



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello  
Sviluppo, delle Relazioni interpersonali e della  
Personalità**

**Elaborato finale**

**LE INFLUENZE DELLA PANDEMIA DI COVID-19 SUL  
BENESSERE FISICO E PSICOLOGICO DELLE DONNE CON  
PATOLOGIE ONCOLOGICHE GINECOLOGICHE**

**THE INFLUENCE OF THE COVID-19 PANDEMIC ON PHYSICAL AND  
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF WOMEN WITH GYNECOLOGICAL  
ONCOLOGICAL PATHOLOGIES**

*Relatrice*

**Dott.ssa Gavaruzzi Teresa**

*Laureanda: Principato Elena*

*Matricola: 1220707*

Anno Accademico 2021/2022



## INDICE

### PREMESSA

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Aspetti teorici</b>	<b>6</b>
1.1.1. <i>I geni BRCA 1/2</i>	
1.1.2. <i>Il carcinoma ovarico</i>	
1.1.3. <i>Papilloma virus e vaccinazione</i>	
<b>2. INFLUENZA DELLA PANDEMIA SULLE PAZIENTI CON CANCRO GINECOLOGICO IN ITALIA</b>	<b>8</b>
<b>2.1.Pandemia Covid-19</b>	<b>8</b>
2.1.1. <i>Covid-19 e conseguenze del sovraffollamento ospedaliero in Italia</i>	
2.1.2. <i>L'influenza della pandemia sulle pazienti affette da carcinoma ovarico</i>	
<b>2.2. Le procedure dei test BRCA e la diagnosi durante la pandemia</b>	<b>9</b>
<b>2.3.Trattamento del carcinoma ovarico durante la pandemia</b>	<b>10</b>
2.3.1. <i>I dubbi principali sorti a mediche e medici relativi alle operazioni chirurgiche</i>	
2.3.2. <i>Le soluzioni adottate presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano</i>	
<b>3. IL DISAGIO PSICOLOGICO NELLE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE</b>	<b>13</b>
<b>3.1. Come le strategie di coping mediano gli effetti della malattia</b>	<b>13</b>
3.1.1. <i>Self Regulatory Model of Illness Representation (SRM) di Leventhal</i>	
3.1.2. <i>Le strategie di coping adattive e disadattive</i>	
<b>3.2. Il disagio psicologico in relazione alle strategie di coping</b>	<b>14</b>
<b>4. IMPATTO PSICOLOGICO DEL COVID-19 SULLE PAZIENTI CON TUMORI GINECOLOGICI</b>	<b>16</b>
<b>4.1. Le principali sfide affrontate dalle pazienti con cancro ovarico</b>	<b>16</b>
<b>4.2. I cambiamenti nella salute mentale delle pazienti con cancro ginecologico</b>	<b>17</b>
<b>4.3. I fattori che hanno favorito la resilienza nelle pazienti con carcinoma ovarico</b>	<b>18</b>
<b>5. CONCLUSIONI</b>	<b>20</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>22</b>
<b>7. SITOGRAFIA</b>	<b>24</b>
<b>8. RINGRAZIAMENTI</b>	<b>25</b>



## PREMESSA: RIFLESSIONE SULLA TERMINOLOGIA

*Dal vocabolario online Treccani*

**mèdico**<sup>3</sup> agg. [dal lat. *medīcus*, der. del tema di *mederi* «curare»] (pl. m. -ci). – 1. [...] Le forme femm. *mèdica* e *medichèssa* sono dell'uso ant., o scherz. e spreg.; comunem., e nell'uso ufficiale, il masch. *medico* è riferito anche a donna che ne eserciti la professione (*mèdico*<sup>3</sup> in Vocabolario - Treccani, s.d.).

*Dal sito Accademia della Crusca*

### ***Medica* è “accettabile”? E dire *medichessa* “è possibile”?**

In entrambi i casi la risposta è affermativa perché entrambe le forme sono attestate nella letteratura fin dai primi secoli.

Rispetto a *medica*, infine, *medichessa* sembra conservare tutt'oggi una connotazione legata ad attività e pratiche proprie dell'arte medica del passato ma che oggi sono assenti dalla professione, quali quelle di sacerdotessa guaritrice, di creatura dotata di poteri magici e di capacità divinatorie. Tutto ciò, unito alla disponibilità del termine formato semplicemente con base lessicale e desinenza (*medic-a*) che rende non necessaria la forma con il suffisso *-essa*, foneticamente più pesante, induce a suggerire l'uso della forma *medica* rispetto a *medichessa* (*Donne al lavoro (medico, direttore, poeta): ancora sul femminile dei nomi di professione - Consulenza Linguistica - Accademia della Crusca*, s.d.).

Il Vocabolario di una lingua non dà regole, ma racchiude per iscritto le norme lessicali e gli usi linguistici della lingua parlata. Ciò significa che nella società italiana, ancora oggi, la figura della *medica* è vista in subordinazione a quella del *medico*, tantoché per far acquisire lo stesso status alla professione si preferisce utilizzare un maschile generico anche per le donne.

È necessario che i femminili professionali diventino parte del parlato quotidiano, per poter arrivare a una società che non consideri mai più una voce inferiore soltanto perché di donna. A questo si può arrivare partendo dal modificare il linguaggio più scientifico e istruito, come può essere quello di un elaborato triennale di Laurea. Perciò ci tenevo a ribadire che in questo elaborato i femminili, professionali e non, saranno utilizzati in modo corretto, sia dal punto di vista grammaticale che dal punto di vista sociale.

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 Aspetti teorici

#### 1.1.1 I geni BRCA 1/2

I geni BRCA 1/2 sono geni oncosoppressori che lavorano come proteine riparatrici, poiché intervengono nella risoluzione dei problemi sorti durante la duplicazione del DNA a livello cellulare. Può accadere infatti che durante il processo di duplicazione alcuni frammenti di DNA non vengano copiati correttamente e, se questo si verifica, le proteine riparatrici riconoscono il luogo dell'errore e lo correggono.

Mutazioni a livello dei geni BRCA portano a una mancata capacità delle cellule di riparare correttamente i danni durante la duplicazione del DNA, che causa a sua volta la copiatura e riproduzione di cellule con filamenti danneggiati e quindi un conseguente aumento del rischio di sviluppare un tumore. Non esiste ancora una spiegazione chiara del perché le cellule tumorali si concentrino quasi esclusivamente nei tessuti mammario e ovarico (da qui il nome dei geni BRCA Cancer genes), dato che ogni cellula del corpo contiene la proteina difettosa e quindi potrebbe potenzialmente diventare tumorale.

