiti psicologici.

Al fine di garantire coerenza nell'interpretazione dei risultati e di sviluppare un'adeguata analisi qualitativa strutturata, gli studi sono stati organizzati in tre cluster tematici: caratteristiche degli interventi *mindfulness-based* proposti, *outcome* psicologici valutati e tipologia di pazienti coinvolti. Tale suddivisione consente di mettere in relazione queste tre dimensioni con la domanda di ricerca, evidenziandone l'interconnessione. Le modalità di strutturazione degli interventi influenzano infatti gli esiti osservati, che a loro volta devono essere interpretati alla luce delle caratteristiche della popolazione di riferimento.

Un elemento significativo emerso dall'analisi riguarda la relativa omogeneità dei campioni inclusi negli studi. Questa concentrazione su specifici gruppi clinici ha reso opportuno dedicare l'ultimo cluster a una riflessione sulla tipologia di pazienti coinvolti, aprendo una prospettiva sulla possibilità di estendere future ricerche a pazienti affetti da altre tipologie di tumore, verificando così la trasferibilità e l'applicabilità degli interventi *mindfulness-based* in contesti oncologici differenti.

### 3.1 Caratteristiche degli interventi *mindfulness-based* nel *follow-up* oncologico

L'analisi degli studi inclusi nella rassegna mette in luce come gli interventi *mindfulness-based* nel *follow-up* oncologico, pur condividendo una matrice teorica comune, presentino differenze significative sul piano strutturale, organizzativo e delle modalità di erogazione. In particolare, sono state individuate le seguenti tipologie di intervento: *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) adattata al contesto digitale, programmi di *mindfulness meditation*

focalizzati su specifici target clinici e applicazioni mobili di *mindfulness* a fruizione autonoma.

Tra le tipologie di intervento individuate, la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) si presenta come il modello maggiormente strutturato, consolidato e applicato nel panorama oncologico. Nello studio *Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters* di Reich et al. (2017), viene analizzata l'efficacia del protocollo MBSR, adattato per il carcinoma mammario (MBSR(BC)) in fase di *follow-up*, mettendolo a confronto con le *usual care*. La ricerca è stata effettuata su 322 donne sopravvissute a carcinoma mammario che avevano concluso le terapie attive e che presentavano sintomi riconducibili a cluster psicologici. Il programma, pur mantenendo l'impianto classico della MBSR ideato da Kabat-Zinn, è articolato in sei settimane di incontri settimanali di gruppo, ciascuno della durata di circa due ore, condotto da un istruttore esperto e adeguatamente formato. Le sessioni includono svariate pratiche formali della *mindfulness*, come la meditazione seduta focalizzata sul respiro, il body scan, movimenti dolci ispirati allo yoga e camminata consapevole, con momenti di riflessione e condivisione con il gruppo. Le partecipanti erano inoltre invitate a svolgere una pratica domiciliare quotidiana (15 - 45 minuti), con il supporto di materiale audio e manuali didattici, in modo da promuovere l'autonomia nella regolazione emotiva. Dal punto di vista clinico, l'adattamento del protocollo al contesto oncologico risponde alle esigenze specifiche delle pazienti nella fase di *follow-up*, orientando così i contenuti verso la gestione e la riduzione della paura di recidiva, la depressione, l'ansia, la fatica e il senso di vulnerabilità persistente. L'obiettivo, quindi, è di offrire sostegno all'adattamento psicologico nel periodo post-trattamento. Il confronto con le *usual care* suggerisce come la MBSR produca effetti che si mantengono fino a dodici settimane e che non si limitano solo a singoli sintomi, ma sono estesi a più cluster sintomatologici. Questo rende l'intervento rilevante nell'ottica di un'integrazione nei protocolli di *follow-up*, in quanto strutturato, standardizzato, replicabile e orientato a bisogni clinici complessi.

Accanto ai protocolli di MBSR tradizionali, nella rassegna sistematica è emersa anche un'ulteriore declinazione dell'intervento, programmi *mindfulness meditation* focalizzati su target clinici specifici. Ne è un esempio lo studio *Targeting Depressive Symptoms in Younger Breast Cancer Survivors: The Pathways to Wellness Randomized Controlled*

*Trial of Mindfulness Meditation* di Bowen et al. (2021), che presenta un intervento svolto su 247 giovani donne sopravvissute a carcinoma mammario con elevati sintomi depressivi. Il protocollo si sviluppa in sei settimane di incontri settimanali di gruppo della durata di due ore con esercizi di meditazione guidata, osservazione non giudicante dei pensieri e body scan, affiancati da sessioni di *follow-up* successive funzionali per poter consolidare le competenze acquisite. Il percorso comprende anche la pratica domiciliare quotidiana, della durata variabile tra 5 e 20 minuti. Questo ha prodotto benefici significativi che si sono mantenuti fino a 6 mesi. Il programma “Pathways to Wellness” non segue un protocollo rigidamente standardizzato, ma ciò che davvero lo differenzia e lo caratterizza è la focalizzazione specifica sui sintomi depressivi e sulla regolazione emotiva e dunque su una dimensione clinica ben definita. Tale intervento evidenzia che la *mindfulness* può essere modulata non solo in funzione del contesto oncologico, ma anche in relazione a particolari vulnerabilità psicologiche che caratterizzano la fase di *follow-up* oncologico.

In questa categoria possono essere ricondotti anche altri due tipi di programmi presenti nella rassegna sistematica, quali il *Mindful Awareness Practices* (MAPs) e il *Mindfulness-Based Cancer Recovery* (MBCR). Il MAPs, analizzato nello studio di Boyle et al. (2017), consiste in un intervento *mindfulness meditation* di breve durata, focalizzato sulla regolazione emotiva e sull’aumento della *self-kindness*. L’MBCR, invece, si presenta come una sorta di adattamento della MBSR a contesto oncologico, mantenendone la stessa struttura, ma orientando i contenuti dei moduli verso la gestione dello stress e delle difficoltà legate alla malattia.