Sebbene solo il 5-10% dei casi di carcinoma mammario sia ereditario, quest'ultimo colpisce il 12% della popolazione mondiale femminile ed è infatti la forma di cancro più diffusa tra le donne, mentre il cancro ovarico colpisce l'1% della popolazione (*Tumore al seno e BRCA test: il rischio è scritto nei geni, s.d.*). Inoltre, è stato recentemente osservato che le mutazioni dei geni BRCA 1/2 possono portare a sviluppare altre neoplasie non ginecologiche, come il tumore alla prostata, allo stomaco e al pancreas.

#### 1.1.2 Il carcinoma ovarico

Il carcinoma ovarico è considerato una delle neoplasie più letali nei Paesi più sviluppati a causa dell'alto tasso di mortalità ad esso legato. In Italia colpisce circa 5,200 donne ogni anno (*Tumore ovaie: sintomi, prevenzione, cause, diagnosi, s.d.-b*). Le mutazioni ai geni BRCA 1/2 sono responsabili dell'ereditarietà dello sviluppo del carcinoma ovarico e soprattutto sono associate ad un rischio estremamente maggiore di insorgenza della neoplasia. Inoltre nei casi di presenza di mutazione genetica è più probabile che il carcinoma si presenti in un'età inferiore rispetto alla media dei dati (tra i 50 e i 69 anni) ed è anche più elevata la possibilità di sviluppare, in contemporanea o in tempi diversi, il tumore della mammella.

Il tumore all'ovaia è considerato una "malattia silenziosa" perché la maggior parte delle donne è diagnostica in una fase avanzata della malattia. Questo succede perché molto spesso i sintomi del

tumore non sono specifici e non riconducibili direttamente alla diagnosi di carcinoma. Tra i sintomi ci sono dolore pelvico, gonfiore addominale e perdita dell'appetito che spesso vengono mal diagnosticati o, addirittura, ignorati (Levesque et al., 2022).

Attualmente il cancro ovarico è considerato il più letale dei tumori femminili è questo è anche dovuto al fatto che l'assistenza e le tecnologie per lo screening non sono valide ed efficaci come lo sono invece per il tumore al seno che viene propriamente riconosciuto e curato con un tasso di sopravvivenza del 90%, rispetto al 46% di quello del cancro ovarico (Levesque et al., 2022).

### *1.1.3 Papilloma virus e vaccinazione*

L'infezione da Papilloma Virus, o HPV, è la più comune delle infezioni sessualmente trasmesse tra le donne. Ad oggi sono stati individuati circa 100 ceppi del virus di cui circa 30 possono infettare direttamente il tratto genitale causando lesioni benigne o maligne. Dei 30 ceppi individuati, quelli chiamati ad "alto rischio" sono quelli che, nella stragrande maggioranza dei casi, causano i casi sporadici di tumore della cervice uterina. Fortunatamente buona parte delle altre infezioni da HPV causano infezioni transitorie che si risolvono spontaneamente e senza conseguenze patologiche gravi.

I principali fattori di rischio del contagio da HPV sono la giovane età della donna, la numerosità di partners sessuali e la precoce età del primo rapporto sessuale poiché le infezioni vengono spesso trasmesse entro pochi anni dall'inizio della loro attività sessuale. Un fattore di rischio sottovalutato, considerata la sua importanza nel processo di individuazione del virus, è l'assente o scarso screening effettuato sulle ragazze, che consentirebbe un riconoscimento precoce dell'infezione e quindi anche una cura più efficace.

La soluzione migliore per ovviare il problema dell'impossibilità di effettuare uno screening adeguato, è fortunatamente attuata da numerosi Paesi sviluppati: il vaccino. La vaccinazione contro l'infezione da Papillomavirus, normalmente, deve essere effettuata intorno agli 11-12 anni delle ragazze e dei ragazzi. Infatti, nonostante sia riconosciuto il ruolo maschile di *carrier* per la trasmissione del Papillomavirus, le infezioni da HPV nei maschi sono più difficilmente diagnosticabili rispetto alle femmine, e questo sta portando ad un aumento dell'incidenza dei tumori anali (soprattutto nella popolazione di uomini omosessuali). È stato dimostrato che il vaccino è estremamente efficace nel prevenire casi di displasie della cervice, raggiungendo un'efficacia del 100% nei 5 anni successivi alla somministrazione (Harper et al., 2006).

## **2. INFLUENZA DELLA PANDEMIA SULLE PAZIENTI CON CANCRO GINECOLOGICO IN ITALIA**

### **2.1 Pandemia Covid-19**

#### *2.1.1 Covid-19 e conseguenze del sovraffollamento ospedaliero in Italia*

La malattia Coronavirus 2019, conosciuta globalmente come Covid-19, è una sindrome respiratoria acuta che può causare gravi sintomi a livello respiratorio, che se non curati adeguatamente possono portare alla morte.

In Italia il 21 febbraio 2020 è stato scoperto il primo caso autoctono di Covid-19 che ha rapidamente portato a veri e propri collassi dei vari presidi del sistema sanitario nazionale, in prima linea degli ospedali, sia pubblici che privati. In pochissimo tempo il Servizio Sanitario Nazionale si è ritrovato a dover gestire non solo le pazienti e i pazienti regolari, ma un aumento in crescita esponenziale di malate e malati Covid-19. Le mediche e i medici non potevano immaginare quello che presto sarebbe successo e sono state e stati catapultati in una realtà di impossibile gestione, date le strutture ospedaliere e le attrezzature delle quali disponevano. In tempi molto brevi i reparti degli ospedali sono stati riorganizzati per poter accogliere le migliaia di nuove e nuovi pazienti, le terapie intensive sono state occupate oltre la capienza massima possibile, spesso è stato necessario istituire nuovi reparti Covid-19 e dirottare il personale sanitario in base a queste nuove esigenze, causando l'inizio del collasso di tutto il sistema ospedaliero Italiano. Le mediche e i medici ancora non disponevano delle informazioni necessarie per poter fronteggiare una crisi come quella che è stata, perciò una delle scelte principali del periodo iniziale della Pandemia da coronavirus è stato quello di liberare più posti possibili dagli ospedali, in modo da poter ottenere spazio dove curare le pazienti e i pazienti e per potere dedicare il personale necessario a occuparsi di loro. In funzione di questo, sono state costrette e costretti a riorganizzare le unità ospedaliere effettuando solo quei test e interventi che venivano ritenuti urgenti e non posticipabili.

#### *2.1.2 L'influenza della pandemia sulle pazienti affette da carcinoma ovarico*

L'emergenza sanitaria globale ha inficiato in tutti i campi dei servizi per la persona, ma la comunità oncologica ha dovuto affrontare delle sfide complesse a causa della nuova situazione che si è venuta a creare, soprattutto nei mesi del Lockdown in Italia (Marzo-Maggio 2020).

Le pazienti con carcinoma ovarico hanno subito un ritardo nella diagnosi e nel trattamento del tumore, ma le problematiche sono state riscontrate anche nella fase iniziale di screening. Questo

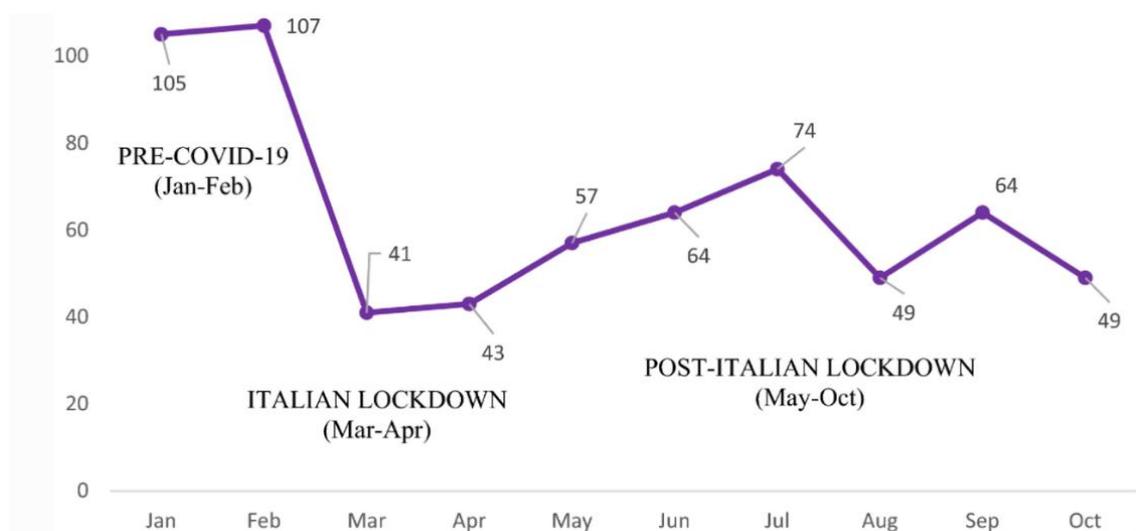
ritardo nella cura ha causato un aumento dei livelli di ansia e depressione nelle donne, che si aggiungono alla preoccupazione per la loro situazione fisica (Jacome et al., 2021).

## 2.2 Le procedure dei test BRCA e la diagnosi durante la pandemia

Il test BRCA è considerato la prima scelta per lo screening dei tumori mammario e ovarico, ma è recentemente diventato anche un approccio di routine nella gestione clinica delle pazienti al fine di individuare il trattamento più adatto (Minucci, et al., 2020).

Durante l'emergenza sanitaria in Italia c'è stata una sostanziale diminuzione delle procedure dei test gBRCA, interpretabile come diretta conseguenza della riorganizzazione delle priorità ospedaliere, che ha causato un'interruzione temporanea delle attività non considerate urgenti, e quindi la maggior parte dei test molecolari tra cui il gBRCA. Questo perché il test gBRCA viene considerato come test genetico e quindi utile soltanto alla valutazione del rischio e della prevenzione, e quindi etichettato come test posticipabile. Invece, per le donne che sono già ammalate, ha un ruolo fondamentale per indirizzare le pazienti verso una terapia mirata ed efficace.

Presso l'Unità diagnostica Molecolare e Genomica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli è stata registrata una riduzione del 60% dei test gBRCA tra Marzo e Maggio 2020 (Figura 1), rispetto ai primi mesi dello stesso anno. Seguendo la linea di quanto detto sopra, i test sono stati eseguiti per indirizzare verso una terapia ad hoc per la singola paziente. Ad aggravare la situazione, genetiste e genetisti dell'Unità diagnostica Molecolare e Genomica hanno constatato che le richieste dei test gBRCA nelle donne malate non sono aumentate significativamente neanche dopo i 3 mesi del lockdown italiano.



**Figura 1.** Dati raccolti dall'Unità diagnostica Molecolare e Genomica, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, che mostrano una diminuzione da oltre 100 test screening richiesti a poco più di 40 tra il mese di Febbraio e Marzo 2020 in Italia.

I dati riportati in Figura 1 sono allarmanti perché un ritardo nella diagnosi e nell'utilizzo dei risultati dei test come funzionali alla terapia del cancro ovarico può trasformare un tumore curabile in uno non curabile poiché la progressione tumorale è significativa.

Genetiste, genetisti, mediche e medici dell'unità diagnostica in considerazione hanno evidenziato dei punti chiave per agire in maniera efficace e sicura, in modo tale da aumentare l'accesso ai test molecolari per lo screening. In primis deve essere promosso il messaggio per cui i test genetici predittivi, ma anche i test classici di screening, sono delle procedure fondamentali sia per la diagnosi che per un eventuale trattamento e non possono essere posticipati né da chi ha familiarità con tumori ovarici (test predittivi) né da persone sane (test di screening). A posteriori si può affermare infatti che, durante il periodo di blocco in Italia, le persone avevano ancora relativamente troppe poche informazioni riguardo a Covid-19 e il terrorismo mediatico e i telegiornali non hanno fatto altro che alimentare la paura e l'angoscia per il coronavirus, per cui anche le attività più necessarie erano evitate o eseguite con una preoccupazione sproporzionata.

Un'altra modalità efficace per aumentare l'accesso ai test BRCA è stata quella di trovare modalità alternativa di test, evitando il contatto in presenza all'ospedale, ad esempio facendo il campionamento del sangue a casa per poi inviarlo successivamente in laboratorio. Allo stesso tempo il test gBRCA può essere effettuato in contesti obbligatori e non, come ad esempio nelle sessioni di chemioterapia, ottenendo contemporaneamente anche un effetto di riduzione di malate e malati di cancro all'interno degli ospedali COVID-19.

### **2.3 Trattamento del carcinoma ovarico durante la pandemia**

Normalmente il trattamento primario del cancro ovarico consiste in una combinazione di chirurgia e chemioterapia, in quanto la chirurgia consente la rimozione del tumore e una possibilità di guarigione a lungo termine più elevata (Bogani et al., 2020). Anche durante la pandemia di Covid-19 la chirurgia deve quindi essere considerata una procedura urgente e obbligatoria, ma le problematiche riscontrate non sono sottovalutabili.

### *2.3.1 I dubbi principali sorti a mediche e medici relativi alle operazioni chirurgiche*

Come già detto sopra, la maggior parte delle pazienti con carcinoma ovarico necessitano di una chirurgia radicale che comporta la resezione multiorgano e, successivamente, di un'attenta osservazione post-operazione in terapia intensiva (Mandato & Aguzzoli, 2020). Durante il periodo di blocco in Italia gli spazi delle terapie intensive erano già più che sfruttati da malate e malati Covid-19 in gravissime condizioni di salute, quindi non era sempre possibile riservare posti letto per le pazienti e i pazienti che avevano degli interventi programmati, ma non più considerati urgenti nella situazione pandemica.