Una terza configurazione individuata nella rassegna è la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT). Lo studio *Internet-delivered Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxiety and Depression in Cancer Survivors* di Nissen et al. (2020) introduce un intervento online rivolto a sopravvissuti oncologici (carcinoma mammario e prostatico) in fase di *follow-up* con sintomi clinicamente rilevanti di ansia e depressione. Il protocollo mantiene l’impianto teorico classico della MBCT, che integra le pratiche di consapevolezza con elementi propri della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), con l’obiettivo di riconoscere schemi di pensiero disfunzionali e di ridurre i processi di ruminazione. L’intervento, testato su 150 partecipanti, è strutturato in otto moduli settimanali, erogati però attraverso una piattaforma digitale sicura e protetta. Ciascun

modulo comprende materiali scritti, esercizi di meditazione auto-guidati, compiti esperienziali e momenti di riflessione personale, resi possibili dall'utilizzo di diari settimanali. È inoltre prevista la presenza di un terapeuta, volta a fornire un *feedback* settimanale, sebbene questo sia in modalità scritta e non sincrona. Pur non trattandosi di un'interazione in tempo reale, tale modalità garantisce un supporto clinico continuativo per i pazienti, mantenendo una dimensione relazionale e assicurando supervisione professionale. L'elemento distintivo dell'intervento MBCT è rappresentato dalla modalità di erogazione online, che si caratterizza per la maggiore flessibilità, accessibilità e adattabilità alle necessità individuali del paziente. Questo programma risulta così coerente e adeguato alla fase di *follow-up* oncologico, durante la quale i pazienti non sono più inseriti all'interno di un percorso terapeutico intensivo, ma possono continuare a sperimentare vulnerabilità psicologiche. Pur mantenendo una struttura standardizzata, l'iMBCT pone maggiore enfasi sull'autonomia del paziente rispetto alla dimensione grupale tradizionale. I risultati dello studio evidenziano effetti positivi nella riduzione di depressione e ansia, con benefici su quest'ultima mantenuti a 6 mesi, suggerendo che l'adattamento digitale della MBCT rappresenta una procedura efficace e sostenibile di integrazione della *mindfulness* nei protocolli di *follow-up* oncologico.

Ulteriore tipologia dell'intervento *mindfulness-based* presente nella rassegna consiste in applicazioni mobili di *mindfulness* utilizzabili autonomamente. Questo emerge nello studio *Feasibility and Acceptability of a Meditation Mobile App Intervention for Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer* di Kwok et al. (2024), che esplora un intervento basato sull'utilizzo dell'applicazione "Ten Percent Happier" sviluppata per giovani adulti (AYA) sopravvissuti a tumori pediatrici in fase di *follow-up*. A differenza dei precedenti interventi, l'applicazione non segue un protocollo standardizzato tradizionale come MBSR o MBCT, non prevede moduli strutturati o momenti di condivisione di gruppo, così come non è presente una supervisione clinica costante. Le pratiche consistono invece in brevi sessioni audio-guidate, accessibili tramite smartphone e personalizzabili in base alle preferenze dell'utente. Tali sessioni comprendono esercizi di consapevolezza sul respiro, body scan e meditazioni finalizzate alla gestione dello stress. L'accento è posto sull'accessibilità e sull'adattabilità alle esigenze dei pazienti, soprattutto considerando il fatto che si tratta di una popolazione giovane, abituata all'uso di dispositivi mobili. I risultati di questo studio, verificati su 25

partecipanti, mostrano una buona fattibilità e accettabilità dell'intervento (ritenzione 84%), con miglioramenti rilevanti nei livelli di stress percepito, nella *mindfulness* e nel benessere psicologico in generale, in particolare negli utenti costanti. Questa modalità innovativa suggerisce che anche interventi meno strutturati e più flessibili della *mindfulness* possono essere integrati nel *follow-up* come strumento di supporto complementare.

Negli studi presi in considerazione in questo paragrafo, l'analisi comparativa mette in evidenza come le differenze tra gli interventi *mindfulness-based* non riguardino tanto l'impianto teorico, quanto invece il grado di strutturazione, le modalità di erogazione e il livello di supervisione clinica.

La MBSR, oltre ad essere l'intervento maggiormente utilizzato e diffuso, si conferma anche come il più solido dal punto di vista metodologico, caratterizzato da una struttura ben definita, da modalità e procedure standardizzate, da una forte centralità della dimensione gruppale e dalla presenza di una supervisione diretta da parte di un istruttore preparato. Questo protocollo risulta particolarmente indicato quando l'obiettivo è quello di intervenire in maniera trasversale su più cluster sintomatologici, al contrario del programma "*Pathways to Wellness*" proposto da Bowen et al., che invece privilegia una focalizzazione clinica circoscritta, mirata ad una specifica vulnerabilità del paziente. Per questo motivo gli interventi di *mindfulness meditation*, pur riducendo la rigidità del protocollo, dipendono maggiormente dalle caratteristiche del campione selezionato e dal sintomo psicologico considerato.

L'iMBCT introduce un'ulteriore variazione significativa che riguarda la modalità di erogazione. Pur conservando una struttura e una progressione definite e una supervisione clinica, l'intervento si trasferisce in un ambiente digitale, modificando completamente la dimensione relazionale. L'interazione diretta viene quindi sostituita da un feedback scritto asincrono e questo porta ad attribuire al paziente maggiore autonomia nella gestione del percorso. Se paragonato agli interventi in presenza, tale protocollo guadagna in flessibilità e accessibilità, caratteristiche che lo rendono compatibile con le esigenze organizzative nella fase di *follow-up*.

Le applicazioni mobili, infine, rappresentano la modalità meno strutturata. Rispetto a MBSR e MBCT, vengono meno i moduli obbligatori, gli incontri programmati e la supervisione costante, rendendo l'esperienza totalmente personalizzabile. Questa

maggior accessibilità, se da un lato è favorevole soprattutto per campioni giovani, dall'altro riduce il grado di contenimento e richiede maggior responsabilità individuale.

Gli interventi analizzati evidenziano come non esista un modello unico della *mindfulness* nel *follow-up*, ma siano invece presenti più soluzioni differenziate per struttura, erogazione e intensità di supporto clinico. La scelta tra protocolli più strutturati e modalità maggiormente flessibili suggerisce che l'integrazione della *mindfulness* nel *follow-up* oncologico non possa essere standardizzata in modo uniforme, ma debba essere calibrata e pensata in funzione delle caratteristiche del contesto clinico, dei bisogni del paziente e delle risorse organizzative disponibili.

Tuttavia, l'analisi delle diverse configurazioni degli interventi evidenzia alcune criticità a cui è importante prestare attenzione. L'eterogeneità strutturale dei protocolli, in termini di durata, modalità di erogazione e livello di supervisione clinica, rende complesso capire quale possa essere il modello più adeguato nel *follow-up* oncologico. Le differenze tra gli interventi che sono stati esaminati implicano esperienze terapeutiche diverse tra loro, che vanno ad incidere sulla partecipazione alla pratica e sulla qualità del supporto ricevuto. Tali considerazioni suggeriscono la necessità di effettuare studi comparativi diretti, in grado di chiarire quale combinazione di struttura, modalità di erogazione e supervisione clinica risulti maggiormente efficace, sostenibile e clinicamente appropriata nel *follow-up* oncologico.

### **3.2 Outcome psicologici degli interventi *mindfulness-based* nel *follow-up* oncologico**

L'analisi degli studi individuati all'interno di questo cluster consente di delineare in modo approfondito l'insieme degli *outcome* psicologici associati agli interventi *mindfulness-based* nel contesto del *follow-up* oncologico. Le ricerche esaminate indagano dimensioni psicologiche ricorrenti, quali depressione, ansia, distress, paura di recidiva (*Fear of Recurrence*, FOR) e qualità di vita. Tuttavia, i risultati non appaiono sempre pienamente omogenei. L'efficacia degli interventi varia in relazione all'intensità del miglioramento, alla durata degli effetti nel tempo e alla specifica area psicologica coinvolta. Tali differenze sembrano essere influenzate dal tipo di protocollo *mindfulness* applicato e dalle caratteristiche della popolazione clinica coinvolta.