Le pazienti con carcinoma ovarico sono da considerare “estremamente fragili” poiché spesso vengono diagnosticate in una fase molto avanzata della malattia. Per cui un altro grande deterrente dell'eseguire un intervento chirurgico su di loro risiede nel rischio di contrarre il Coronavirus proprio all'interno della struttura ospedaliera. Non solo, ma considerando l'effetto che Covid-19 ha sul sistema immunitario dell'essere umano, i possibili risultati dei trattamenti di immunoterapia, utilizzati specificatamente nella cura dei tumori, potrebbero portare a risposte fisiche pericolose per le pazienti, anche in caso di infezione asintomatica. Risultava quindi necessario effettuare un esame per escludere la presenza del virus, per poter procedere o meno con gli interventi. Un'altra variabile da considerare è che il rischio del contagio veniva esteso sia al personale sanitario con cui le pazienti venivano in contatto, ma anche ai famigliari di queste ultime.

Osservando queste dinamiche da un punto di vista più allargato, è facilmente deducibile che il Sistema Sanitario Nazionale non sarebbe stato in grado di reggere un eventuale aumento delle malate e dei malati Covid-19 all'interno delle strutture ospedaliere.

Di seguito sono riportate le procedure attuate dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, uno dei centri di riferimento per la cura dei tumori in Italia, dove hanno valutato le strategie migliori per intervenire durante la situazione pandemica (Bogani et al., 2020).

### *2.3.2 Le soluzioni adottate presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano*

Durante l'epidemia covid-19 uno dei punti principali di tutte le terapie era quello di ottenere il massimo beneficio da procedure il meno impegnative possibile (Bogani et al, 2020).

**Hub Covid-19-free.** È stato concordato con le pazienti e i pazienti di oncologia che sarebbe stato necessario creare degli hub Covid-19-free, ovvero delle strutture dedicate soltanto alle cure e alla gestione delle malate e malati di cancro, in una sede diversa da quella ospedaliera in modo da ridurre al minimo le possibilità del contagio. Le pazienti e i pazienti che venivano inseriti in queste strutture venivano sottoposti a uno screening per febbre e altri sintomi respiratori specifici

dell'infezione da coronavirus, nelle due settimane precedenti l'ingresso, con annesso tampone negativo. Nei casi in cui l'infezione da covid-19 fosse attiva nelle pazienti, gli interventi chirurgici dovevano essere evitati o ritardati, quando possibile, e in linea di massima era opportuno evitare le procedure estensive.

**La telemedicina.** La tecnologia attuale ha permesso in diversi campi di condurre diversi tipi di attività in modalità indiretta, ovvero non persona-a-persona, ma in telematica. La modalità web è stata ampiamente utilizzata durante il periodo di blocco in Italia e anche successivamente in diversi ambiti e applicazioni, tra cui quello delle visite mediche. Mediche e medici quindi potevano comodamente eseguire delle videochiamate per consultare le pazienti e i pazienti evitando completamente il contatto fisico, quando possibile, effettuando il servizio comodamente da casa. Attraverso software sviluppati ad hoc, infatti, è stato possibile fornire assistenza medica, eseguire esami specifici e consulti eludendo il passaggio fisico attraverso gli ospedali e ambulatori.

Un'altra funzionalità della telemedicina è stata quella della possibilità di trovare una o uno specialista online per richiedere un secondo parere senza doversi spostare attivamente, e quindi potenzialmente diffondere il virus.

### 3. IL DISAGIO PSICOLOGICO NELLE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE

#### 3.1 Come le strategie di coping mediano gli effetti della malattia

##### 3.1.1 *Self Regulatory Model of Illness Representation (SRM) di Leventhal*

Il *Self Regulatory Model of Illness Representation* proposto dal Leventhal, Meyer e Nerenz nel 1980, ridefinito successivamente nel 1998, si propone di identificare quali fattori intervengano nell'elaborazione delle informazioni sulla malattia della o del paziente e in che modo vengono integrate, a livello cognitivo ed emotivo. Secondo questo modello ogni individuo costruisce la sua personale rappresentazione della malattia, integrando parallelamente i processi cognitivi ed emotivi, in cui i primi si riferiscono a quelle modalità di rappresentazione guidate da un'elaborazione cosciente.

A formare la rappresentazione della malattia intervengono cinque dimensioni: identità, dimensione causale, durata, conseguenze e controllabilità o curabilità (Bishop, Converse, 1986; Lau et al., 1989; Leventhal et al., 1997; Moss-Morris et al., 2002). L'identità è quella caratteristica che permette l'identificazione dei sintomi e la denominazione della malattia; la dimensione causale raccoglie tutte le credenze relative ai fattori ritenuti responsabili della malattia; la durata è la durata temporale dei sintomi o la prognosi; le conseguenze si riferiscono all'impatto della malattia in diversi ambiti della vita; la controllabilità o curabilità indica il personale senso di potere sugli esiti, sulle strategie di *coping* e sull'efficacia dei trattamenti. L'insieme di questi diversi fattori, il background culturale e la personalità spiegano le potenziali reazioni differenti a pazienti che si ammalano della stessa malattia.

L'autoregolazione è intesa come l'insieme dei processi che permettono all'individuo di guidare le proprie attività dirette a un fine e cambiare le circostanze del contesto (Károly, 1993). All'interno del *Self Regulatory Model of Illness Representation* (Leventhal et al., 1980), l'autoregolazione è quel processo che indirizza le azioni che l'individuo sceglierà di compiere, sulla base della sua rappresentazione di malattia. Secondo questo modello, l'autoregolazione e il *coping* rappresentano le caratteristiche più importanti nell'influenzare l'*outcome* della malattia in termini psicologici.

##### 3.1.2 *Le strategie di coping adattive e disadattive*

Le evidenze empiriche suggeriscono che il benessere emotivo e la qualità di vita delle pazienti affette da cancro ginecologico sono spesso collegate alle loro risposte cognitive, emotive e comportamentali rispetto alla diagnosi e ai sintomi della malattia (Costanzo, et al., 2006). Questi dati avvalorano l'ipotesi teorica del *Self Regulatory Model of Illness Representation* (Leventhal et

al., 1997) che prevede che gli stati psicologici delle pazienti e le strategie di *coping* da loro adottate siano in relazione ai risultati della malattia stessa. Il *coping*, infatti, risulta essere il determinante degli *outcome* fisici e psicologici poiché media l'influenza delle valutazioni della malattia. Da queste constatazioni si deduce che sviluppare delle strategie di *coping* efficaci per affrontare la diagnosi e il trattamento del cancro ginecologico sia più vantaggioso rispetto all'attuare risposte cognitive ed emotive focalizzate sul disagio emotivo. L'apprendimento di strategie di *coping* funzionali alla terapia può essere inserito sotto la categoria di *coping* proattivo, nel senso che permette di costruire una base solida di competenze socio-emozionali prima dell'effettiva situazione potenzialmente stressante.

Esistono però due tipi di strategie di *coping*: quelle adattive e quelle disadattive. Con strategie di *coping* adattivo si intendono tutti quei meccanismi che consentono la riduzione dell'ansia, mentre le strategie di *coping* disadattive portano a un aumento dello stress, nonostante a volte possano sembrare funzionali, come ad esempio la dissociazione o l'evitamento ansioso. Una strategia di *coping* considerata adattiva per le malate di cancro ginecologico è l'accettazione focalizzata sul problema (Harcourt et al., 1999) che viene attuata successivamente alla fase di valutazione della malattia, dove la paziente si concentra sull'entità della minaccia in termini di benessere dell'individuo e strumenti personali disponibili per fronteggiare la situazione. Le strategie di *coping* disadattive, invece, risultano essere il disimpegno e la negazione, intesa come l'incapacità o la non volontà di riconoscere la condizione di malattia. Queste sono considerate non adattive poiché, nonostante spesso portino a benefici, sono utili solo a breve termine e conducono ad un evitamento del disagio, piuttosto che alla risoluzione del problema (Hack e Degner, 2004). Inoltre le strategie di *coping* disadattive rischiano di portare ad un aggiustamento psicologico alla malattia più povero rispetto alle strategie adattive, poiché quest'ultime permettono a loro volta di sviluppare capacità mentali per fronteggiare non solo la situazione stressante, ma forniscono anche strumenti per affrontare le sfide successive.

### **3.2 Il disagio psicologico in relazione alle strategie di *coping***

La ricerca suggerisce che le rappresentazioni della malattia individuali e le risposte di *coping* delle donne affette da cancro oncologico possono influenzare il loro recupero psicologico. Concentrandosi sulle conseguenze psicologiche risulta che il *coping* disadattivo spesso media la relazione tra conseguenze più gravi della malattia e depressione, mentre le strategie adattive sono collegate ad un maggiore controllo e alla soddisfazione della condizione di salute (Rutter & Rutter, 2002). È interessante considerare che le strategie di *coping* che una persona attua, in risposta ad una

malattia, vanno a modificare la rappresentazione della malattia stessa aumentando il benessere psicofisico, oppure contribuendo ad un accrescimento della preoccupazione e, conseguentemente, dello stress percepito. Inoltre le strategie cognitive vengono valutate in corso d'opera dall'individuo in base alla risposta che ottengono in termini di efficacia. Se una strategia di *coping*, che sia adattiva o disadattiva, non permette un sufficiente livello di benessere per la persona, allora quest'ultima sarà più propensa a non utilizzarla, a sviluppare una nuova strategia oppure a migliorare e adattare quella precedente in modo più funzionale alla situazione, arrivando a perfezionare continuamente le sue risposte di *coping*. Se ne ricava che le risposte di *coping* siano fattori di mediazione tra le rappresentazioni della malattia e l'umore della persona.

È interessante come nelle pazienti affette da cancro ginecologico i disturbi dell'umore possono essere previsti dalle strategie di *coping* adottate, dalle capacità di autoregolazione e dalle rappresentazioni della malattia, elementi costitutivi del *Self Regulatory Model of Illness Representation* di Leventhal. Alcuni esempi mostrano che le valutazioni delle conseguenze della malattia e che le tempistiche più ampie sono collegate al disagio e a una diminuzione del benessere, mentre le componenti di controllo elevate corrispondono a livelli di stress molto minori (Hagger e Orbell, 2003). Riflettendo sulle componenti del *Self Regulatory Model of Illness Representation* (Leventhal et al., 1997), le persone che riportano una percezione di durata temporale del cancro ginecologico più lunga, o una linea temporale ciclica, si aspettano delle conseguenze personali più gravi, il che le conduce a provare risposte emotive più negative. Allo stesso modo anche pazienti che riportano un basso controllo personale, una minor capacità di controllo sul trattamento e una bassa coerenza individuale rispondono alla situazione in modo più negativo ed è più probabile che mostrino successivamente anche disturbi dell'umore (Gould et al, 2010).

## **4. IMPATTO PSICOLOGICO DEL COVID-19 SULLE PAZIENTI CON TUMORI GINECOLOGICI**

### **4.1. Le principali sfide affrontate dalle pazienti con cancro ovarico**

Durante il periodo di isolamento dovuto alla pandemia da Covid-19 le pazienti con tumori ginecologici hanno riscontrato un aumento del disagio psicologico e un peggioramento della loro salute mentale (Lamblin et al., 2022), causati dalla mancanza percepita o reale di un sostegno sociale. La diagnosi è stata spesso ritardata dalla già esistente natura non chiara dei sintomi e dalla limitata consapevolezza pubblica in materia, il che rendeva le pazienti frustrate anche prima della situazione pandemica. Inoltre le opzioni di trattamento sono state limitate dal sovraffollamento ospedaliero e dalla scarsa prognosi effettuata, che hanno esacerbato preoccupazioni e timori tra le pazienti. Le persone con cancro ovarico vivono una realtà con alti livelli di incertezza a causa della loro patologia poco studiata, che si è andata ad aggiungere a un nuovo contesto medico e sociale caratterizzato da ulteriore incertezza, dando luogo ad una serie di timori: il principale tra questi è stato il timore per la recidiva del cancro (Tan et al., 2021). Questo sentimento include timori della singola paziente, quali la paura della ricorrenza e di progressione della malattia fino alla paura di morire, ma anche preoccupazioni per la capacità delle famiglie di affrontare diagnosi e conseguenze, con un aumento del senso di colpa percepito. A questi andavano ad aggiungersi anche timori legati all'ereditarietà della patologia per le figlie delle pazienti.

Il disagio psicologico è stato esacerbato dal sentimento di isolamento, sia fisico che psicologico, per cui le pazienti con carcinoma ovarico erano abbandonate a loro stesse nel gestire la situazione di malattia, ma anche nel dover tranquillizzare la famiglia e le relazioni interpersonali in generale. Ne sono state colpite in maniera maggiore le donne in una fase precoce della malattia e quelle con una specifica forma di cancro (Tan et al., 2021), poiché era più complicato creare un'esperienza condivisa con altre pazienti proprio per la scarsità di reti sociali appropriate. Il sentimento di isolamento si allargava anche a tutte quelle persone che vivevano in zone più rurali, quindi fisicamente più lontane dalla presenza sociale di altre persone che avrebbero potuto offrire comprensione e mezzi per aiutarle.