Tra gli *outcome* maggiormente valutati emergono i sintomi ansiosi e depressivi, spesso considerati indicatori principali del distress psicologico dei pazienti. Sono diversi gli studi che evidenziano una significativa riduzione di entrambe le dimensioni dopo aver partecipato e seguito programmi *mindfulness-based*, suggerendo come tali interventi possano contribuire a ritrovare equilibrio emotivo dopo la conclusione dei trattamenti attivi. In particolare, ansia e depressione sono state indagate nello studio *Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters* di Reich et al. (2017), che ha valutato l'efficacia del protocollo *Mindfulness-Based Stress Reduction* adattato per pazienti con carcinoma mammario (MBSR(BC)) in fase di *follow-up* oncologico. Le partecipanti, 322 donne con carcinoma mammario in stadio 0-III, sono state randomizzate a partecipare a un intervento strutturato della durata di sei settimane oppure a cure abituali. Gli *outcome* psicologici primari, misurati tramite strumenti standardizzati, quali la *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) per l'ansia e la *Center for Epidemiological Studies Depression* (CES-D) per la depressione, sono stati valutati al baseline, al termine dell'intervento (6 settimane) e a un *follow-up* di 12 settimane. Nello studio, l'ansia e la depressione sono state inserite all'interno di un cluster psicologico, insieme allo stress percepito e al benessere emotivo. I risultati evidenziano l'efficacia del protocollo MBSR(BC) nel produrre un miglioramento clinicamente rilevante del cluster psicologico già alla fine delle sei settimane di trattamento ( $P = 0,007$ ) rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, dall'analisi del periodo compreso tra la sesta e la dodicesima settimana è emerso un significativo mantenimento dei benefici ottenuti, con effetti positivi sui sintomi ansiosi e depressivi sostenuti nel tempo, nonostante non siano stati registrati ulteriori miglioramenti dopo la conclusione dell'intervento. Questi risultati assumono particolare rilevanza nel contesto del *follow-up* oncologico, poiché confermano il fatto che la *mindfulness* possa rappresentare una risorsa concreta ed efficace per la gestione integrata di sintomi psicologici come depressione e ansia.

Proseguendo l'analisi degli *outcome* psicologici nel *follow-up* oncologico, risulta particolarmente importante lo studio *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR(BC)) in Breast Cancer: Evaluating Fear of Recurrence (FOR) as a Mediator of Psychological and Physical Symptoms* di Lengacher et al. (2014), che approfondisce un sintomo frequente in questa fase, ovvero la paura di recidiva (FOR). Si tratta di un trial controllato

randomizzato (RTC), che ha coinvolto 82 donne sopravvissute a carcinoma mammario (stadio 0-III) in fase post-trattamento, assegnate casualmente a un programma MBSR(BC) della durata di sei settimane (n =40) o a un gruppo di cure abituali (n = 42). Nello specifico, i risultati hanno evidenziato che le partecipanti assegnate al gruppo MBSR(BC) hanno ottenuto cambiamenti più favorevoli nella gestione della paura di recidiva (FOR) rispetto al gruppo di controllo (UC). Inoltre, i dati mostrano anche che la riduzione della FOR ha agito come mediatore significativo, portando a una diminuzione dei livelli di stress percepito ( $z = 2.12, p = 0.03$ ) e di ansia di stato ( $z = 2.03, p = 0.04$ ), al termine delle sei settimane. Oltre alla dimensione puramente cognitiva della paura, lo studio ha mostrato un miglioramento anche per quanto riguarda il funzionamento fisico, sottolineando il forte impatto della *mindfulness* nell'integrazione mente e corpo. Questi dati suggeriscono che l'MBSR(BC) non si limiti solo a una riduzione superficiale e temporanea del sintomo, ma, al contrario, possa contribuire a intervenire in profondità sui meccanismi cognitivi ed emotivi che alimentano la paura di recidiva, fornendo così alle pazienti strumenti di autoregolazione adatti al contesto del *follow-up* oncologico.

Un ulteriore e significativo contributo alla comprensione degli effetti psicologici degli interventi *mindfulness-based* nel *follow-up* oncologico è offerto dallo studio *Randomized-controlled trial of Mindfulness-Based Cancer Recovery versus Supportive Expressive Group Therapy among Distressed Breast Cancer Survivors* (MINDSET) di Carlson et al. (2016). Tale studio è stato condotto su 252 donne sopravvissute a carcinoma mammario (stadio I-III) con livelli significativi di stress, con l'obiettivo di effettuare un confronto tra il *Mindfulness-Based Cancer Recovery* (MBCR) e la *Supportive Expressive Group Therapy* (SET). La vera forza di questa ricerca sta nel fatto che le partecipanti, oltre ad essere state controllate prima e dopo l'intervento, sono state monitorate anche a sei e a dodici mesi di *follow-up*, consentendo un'analisi degli effetti a medio e lungo termine. I risultati hanno evidenziato una maggiore efficacia della MBCR rispetto alla SET in varie aree del benessere psicologico. Oltre a una riduzione superiore dei disturbi dell'umore, con benefici particolarmente marcati su ansia, fatica e confusione, lo studio ha analizzato anche l'impatto della sintomatologia dello stress. Il gruppo MBCR ha riportato una diminuzione maggiore della tensione e dei sintomi di natura cognitiva associati allo stress. L'intervento *mindfulness* si è dimostrato inoltre migliore nel promuovere la qualità di vita, con incrementi a livello emotivo e funzionale. Infine, ha favorito un'importante

crescita nella percezione del supporto sociale e nella spiritualità, intesa come senso di pace, ma anche un incremento nella crescita post-traumatica (PTG), ovvero la capacità di apprezzare la vita e riconoscere nuove possibilità dopo la malattia. La maggior parte di questi benefici è stata mantenuta nel corso dei dodici mesi di *follow-up*, con dimensioni dell'effetto da medie a piccole ( $d \approx 0.30-0.45$ ), dimostrandosi stabili e duraturi. I risultati assumono grande rilievo dal momento che indicano la superiorità di un intervento *mindfulness-based* rispetto a una terapia di supporto di gruppo tradizionale. L'efficacia duratura suggerisce inoltre che tale intervento fornisca alle pazienti strumenti di autoregolazione efficaci per affrontare le sfide post-trattamento con maggior resilienza.