Un'altra importante sfida da affrontare è stata quella dell'accesso alle strutture sanitarie per i trattamenti e per le informazioni ad essi connesse. Viene infatti riportata una mancanza di risorse specifiche per il carcinoma ovarico rispetto a quelle per il tumore al seno (Tan. et al., 2021). Inoltre per le pazienti che vivono in zone più distanti dalle città è stato particolarmente difficoltoso raggiungere le strutture per accedere alle cure, il che ha comportato un incremento nelle interruzioni dei trattamenti nonché un aumento delle spese personali da sostenere per gli spostamenti e gli

alloggi. È da considerare che durante il periodo di lockdown molte donne hanno perso il posto di lavoro, il che ha potuto impedire, in alcuni casi, il completamento del percorso in modo economicamente indipendente. Non solo, ma il lavoro nella vita di una persona spesso rappresenta un livello specifico della sua identità come individuo, una sua parte caratteristica a cui rifarsi per definire la propria personalità. È intuibile che, per una persona affetta da una qualsiasi malattia, soprattutto una condizione invalidante come un cancro ovarico, perdere un'importante componente della sua struttura di personalità comporti il rischio che la situazione di malattia diventi l'unica dimensione in cui la persona riesce a rappresentarsi.

Sono da considerare strettamente connessi al timore per il futuro tutti quegli aspetti per cui le pazienti non potevano più fare affidamento ai piani di vita precedenti la diagnosi, rimanendo in uno stato di incertezza, che può comportare un senso di perdita del controllo a livello del corpo, venendo meno parte delle funzioni che prima si possedevano. È stato espresso un senso di “disincarnazione” che ha portato, in certi casi, a un mancato riconoscimento del proprio corpo e dell'aspetto fisico. Inoltre tra gli effetti del trattamento per il carcinoma ovarico che minano alla dimensione dell'identità personale individuamo la relazione con la sessualità e la fertilità, che hanno posto un'ulteriore sfida, soprattutto per le pazienti più giovani e le corrispettive e i corrispettivi partner. Diverse pazienti hanno riportato disagio fisico in seguito alla perdita della sessualità che potrebbe derivare dal dolore provato durante il rapporto sessuale, ma anche dai sentimenti provati rispetto al nuovo aspetto fisico (Tan. et al., 2021).

Le paure per il futuro hanno creato un forte sentimento di isolamento, soprattutto nella fascia di pazienti più giovani che ha segnalato più alti livelli di disagio e un peggioramento significativo della qualità della vita (Tan. et al., 2021).

#### **4.2 I cambiamenti nella salute mentale delle pazienti con cancro ginecologico**

Durante il periodo di lockdown e post-lockdown dovuto ai provvedimenti per l'espansione della pandemia da Covid-19 gli interventi per il trattamento del cancro ginecologico sono stati spesso posticipati o annullati, il che ha comportato un cambiamento nelle condizioni di salute psicologica delle pazienti (Lamblin et al., 2022). Le donne con patologie oncologiche ginecologiche hanno riportato un innalzamento significativo dei livelli di ansia, di sintomi depressivi e di disturbo da stress post-traumatico (Wang et al., 2020). Nei casi in cui alle pazienti venivano annullate o rinviate le cure programmate, si osservavano livelli maggiori di ansia rispetto alle pazienti e ai pazienti a cui non veniva modificato il trattamento, mentre per la depressione e la generale qualità della vita non sono state notate differenze legate alle tempistiche degli interventi. I sintomi psicologici si

accentuavano a causa delle preoccupazioni legate alle modifiche nei trattamenti, ma anche dall'impossibilità di essere seguite dalla solita medica o solito medico di riferimento. Nonostante l'aumento dei disturbi della salute psicologica, durante il periodo pandemico non si è verificato un conseguente aumento della ricerca di aiuto psicologico da parte delle pazienti (Lamblin et al., 2022). Sono stati invece rilevati comportamenti di abuso di sostanze, alti livelli di stanchezza, dolore e preoccupazione nella gestione della patologia che erano predittivi del disagio psicologico (Wang et al., 2020). Il benessere psicologico della popolazione con cancro ginecologico è stato minato dalla situazione di isolamento creata dalla pandemia, comportando una notevole diminuzione del sostegno sociale e familiare (Wang et al., 2020). Inoltre la procedura di distanziamento sociale obbligato durante il periodo di lockdown si è dimostrato un elemento che favorisce il disagio psicologico, aggiungendosi al timore di recidiva del cancro. Le preoccupazioni esacerbate dalla situazione pandemica, si sono sommate alla paura di contrarre l'infezione da Covid-19 e in alcuni casi si registrava un livello di angoscia maggiore per la possibilità di ammalarsi rispetto a quella esperita per il cancro.

È stato dimostrato da uno studio condotto su 603 donne con carcinoma ovarico che la popolazione più a rischio di sviluppare livelli maggiori di ansia, depressione e preoccupazione per il cancro era quella delle pazienti giovani, ovvero quelle con meno di 65 anni di età (Frey et al, 2020). È interessante notare come, nonostante l'infezione da Covid-19 risulti più pericolosa per le persone anziane, i livelli di angoscia registrati nelle pazienti con cancro ginecologico con più di 65 anni siano minori rispetto al resto della popolazione di pazienti. Questa situazione è spiegata dal fatto che anche in situazioni mediche non straordinarie, come può essere quella di una pandemia mondiale, le pazienti diagnosticate a una giovane età mostrano una preoccupazione per il cancro più elevata, rispetto a quelle diagnosticate più tardi, a causa della minaccia percepita della malattia e dell'impatto delle conseguenze della diagnosi sulla vita della paziente.

#### **4.3 I fattori che hanno favorito la resilienza nelle pazienti con carcinoma ovarico**

Le strategie di *coping* adottate dalle pazienti hanno giocato un ruolo fondamentale nella loro percezione della malattia, favorendo o ostacolando la loro regolazione in una situazione così delicata. Uno dei bisogni principali in situazioni critiche è la ricerca del controllo per sentirsi meno sopraffatte e sopraffatti dagli eventi stressanti, che può esprimersi come la necessità di ristabilire il senso di normalità della propria vita. Se non vengono attuate delle risposte di *coping* adattive, ad esempio l'accettazione, la riduzione della preoccupazione e l'autopromozione, l'angoscia legata alla

situazione della malattia può contribuire a creare un ciclo di disperazione incontrollata che porta a una condizione di disagio psicologico divorante.

Un fattore di resilienza che ha portato le pazienti di cancro ovarico a rispondere in modo positivo alla situazione pandemica è stata la presenza di un *network* di relazioni sociali, composte da familiari e da amiche e amici. Infatti il sostegno e il supporto sociale sono elementi chiave per evitare il senso di isolamento e le condizioni ad esso legate, come la depressione. Il supporto sociale ha permesso la condivisione e la comprensione che, a loro volta, hanno consentito alle pazienti di rimanere ottimiste, un altro fattore di resilienza che si è rivelato efficace nella gestione della situazione (Tan et al., 2021).

La condivisione all'interno della rete della comunità ha permesso la ricerca di informazioni riguardo la sintomatologia del cancro ovarico, spesso mancante o scarsa durante la situazione pandemica. L'aver accesso a specifiche conoscenze si è rivelato un fattore di aiuto in particolare nei processi di chiarimento precedenti la diagnosi, nell'evitare il senso di confusione percepito dopo la diagnosi in termini di che cosa questa significava in relazione alla vita della persona e dei trattamenti disponibili. È fondamentale che un numero sempre maggiore di donne riconoscano i sintomi e i segni del carcinoma ovarico per attuare delle risposte di *coping* proattive e garantire una difesa dal possibile disagio psicologico.

Il rapporto individuale delle singole pazienti con mediche e medici ha plasmato il tipo di esperienza vissuta, rendendo un momento importante quello di scelta dell'oncologa o oncologo. Le relazioni che si sono rivelate protettive erano quelle in cui si manifestava un alto livello di fiducia e sostegno (Lamblin et al., 2022), dove le pazienti potevano ricevere informazioni specifiche, non soltanto in termini medici specifici, ma anche in termini di risposta alle loro domande e nella gestione delle emozioni. Nei rapporti di alta qualità, infatti, si sviluppava nelle pazienti un senso di ottimismo maggiore rispetto ai sentimenti di disagio e isolamento (Lamblin et al., 2022) causati dal ritardo nella diagnosi o del trattamento, che spesso portavano a ridurre la fiducia verso le fornitrici e i fornitori di assistenza sanitaria.

Gli elementi che hanno maggiormente influito nella gestione della situazione causata dall'impatto del Covid-19 sulle pazienti con carcinoma ovarico sono stati il supporto sociale, sia da parte della comunità oncologica che da parte di mediche e medici, e gli stili di *coping* adattivi, che hanno portato ad un'attenuazione dei risultati psicosociali negativi. L'accesso alle informazioni sanitarie ad hoc e la disponibilità di interventi trasparenti ed equilibrati hanno contribuito a rapporti saldi di fiducia con le fornitrici e i fornitori di assistenza, fungendo anch'essi da fattori protettivi.

## 5. CONCLUSIONI

Risulta evidente che la situazione generata dalla pandemia di Covid-19 ha causato diverse problematiche, colpendo numerose categorie di persone nel mondo, molto spesso in posizioni già svantaggiate. I sistemi sanitari italiani e mondiali hanno dovuto far fronte a esigenze create da una situazione nuova, imprevedibile e di difficile gestione, a seguito del sovraffollamento ospedaliero di malate e malati Covid-19, dell'inadeguatezza delle strutture sanitarie e della scarsità del personale all'interno degli ospedali. In questo periodo l'attenzione è stata rivolta quasi completamente verso la risoluzione della crisi, sociale ed economica, causata dalla pandemia e al ritorno alla "normalità", quando anche altri settori avrebbero probabilmente necessitato la medesima cura, come nel caso delle pazienti oncologiche e dei pazienti.

In Italia sono state create delle strutture ad hoc per le pazienti oncologiche ginecologiche, dove si potessero eseguire i test e trattamenti adeguati evitando il rischio del contagio da Covid-19; e sono state implementate delle modalità nuove di visite mediche in modo tale che le pazienti potessero ricevere consulti specifici anche da casa. Queste procedure sono state efficaci, poiché hanno permesso alle pazienti di non ritardare, o addirittura annullare, i trattamenti e i test fondamentali per l'efficacia delle cure e per l'accuratezza delle diagnosi. Si è visto come in un momento di crisi ospedaliera è stato necessario garantire sicurezza e attenzione a delle persone che, se avessero perso la possibilità di cura, avrebbero rischiato la vita, ma anche l'esigenza delle pazienti della relazione sociale, della vicinanza e della fiducia verso la propria medica o il proprio medico specialista o verso la rete sociale della comunità oncologica. Infatti, come per la salute fisica, il benessere psicologico delle pazienti non doveva essere sottovalutato in una situazione di incertezza come quella che ha creato la pandemia, soprattutto nel periodo di lockdown che ha generato nelle donne malate di cancro un sentimento di abbandono, portando a un aumento dei disturbi depressivi e di ansia. Si può quindi concludere che la "straordinaria" situazione creata dalla pandemia di Covid-19 sia stata gestita meglio dal punto di vista della salute fisica rispetto a quello della salute mentale delle pazienti in questione.

Nonostante questo, non vanno sottovalutate le possibilità di cambiamento che si sono venute a creare per far fronte alle esigenze durante il periodo pandemico e che dovrebbero essere mantenute, modificandole, per adattarle a una realtà non pandemica. Le strutture Covid-19-free potranno essere usate come ambulatori per visite specifiche, trattamenti di pazienti con particolari esigenze mediche, consentendo un maggiore comfort e adeguatezza delle cure, intese anche come attenzione alle necessità delle singole e dei singoli pazienti. La telemedicina, così come la modalità online dei colloqui psicologici, dovrebbe essere mantenuta per consentire a tutte e tutti l'accessibilità a

consulti che in presenza non sono sempre garantiti nei tempi consoni, considerando anche la comodità della modalità online rispetto agli imprevisti che possono intercorrere in quella faccia-a-faccia.

Una delle potenzialità maggiori, esacerbata dalla situazione pandemica, nasce proprio dal periodo di lockdown in cui si è registrato un aumento dei casi di disagio psicologico proprio di quelle categorie demografiche più a rischio. Si è inoltre verificato uno spostamento dell'attenzione verso il benessere psicofisico e la considerazione della salute mentale come fondamentale, e non più come subordinata a quella fisica. È stato dimostrato come molto spesso è proprio il benessere psicologico a modellare quello fisico, anche in situazioni di grave malattia come nelle patologie oncologiche ginecologiche. Il supporto sociale, familiare, una rete di condivisione e la comprensione sono tutti fattori che permettono una diversa visione della situazione della malattia e del modo in cui questa viene vissuta soggettivamente.