Se gli studi precedenti andavano ad evidenziare l'efficacia degli interventi *mindfulness-based* sui principali *outcome* psicologici nel *follow-up* oncologico, ulteriori ricerche si sono occupate dei processi psicologici sottostanti a tali benefici. Tra queste emerge lo studio *Improvements in Emotion Regulation Following Mindfulness Meditation: Effects on Depressive Symptoms and Perceived Stress in Younger Breast Cancer Survivors* di Boyle et al. (2017), che ha indagato il ruolo della regolazione emotiva come meccanismo mediatore degli effetti dell'intervento *mindfulness*. La ricerca ha coinvolto 71 giovani donne (diagnosticate entro i 50 anni) sopravvissute a carcinoma mammario (stadio 0-III), dunque una popolazione particolarmente vulnerabile ad alti livelli di distress e depressione che possono persistere nel tempo. Le partecipanti sono state randomizzate a un programma di *Mindful Awareness Practices* (MAPs) della durata di sei settimane oppure a un gruppo di controllo in lista d'attesa, con valutazioni effettuate al baseline, subito dopo l'intervento e a tre mesi di *follow-up*. L'intervento presentava esercizi finalizzati alla promozione della gentilezza verso sé stessi (*self-kindness*) e alla riduzione della ruminazione, affrontata attraverso la "disidentificazione" dai pensieri difficili e negativi. Dai risultati dell'analisi di mediazione è emerso che l'aumento della *self-kindness* e della *mindfulness* e la riduzione della ruminazione hanno mediato significativamente la riduzione della depressione al termine dell'intervento. Inoltre, la *self-kindness* è risultata essere il mediatore più robusto e costante, mantenendo un effetto indipendente. Per ciò che riguarda lo stress percepito, la *self-kindness* è stata l'unico mediatore a predirne una riduzione dei livelli. Al *follow-up* di tre mesi l'effetto positivo sullo stress proveniva dall'azione della *self-kindness* e dai livelli di *mindfulness* sviluppati. Tali risultati evidenziano come i benefici degli interventi *mindfulness-based*

derivino da una trasformazione profonda del modo in cui i pazienti si relazionano con le proprie emozioni. In questo caso, la *self-kindness* si configura come una risorsa fondamentale per lo sviluppo della resilienza psicologica, offrendo una strategia di regolazione emotiva positiva efficace per le giovani sopravvissute.

Il confronto tra gli studi analizzati mostra come gli interventi *mindfulness-based* nel *follow-up* oncologico producano *outcome* psicologici vari, non riconducibili a un'unica dimensione sintomatologica. La ricerca di Reich et al. ha evidenziato una riduzione dei sintomi depressivi e ansiosi, suggerendo la capacità della MBSR(BC) di intervenire su più livelli e di incidere contemporaneamente su un intero cluster psicologico, oltre alle difficoltà legate alla fatica, superando così la logica dell'intervento sul singolo sintomo. Diversamente, lo studio di Lengacher et al. mette il focus su un aspetto più specifico, ovvero la paura di recidiva. In questo caso, il miglioramento di stress e ansia passa attraverso la riduzione della FOR, cioè la riduzione di un pensiero negativo che alimenta il disagio. L'intervento, quindi, agisce non solo sui sintomi, ma anche sui contenuti cognitivi che li provocano.

Rispetto ai due studi precedenti, il trial MINDSET di Carlson et al. amplia la prospettiva, occupandosi oltre che dello stress, anche della qualità di vita, della spiritualità e della crescita post-traumatica, con benefici mantenuti fino a dodici mesi di *follow-up*. La ricerca suggerisce che la *mindfulness* è in grado di favorire un processo di adattamento profondo e duraturo.

Infine, Boyle et al. introducono un livello di analisi diverso, indagando i meccanismi sottostanti agli *outcome* osservati. Mentre Reich e Carlson mostrano quello che cambia, Boyle spiega come avviene tale cambiamento, sottolineando il ruolo della *self-kindness* e della riduzione della ruminazione.

Dagli studi analizzati sono emersi risultati differenti ma profondamente complementari tra loro, che delineano la varietà degli *outcome* psicologici a seguito di un intervento *mindfulness-based* e la diversa estensione della loro efficacia nel *follow-up*. Il quadro complessivo suggerisce che la *mindfulness* possa rappresentare uno strumento flessibile e multidimensionale, in grado di rispondere alle esigenze complesse del *follow-up*, agendo su interi cluster sintomatologici. Il mantenimento dei benefici nel *follow-up* indica inoltre che tali interventi non offrono solo un sollievo temporaneo, ma, al contrario, favoriscono una ripresa positiva dell'esistenza del paziente a lungo termine.

Nonostante i risultati positivi e complessivamente incoraggianti, è opportuno tenere in considerazione quelli che sono i limiti emersi nel presente cluster. Innanzitutto, la grande maggioranza delle ricerche presenti in rassegna si focalizza su popolazioni con carcinoma mammario in stadio precoce, limitando la possibilità di generalizzare i risultati a pazienti con altre tipologie tumorali. Altro limite rilevante riguarda la durata del *follow-up*, che varia da tre a dodici mesi, rendendo complesso un confronto diretto sulla stabilità dei benefici. A ciò si aggiunge la variabilità metodologica tra gli studi, per quanto riguarda strumenti di misurazione e durata del *follow-up*, che rende più complessa una comparazione diretta dell'entità e della stabilità degli effetti osservati. Anche i campioni ridotti e la mancanza, in alcuni studi, di gruppi di controllo influenzano l'interpretazione dei risultati. Questi elementi sollevano una questione rilevante relativa all'estendibilità degli interventi *mindfulness-based* ad altre categorie di pazienti oncologici.

### **3.3 Tipologia di popolazione degli interventi *mindfulness-based* nel *follow-up* oncologico**

La fase successiva alla conclusione dei trattamenti oncologici costituisce un momento significativamente complesso e delicato del percorso di cura, caratterizzato da molteplici bisogni psicologici, variabili in funzione della diagnosi, dell'età e della storia clinica del paziente. L'esperienza di malattia continua, infatti, a influenzare il benessere emotivo e la qualità di vita della persona anche al termine delle terapie attive. Gli studi inclusi nella presente revisione sistematica segnalano come la ricerca in questo ambito abbia privilegiato una specifica tipologia di popolazione rispetto ad altre, delineando un panorama relativamente omogeneo dal punto di vista diagnostico. In particolare, dall'analisi degli articoli emerge che la quasi totalità dei campioni è composta da donne sopravvissute a carcinoma mammario che hanno completato le terapie attive e si trovano nella fase di *follow-up* oncologico post-trattamento. Solo tre studi si discostano da questa prevalenza, includendo popolazioni differenti per diagnosi oncologica o fascia d'età e ampliando, seppur parzialmente, il corpus considerato.