In conclusione, ci tenevo a sottolineare che il grado di severità di una malattia dovrebbe essere valutato sulla base del disagio individuale percepito della situazione, in termini di percezioni personali e limitazioni che questa genera, oltre che in termini di dolore fisico associato. Molto spesso si tendono a sminuire i sentimenti personali riguardo una condizione di malattia che non causa, in modo visibile e concreto, danni alla persona, il che porta alla tendenza a minimizzare aspetti psicologici che invece necessitano della stessa considerazione che hanno gli aspetti fisici nel determinare la malattia.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Bogani, G., Casarin, J., Pinelli, C., Di Donato, V., Bosio, S., Ruisi, S., ... & Raspagliesi, F. (2020). Management of patients with ovarian cancer in the COVID-19 era. *Journal of surgical oncology*, *122*(2), 122-123.
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E., & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(2), 132–142
- Frey, M. K., Ellis, A. E., Zeligs, K., Chapman-Davis, E., Thomas, C., Christos, P. J., ... & Blank, S. V. (2020). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on the quality of life for women with ovarian cancer. *American journal of obstetrics and gynecology*, *223*(5), 725-e1.
- Gould, R. V., Brown, S. L., & Bramwell, R. (2010). Psychological adjustment to gynaecological cancer: Patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology and Health*, *25*(5), 633-646.
- Hack, T. F., & Degner, L. F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, *13*(4), 235–247.
- Harcourt, D., Cawthorn, S., Ambler, N., & Rumsey, N. (1999). Early discharge after surgery for breast cancer. *BMJ*, *318*(7191), 1146.
- Harper, D. M., Franco, E. L., Wheeler, C. M., Moscicki, A.-B., Romanowski, B., Roteli-Martins, C. M., Jenkins, D., Schuind, A., Costa Clemens, S. A., & Dubin, G. (2006). Sustained efficacy up to 4·5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *The Lancet*, *367*(9518), 1247–1255.
- Dukes Holland, K., & Holahan, C. K. (2003). The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology & Health*, *18*(1), 15–29.
- Jacome, L. S., Deshmukh, S. K., Thulasiraman, P., Holliday, N. P., & Singh, S. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on ovarian cancer management: Adjusting to the new normal. *Cancer Management and Research*, *13*, 359.
- Lamblin, G., Chene, G., Leaune, E., Philip, C. A., Moret, S., Nohuz, E., ... & Cortet, M. (2022). The psychological impact of therapeutic changes during the COVID-19-lockdown for gynaecological and breast cancer patients. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 102311.
- Levesque, J. V., Farnsworth, C., Luckey, R., Hart, R., & Hegarty, S. (2022). Fear, worry and sadness: an exploratory study of psychological wellbeing in men caring for their partner with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, *30*(1), 825-833.
- Mandato, V. D., & Aguzzoli, L. (2020). Management of ovarian cancer during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *149*(3), 382.

- Minucci, A., Scambia, G., Santonocito, C., Concolino, P., & Urbani, A. (2020). BRCA testing in a genomic diagnostics referral center during the COVID-19 pandemic. *Molecular Biology Reports*, *47*(6), 4857-4860.
- Osowiecki, D., & Compas, B. E. (1998). *Cognitive Therapy and Research*, *22*(5), 483–499.
- Rutter, C. L., & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, *7*(4), 377-391.
- Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*(2), 93–102.
- Tan, J. H., Sharpe, L., & Russell, H. (2021). The impact of ovarian cancer on individuals and their caregivers: a qualitative analysis. *Psycho-Oncology*, *30*(2), 212-220.
- Thompson, D. S., & Shear, M. K. (1998). Psychiatric disorders and gynecological oncology: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, *20*(4), 241–247.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 1729.

## 7. SITOGRAFIA

*mèdico3* in *Vocabolario - Treccani*. (s.d.). Treccani, il portale del sapere. <https://www.treccani.it/vocabolario/medico3>

*Donne al lavoro (medico, direttore, poeta): ancora sul femminile dei nomi di professione - Consulenza Linguistica - Accademia della Crusca*. (s.d.). Pagina d'entrata - Accademia della Crusca. <https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/donne-al-lavoro-medico-direttore-poeta-ancora-sul-femminile-dei-nomi-di-professione/1237>

Tumore ovaie: sintomi, prevenzione, cause, diagnosi. (s.d.-b). AIRC -Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro. <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-delle-ovaie#:~:text=Il%20cancro%20dell'ovaio%20è,all'origine%20di%20un%20tumore.>

Tumore al seno e BRCA test: il rischio è scritto nei geni. (s.d.). Santagostino Magazine. <https://magazine.santagostino.it/tumore-al-seno-brca-test/>

## 8. RINGRAZIAMENTI

Voglio ringraziare in ordine cronologico, dalle persone che conosco da più tempo a quelle che conosco da meno. Quindi per primi voglio ringraziare mia madre e mio padre che da sempre hanno creduto nelle mie capacità e spronato ad impegnarmi al massimo e che spero continuino a farlo (anche un po' meno). Subito dopo di loro voglio ringraziare le mie nonne e i miei nonni che mi hanno sempre considerato il genio di famiglia solo perché sono l'unica di loro che ha potuto studiare fino a questo punto. Ringrazio mio zio Simone perché credo che sia la persona che più è fiera di me in mezzo a questo branco di matti, anche se non lo vuole ammettere, e mia zia Sara che è la persona da cui mi sento più capita e che mi ha tanto tranquillizzato riguardo al grande tema "università".

Ringrazio tutte le Bros che, anche se le vedo sempre di meno, ci sono sempre quando chiedo loro di esserci. A farci conoscerci è stato più che altro il caso, ma se siamo, ma soprattutto se siete, ancora qua credo che il caso non basti più da solo a spiegarlo.

Ringrazio il grande gruppo Sede, le persone con cui ho passato tutti i pomeriggi insieme dalla quarta superiore, tra cui c'è chi conosco da 20 anni e chi conosco da solo 3. Ognuno di voi mi ha insegnato qualcosa e mi ha portato a gettare le basi per costruire la mia personalità, che a molti non piace, ma io invece non potrei esservi più grata. Tra queste e questi, ringrazio Ghise, parte fondamentale del grande puzzle e presente nel 80% delle mie esperienze più significative, non perché ci fossi fisicamente, ma perché sei sempre stata il porto dove tornare per sentirmi al sicuro. Ringrazio le persone che mi hanno accompagnata fino qua per questi 3 anni. In primis Anna A., che se sono come sono adesso è perché mi ha fatta sentire libera di esserlo e ringrazio tutte le ragazze che hanno creato per me uno spazio sicuro dove parlare di quello che pensavo non avrei mai parlato con nessuna e nessuno. Grazie per aver creato l'ambiente più prolifico per farmi crescere e farmi imboccare la strada di quella che sarò. Tra voi ringrazio Anna P. che è diventata la persona che chiamo quando sto piangendo e ho bisogno di aiuto, che sono sempre stati comportamenti non facilmente tollerabili per me (grazie Simona, per queste nuove consapevolezze).

Per ultimo voglio ringraziare il mio professore di filosofia delle superiori, che mi ha fatto incontrare la psicologia per la prima volta e che, se non lo avesse fatto, probabilmente non sarei mai arrivata dove sono. Lo ringrazio non solo per questo, ma perché mi ha insegnato che, meno segui il programma che qualcuno ti dà e più facilmente arriverai a capire quale sia il Tuo programma e, ora più che mai, sento di aver bisogno di queste parole.