Al di là di tali eccezioni, sono otto su undici gli studi che hanno coinvolto esclusivamente donne sopravvissute a carcinoma mammario, con stadi compresi tra 0 e III, che avevano completato i trattamenti attivi e stavano quindi affrontando il *follow-up*

oncologico. La ricerca con il campione più ampio è quella di Reich et al. (2017), che ha interessato 322 donne in fase di *follow-up*, con l'obiettivo di confrontare il protocollo MBSR(BC) e le *usual care*. Studio analogo è quello di Carlson et al. (2016), che ha coinvolto 252 sopravvissute con livelli di stress elevati, mettendo a confronto la MBSR con la SET. Anche Bowen et al. (2021) hanno testato un intervento di *mindfulness* su un campione numeroso, composto da 247 giovani donne con sintomi clinicamente rilevanti. Tra gli studi con campioni di dimensioni più contenute è possibile citare la ricerca di Boyle et al. (2017), che ha studiato 71 giovani sopravvissute, concentrandosi sui processi di regolazione emotiva, nonché lo studio di Lengacher et al. (2014) con 82 sopravvissute, focalizzato sul ruolo della paura di recidiva (FOR), e quello di Sakki et al. (2022), che ha riguardato 23 donne con significativi sintomi depressivi. Anche Van der Gucht et al. (2020) hanno coinvolto 33 donne sopravvissute con deficit cognitivi correlati al cancro al seno. Attenzione particolare viene dedicata allo studio *Long-Term Effect of a Nonrandomized Psychological Mindfulness-Based Intervention in Hispanic/Latina Breast cancer Survivors* di Elimimian et al. (2020), che si è occupato di sopravvissute a carcinoma mammario (stadio I-III) in fase post-trattamento, ma ha posto il focus su 33 donne ispaniche/latine. L'intervento consisteva nel protocollo MBSR, della durata di otto settimane, adattato al contesto socioculturale delle partecipanti. Questo dettaglio risulta essere fondamentale, in quanto donne appartenenti a minoranze etniche si trovano a dover affrontare diverse barriere nell'accesso ai servizi di supporto psicologico. I risultati della ricerca hanno mostrato una significativa riduzione dei livelli di ansia e depressione e un miglioramento della qualità di vita mentale, con benefici mantenuti nel lungo periodo, fino a 24 mesi. Nonostante la particolarità culturale, anche questa ricerca conferma la tendenza della letteratura a concentrarsi quasi esclusivamente sul carcinoma mammario, contribuendo a rafforzare il quadro di omogeneità diagnostica.

Come detto precedentemente, tale omogeneità non è però assoluta. Tra gli studi inclusi nella rassegna, ne emergono tre che si differenziano e includono popolazioni diverse. La ricerca che si discosta maggiormente è quella di Kwok et al. (2024), che si è focalizzata su 25 giovani adulti (AYA), tra i 18 e i 29 anni, sopravvissuti a tumori pediatrici. Questo studio offre un contributo significativo in quanto si concentra su una popolazione con necessità emotive, sociali e pratiche uniche, spesso difficile da raggiungere con metodi tradizionali. A tal proposito, l'intervento è stato erogato tramite

applicazione mobile, in modo da favorire la partecipazione dei giovani. I risultati ottenuti hanno segnalato miglioramenti significativi nello stress percepito e nel benessere psicologico generale. Tale contributo rappresenta un'alternativa agli altri studi inclusi in rassegna e dimostra come gli interventi *mindfulness-based* possano essere adattati a contesti clinici e fasce d'età diverse.

Un secondo esempio di differenziazione per quanto riguarda la popolazione è lo studio *Psychological Processes and Symptom Outcomes in Mindfulness-Based Stress Reduction for Cancer Survivors* di Chinh et al. (2020), che ha coinvolto 35 sopravvissuti oncologici adulti con diagnosi differenti, che riportano fatica cronica persistente. Tuttavia, è importante precisare che il campione è composto per il 94% da donne e prevalentemente da sopravvissute al tumore al seno (77%), mentre la parte restante presentava altre tipologie tumorali. Sebbene l'intervento MBSR di sette settimane abbia mostrato una riduzione del distress emotivo, risultando quindi efficace, la composizione del campione contribuisce a mantenere una sorta di continuità con il quadro diagnostico presente nella maggioranza degli studi. L'apparente eterogeneità dello studio risulta quindi essere parzialmente ridimensionata dall'evidente predominanza di sopravvissute al carcinoma mammario. Di conseguenza, l'ampliamento della popolazione appare limitato e non sufficiente a modificare l'orientamento complessivo degli articoli analizzati.

In linea con questo parziale tentativo di diversificazione del campione, si inserisce lo studio di Nissen et al. (2020), che accanto a 137 donne sopravvissute a carcinoma mammario, ha compreso anche 13 uomini sopravvissuti a carcinoma prostatico. I partecipanti sono stati individuati sulla base di uno screening relativo al disagio psicologico condotto durante le visite di routine nel *follow-up*. L'intervento MBCT online della durata di otto settimane ha portato ad una riduzione significativa di ansia e depressione, con benefici mantenuti per quanto riguarda l'ansia. Questo studio è l'unico presente in rassegna che include in modo strutturato una popolazione maschile, ampliando l'orizzonte verso il tumore alla prostata. Tuttavia, la netta prevalenza di donne con carcinoma mammario all'interno del campione conferma il fatto che tale diagnosi continua a rappresentare il punto di riferimento principale della letteratura descritta.

L'analisi relativa alla tipologia di popolazione coinvolta negli studi presenti in rassegna pone l'accento sull'evidente concentrazione delle ricerche su donne

sopravvissute a carcinoma mammario in fase di *follow-up* post-trattamento. Nonostante tre studi presentati introducano elementi di diversificazione, questi risultano numericamente limitati e, inoltre, pur dichiarando eterogeneità del campione, resta predominante la presenza di partecipanti con carcinoma mammario. Si mantiene quindi continuità con l'orientamento prevalente in letteratura. Questa omogeneità comporta delle conseguenze metodologiche, in quanto viene ridotta la possibilità di generalizzare i risultati ad altre tipologie tumorali. Inoltre, la quasi esclusiva presenza di campioni con tumore al seno rende difficile comprendere se i benefici che derivano dagli interventi siano trasversali oppure specifici di un determinato contesto clinico. Per questi motivi, l'efficacia degli interventi *mindfulness-based* appare maggiormente supportata nel contesto del carcinoma mammario, mentre risulta meno documentata in altre condizioni oncologiche.

La forte presenza del carcinoma mammario all'interno degli articoli inclusi in rassegna non può essere attribuita al caso. Tale predominanza potrebbe essere spiegata da una combinazione di diversi fattori. Innanzitutto, il tumore al seno è una delle neoplasie più diffuse, con tassi di sopravvivenza in continuo aumento e, di conseguenza, con un numero elevato di donne che accedono alla fase successiva ai trattamenti attivi. Al tempo stesso, si tratta di una patologia che coinvolge dimensioni identitarie particolarmente sensibili, legate all'immagine corporea, all'identità personale e alla qualità della vita. Proprio questi aspetti hanno storicamente attirato l'attenzione della psico-oncologia, favorendo lo sviluppo di interventi strutturati, tra cui i protocolli *mindfulness-based*, rivolti a questa specifica popolazione. Si può inoltre ipotizzare che la maggiore presenza di servizi di supporto dedicati alle donne con tumore al seno abbia semplificato il reclutamento nei trial clinici rispetto ad altre tipologie tumorali.

Se tali fattori contribuiscono a dare una spiegazione della prevalenza di studi sul tumore al seno in letteratura, è proprio questa stessa concentrazione che porta a sollevare un quesito centrale per la ricerca futura: alla luce delle evidenze emerse nel contesto del carcinoma mammario, è possibile estendere gli interventi *mindfulness-based* anche a pazienti con diagnosi oncologiche differenti?

Questo interrogativo assume un ruolo centrale nell'analisi critica dei risultati emersi. Sebbene i processi psicologici su cui la *mindfulness* interviene possano essere considerati trasversali rispetto alle diverse esperienze di malattia, le evidenze attualmente a

disposizione non permettono di affermarne con certezza la piena generalizzabilità ad altre tipologie di tumore. La questione, dunque, non si limita solo all'efficacia dell'intervento, ma alla sua possibile trasferibilità a contesti clinici diversi, caratterizzati da bisogni psicologici specifici.

In questo senso, l'estensione della *mindfulness* ad altre diagnosi oncologiche non rappresenta solamente uno sviluppo futuro della ricerca, ma una vera e propria necessità metodologica. Solo attraverso un ampliamento degli studi, che includa popolazioni più eterogenee per ciò che riguarda diagnosi, genere ed età, sarà possibile chiarire se gli interventi *mindfulness-based* possano configurarsi realmente come strumenti trasversali nel contesto del *follow-up* oncologico.



## Conclusioni

La presente revisione sistematica si è occupata di analizzare la letteratura scientifica relativa agli interventi *mindfulness-based* nel contesto del *follow-up* oncologico, interrogandosi sulla loro possibile integrazione all'interno dei percorsi di cura previsti a seguito della conclusione dei trattamenti attivi. L'analisi degli undici articoli inclusi in rassegna, organizzati in cluster tematici, ha cercato di restituire non solo una sintesi dei risultati disponibili, ma anche una riflessione metodologica sull'attuale stato della ricerca.

La letteratura esaminata suggerisce in modo relativamente coerente che gli interventi *mindfulness-based* siano associati a miglioramenti significativi in varie dimensioni del benessere psicologico dei pazienti in fase di *follow-up*, tra cui ansia, depressione, stress percepito e paura di recidiva, con effetti spesso mantenuti a distanza di mesi dalla conclusione dell'intervento. Tuttavia, le evidenze raccolte forniscono una risposta parziale che non può essere considerata pienamente conclusiva. Più che definire un modello strutturato e condiviso di integrazione della *mindfulness* nei protocolli di *follow-up*, gli studi restituiscono un panorama eterogeneo da cui emergono interventi diversi per struttura, modalità di erogazione e intensità del supporto clinico. Questo testimonia la flessibilità e l'adattabilità della *mindfulness*, ma allo stesso tempo rende più complessa la sua collocazione sistemica all'interno dei percorsi di *follow-up*, che rimane così in fase di definizione.

Un elemento particolarmente rilevante, emerso in modo chiaro dall'analisi della tipologia di popolazione coinvolta negli studi del terzo cluster, riguarda la forte concentrazione delle ricerche su donne sopravvissute a carcinoma mammario. Tale omogeneità, pur rafforzando da un lato la coerenza interna delle evidenze disponibili, dall'altro porta ad interrogarsi su una questione metodologicamente centrale: la possibilità di estendere i risultati ottenuti ad altre tipologie di pazienti oncologici.

I processi psicologici su cui la *mindfulness* interviene, tra cui regolazione emotiva e riduzione della ruminazione, possono essere considerati trasversali alle diverse patologie oncologiche. Questo però non vale per le traiettorie cliniche, le prognosi, le implicazioni identitarie e i bisogni psicologici che variano invece significativamente tra le differenti diagnosi tumorali. Ne deriva che il problema non si limita a verificare esclusivamente l'efficacia dell'intervento, ma si estende alla sua trasferibilità in contesti clinici eterogenei. In questo senso, l'ampliamento degli studi a popolazioni differenti per

diagnosi, genere ed età non rappresenta dunque un semplice sviluppo futuro della ricerca, ma una condizione necessaria per comprendere se gli interventi *mindfulness-based* possano assumere un ruolo realmente trasversale e strutturato nel *follow-up* oncologico.

Nonostante il quadro complessivamente promettente suggerito dagli articoli, sono emersi comunque alcuni limiti rilevanti che richiedono una valutazione attenta in quanto incidono sull'interpretazione dei risultati e sulla loro applicabilità clinica. Innanzitutto, come già accennato, la marcata variabilità metodologica tra gli studi ha reso complessa una comparazione diretta dell'entità e della stabilità degli effetti osservati. Inoltre, in diversi casi i campioni sono risultati numericamente molto ridotti e privi di gruppi di controllo robusti, riducendo la forza delle evidenze disponibili. Ulteriore elemento critico riguarda la durata variabile e talvolta contenuta dei *follow-up*, che non consente di valutare in modo definitivo la stabilità degli effetti nel lungo periodo, aspetto particolarmente centrale in un contesto come quello oncologico, caratterizzato da traiettorie di adattamento prolungate nel tempo.

Tali limiti non indeboliscono l'interesse clinico nei confronti della *mindfulness*, ma richiamano la necessità di una progressiva evoluzione metodologica nella ricerca. Un'evoluzione che non riguardi esclusivamente il perfezionamento dei disegni sperimentali, ma che si traduca anche in una più ampia riflessione sulle modalità concrete di integrazione di questi interventi nella fase di *follow-up*. In questa prospettiva, la *mindfulness* potrebbe essere inserita in modo strutturato nei protocolli di *follow-up* tramite programmi adattabili, pensati in relazione ai bisogni specifici del paziente e integrati nelle visite di controllo periodiche. Un modello di questo tipo consentirebbe di coniugare continuità assistenziale e autonomia del paziente, strutturando la *mindfulness* come parte integrante di un approccio alla cura attento al benessere psicologico della persona.

Alla luce di questo, la questione non è più se la *mindfulness* possa essere utile nel *follow-up* oncologico, ma se il *follow-up* stesso possa essere ripensato in una forma più ampia, capace di includere in modo strutturato la dimensione psicologica nel post-trattamento, poiché il bisogno di continuità emotiva non si esaurisce con il termine delle terapie attive. La domanda che ha guidato questa tesi, dunque, non si conclude nei risultati emersi, ma si presenta come un punto di partenza, l'avvio di un percorso che potrebbe trovare continuità in ulteriori sviluppi progettuali. Questa linea di indagine merita di

essere ulteriormente approfondita e continuare ad interrogarsi su come strutturare questo tipo di interventi potrebbe contribuire alla definizione di modelli assistenziali più consapevoli, orientati al lungo termine.

La presente revisione non offre una risposta definitiva, ma individua una direzione chiara. Integrare la *mindfulness* nel *follow-up* oncologico significa riconoscere che la sopravvivenza non coincide semplicemente con l'assenza di malattia, ma con la possibilità di ritrovare equilibrio e benessere psicologico, garantendo un accompagnamento anche dopo la conclusione delle terapie. È in questo spazio, tra la fine del trattamento e la ridefinizione della propria quotidianità, che si colloca la sfida futura della ricerca e della pianificazione clinica.



## Bibliografia

Alfano, C. M., Jefford, M., Maher, J., Birken, S. A., & Mayer, D. K. (2019). Building Personalized Cancer Follow-up Care Pathways in the United States: Lessons Learned From Implementation in England, Northern Ireland, and Australia. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 39, 625–639. [https://doi.org/10.1200/EDBK\\_238267](https://doi.org/10.1200/EDBK_238267)

Aubin, M., Giguère, A., Martin, M., Verreault, R., Fitch, M. I., Kazanjian, A., & Carmichael, P. H. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(7), CD007672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007672.pub2>

Baer, Ruth A. “Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review.” *Clinical Psychology* (New York, N.Y.), vol. 10, no. 2, 2003, pp. 125–43, <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. and Devins, G. (2004), Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Bodhi, B. (2000). *The Connected Discourses of the Buddha: A New Translation of the Samyutta Nikaya*. Boston, MA: Wisdom Publications.

Bower, J. E., Partridge, A. H., Wolff, A. C., Thorner, E. D., Irwin, M. R., Joffe, H., Petersen, L., Crespi, C. M., & Ganz, P. A. (2021). Targeting Depressive Symptoms in Younger Breast Cancer Survivors: The Pathways to Wellness Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Survivorship Education. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 39(31), 3473–3484. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.00279>

Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M., & Bower, J. E. (2017). Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal*

*of consulting and clinical psychology*, 85(4), 397–402.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000186>

Caminiti, C., Diodati, F., Annunziata, M. A., Di Giulio, P., Isa, L., Mosconi, P., Nanni, M. G., Patrini, A., Piredda, M., Santangelo, C., Verusio, C., Cinquini, M., Fittipaldo, V. A., & Passalacqua, R. (2021). Psychosocial Care for Adult Cancer Patients: Guidelines of the Italian Medical Oncology Association. *Cancers*, 13(19), 4878.

<https://doi.org/10.3390/cancers13194878>

Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 1038–1049.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.04.002>

Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L., & Speca, M. (2016). Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psycho-oncology*, 25(7), 750–759.

<https://doi.org/10.1002/pon.4150>

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 15(5), 593–600.

<https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>

Chinh, K., Mosher, C. E., Brown, L. F., Beck-Coon, K. A., Kroenke, K., & Johns, S. A. (2020). Psychological Processes and Symptom Outcomes in Mindfulness-Based Stress Reduction for Cancer Survivors: A Pilot Study. *Mindfulness*, 11(4), 905–916.

<https://doi.org/10.1007/s12671-019-01299-0>

Cho, D., Chu, Q., & Lu, Q. (2018). Associations among physical symptoms, fear of cancer recurrence, and emotional well-being among Chinese American breast cancer survivors: a path model. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1755–1761.

<https://doi.org/10.1007/s00520-017-4010-3>

Cillessen, L., Johannsen, M., Speckens, A. E. M., & Zachariae, R. (2019). Mindfulness-based interventions for psychological and physical health outcomes in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology*, 28(12), 2257–2269. <https://doi.org/10.1002/pon.5214>

Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: FrancoAngeli.

Doyle, C., Kushi, L. H., Byers, T., Courneya, K. S., Demark-Wahnefried, W., Grant, B., McTiernan, A., Rock, C. L., Thompson, C., Gansler, T., Andrews, K. S., 2006 Nutrition, Physical Activity and Cancer Survivorship Advisory Committee, & American Cancer Society (2006). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA: a cancer journal for clinicians*, 56(6), 323–353. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.6.323>

Egger-Heidrich, K., Wolters, F., Frick, M., Halbsguth, T., Müller, T., Woopen, H., Tausche, K., Richter, D., & Gebauer, J. (2025). Long-term surveillance recommendations for young adult cancer survivors. *Cancer treatment reviews*, 139, 102992. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2025.102992>

Elimimian, E., Elson, L., Bilani, N., Farrag, S. E., Dwivedi, A. K., Pasillas, R., & Nahleh, Z. A. (2020). Long-Term Effect of a Nonrandomized Psychosocial Mindfulness-Based Intervention in Hispanic/Latina Breast Cancer Survivors. *Integrative cancer therapies*, 19, 1534735419890682. <https://doi.org/10.1177/1534735419890682>

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(6), 782–793. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>

Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633–641. <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>

Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Fletcher, G. S. (2012). *Clinical Epidemiology: The Essentials*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Ganz P. A. (2009). Quality of care and cancer survivorship: the challenge of implementing the institute of medicine recommendations. *Journal of oncology practice*, 5(3), 101–105. <https://doi.org/10.1200/JOP.0934402>
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Götze, H., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2019). Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult long-term cancer survivors. *Psycho-oncology*, 28(10), 2033–2041. <https://doi.org/10.1002/pon.5188>
- Grant, M., Economou, D., Ferrell, B., & Uman, G. (2012). Educating health care professionals to provide institutional changes in cancer survivorship care. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 27(2), 226–232. <https://doi.org/10.1007/s13187-012-0314-7>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner journal*, 10(1), 38–43.
- Haanen, J., Obeid, M., Spain, L., Carbone, F., Wang, Y., Robert, C., Lyon, A. R., Wick, W., Kostine, M., Peters, S., Jordan, K., Larkin, J., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: [clinicalguidelines@esmo.org](mailto:clinicalguidelines@esmo.org) (2022). Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 33(12), 1217–1238. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.001>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.

- Hua, R., Fu, H., Liang, G., & Yang, F. (2024). Preferences of cancer survivors for follow-up care: a systematic review of discrete choice experiments. *BMC health services research*, 24(1), 1519. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12000-0>
- Hülshager, U. R., Alberts, H. J., Feinholdt, A., & Lang, J. W. (2013). Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *The Journal of applied psychology*, 98(2), 310–325. <https://doi.org/10.1037/a0031313>
- Inhestern, L., Johannsen, L. M., & Bergelt, C. (2021). Families Affected by Parental Cancer: Quality of Life, Impact on Children and Psychosocial Care Needs. *Frontiers in psychiatry*, 12, 765327. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.765327>
- Johns, S. A., Tarver, W. L., Secinti, E., Mosher, C. E., Stutz, P. V., Carnahan, J. L., Talib, T. L., Shanahan, M. L., Faidley, M. T., Kidwell, K. M., & Rand, K. L. (2021). Effects of mindfulness-based interventions on fatigue in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Critical reviews in oncology/hematology*, 160, 103290. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2021.103290>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York, NY: Hachette Books.
- Kabat-Zinn, J., & Clinic, U. of M. M. C. S. R. (1991). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY: Delta Trade Paperbacks.
- Kabat-Zinn, Jon. “Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future.” *Clinical Psychology (New York, N.Y.)*, vol. 10, no. 2, 2003, pp. 144–56, <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966–978. <https://doi.org/10.1037/a0013786>
- Kwok, G., Sharma, A., Mandato, I., & Devine, K. A. (2024). Feasibility and Acceptability of a Meditation Mobile App Intervention for Adolescent and Young Adult

Survivors of Childhood Cancer. *International journal of environmental research and public health*, 21(5), 584. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050584>

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>

Lengacher, C. A., Shelton, M. M., Reich, R. R., Barta, M. K., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M. S., Paterson, C., Ramesar, S., Budhrani, P., Carranza, I., Lucas, J., Jacobsen, P. B., Goodman, M. J., & Kip, K. E. (2014). Mindfulness based stress reduction (MBSR(BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *Journal of behavioral medicine*, 37(2), 185–195. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9473-6>

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Publications.

Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, 12(4), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>

Lynex, C., Meehan, D., Whittaker, K., Buchanan, T., & Varlow, M. (2025). The need for improved integration of psychosocial and supportive care in cancer: a qualitative study of Australian patient perspectives. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(6), 516. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09593-5>

Majumdar, J. R., Barton-Burke, M., Gilliland, J. L., & Jairath, N. N. (2025). Coping strategies and psychological distress in postoperative recovery: A repeated-measures study in women undergoing breast-conserving surgery. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 12, 100674. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2025.100674>

Mehnert A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical reviews in oncology/hematology*, 77(2), 109–130. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.004>

Merkow, R. P., Korenstein, D., Yeahia, R., Bach, P. B., & Baxi, S. S. (2017). Quality of Cancer Surveillance Clinical Practice Guidelines: Specificity and Consistency of Recommendations. *JAMA internal medicine*, *177*(5), 701–709.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.0079>

Nissen, E. R., O'Connor, M., Kaldo, V., Højris, I., Borre, M., Zachariae, R., & Mehlsen, M. (2020). Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, *29*(1), 68–75.

<https://doi.org/10.1002/pon.5237>

Oeffinger, K. C., & Hudson, M. M. (2004). Long-term complications following childhood and adolescent cancer: foundations for providing risk-based health care for survivors. *CA: a cancer journal for clinicians*, *54*(4), 208–236.

<https://doi.org/10.3322/canjclin.54.4.208>

Oliva, S., Puzzovivo, A., Gerardi, C., Allocati, E., De Sanctis, V., Minoia, C., Skrypets, T., Guarini, A., & Gini, G. (2021). Late Cardiological Sequelae and Long-Term Monitoring in Classical Hodgkin Lymphoma and Diffuse Large B-Cell Lymphoma Survivors: A Systematic Review by the Fondazione Italiana Linfomi. *Cancers*, *14*(1), 61.

<https://doi.org/10.3390/cancers14010061>

Pauwels, E. E., Charlier, C., De Bourdeaudhuij, I., Lechner, L., & Van Hoof, E. (2013). Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors' associated sociodemographic and medical characteristics. *Psycho-oncology*, *22*(1), 125–132.

<https://doi.org/10.1002/pon.2069>

Pimentel-Parra, G. A., García-Vivar, C., Escalada-Hernández, P., San Martín-Rodríguez, L., & Soto-Ruiz, N. (2025). Systematic review of clinical practice guidelines for long-term breast cancer survivorship: assessment of quality and evidence-based recommendations. *British journal of cancer*, *133*(2), 178–193.

<https://doi.org/10.1038/s41416-025-03059-5>

Recklitis, C. J., & Syrjala, K. L. (2017). Provision of integrated psychosocial services for cancer survivors post-treatment. *The Lancet. Oncology*, *18*(1), e39–e50.

[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30659-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30659-3)

Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., Han, H. S., Ismail-Khan, R., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Shivers, S., Cox, C. E., Goodman, M., & Park, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptoms. *Journal of pain and symptom management*, 53(1), 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005>

Renehan, A. G., Egger, M., Saunders, M. P., & O'Dwyer, S. T. (2002). Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7341), 813. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.813>

Ryff C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>

Sakki, S. E., Penttinen, H. M., Hilgert, O. M., Volanen, S. M., Saarto, T., & Raevuori, A. (2022). Mindfulness is associated with improved psychological well-being but no change in stress biomarkers in breast cancer survivors with depression: a single group clinical pilot study. *BMC women's health*, 22(1), 518. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02116-y>

Schmidt, M. E., Goldschmidt, S., Hermann, S., & Steindorf, K. (2022). Late effects, long-term problems and unmet needs of cancer survivors. *International journal of cancer*, 151(8), 1280–1290. <https://doi.org/10.1002/ijc.34152>

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, First Edition: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, NY: Guilford Publications.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic

review of quantitative studies. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 7(3), 300–322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>

Su, H. I., Lacchetti, C., Letourneau, J., Partridge, A. H., Qamar, R., Quinn, G. P., Reinecke, J., Smith, J. F., Tesch, M., Wallace, W. H., Wang, E. T., & Loren, A. W. (2025). Fertility Preservation in People With Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 43(12), 1488–1515. <https://doi.org/10.1200/JCO-24-02782>

Taurisano, P., Abbatantuono, C., Verri, V., Pepe, I., Stucci, L. S., Taurino, A., Moschetta, M., De Caro, M. F., & Antonucci, L. A. (2022). Pre-surgery supportive and goal-oriented strategies are associated with lower post-surgery perceived distress in women diagnosed with breast cancer. *BMC psychology*, 10(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00714-3>

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.4.615>

Tommasi, C., Balsano, R., Corianò, M., Pellegrino, B., Saba, G., Bardanzellu, F., Denaro, N., Ramundo, M., Toma, I., Fusaro, A., Martella, S., Aiello, M. M., Scartozzi, M., Musolino, A., & Solinas, C. (2022). Long-Term Effects of Breast Cancer Therapy and Care: Calm after the Storm?. *Journal of clinical medicine*, 11(23), 7239. <https://doi.org/10.3390/jcm11237239>

Torres-Vigil, I., Cohen, M. Z., Million, R. M., & Bruera, E. (2021). The role of empathic nursing telephone interventions with advanced cancer patients: A qualitative study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 50, 101863. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101863>

Van der Gucht, K., Ahmadoun, S., Melis, M., de Cloe, E., Sleurs, C., Radwan, A., Blommaert, J., Takano, K., Vandenbulcke, M., Wildiers, H., Neven, P., Kuppens, P., Raes, F., Smeets, A., Sunaert, S., & Deprez, S. (2020). Effects of a mindfulness-based intervention on cancer-related cognitive impairment: Results of a randomized controlled

functional magnetic resonance imaging pilot study. *Cancer*, 126(18), 4246–4255.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.33074>

Vickberg S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 25(1), 16–24. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501\\_03](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_03)

Zainal, N. Z., Booth, S., & Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psycho-oncology*, 22(7), 1457–1465. <https://doi.org/10.1002/pon.3171>