



Istituto Clinico
San Rocco
Gruppo San Donato



Istituto Clinico
S. Anna
Gruppo San Donato



Istituto Clinico
Città di Brescia
Gruppo San Donato

XVII Congresso Nazionale SIPO

CULTURA E CURA DEL BENESSERE

interventi innovativi in Psico-Oncologia
per pazienti, caregiver, familiari,
operatori sanitari



Brescia 9/10/11 Novembre 2023

ABSTRACT BOOKLET

XVII Congresso Nazionale SIPO

**CULTURA E CURA
DEL BENESSERE**

**interventi innovativi in Psico-Oncologia
per pazienti, caregiver, familiari,
operatori sanitari**



Brescia 9/10/11 Novembre 2023

ABSTRACT BOOKLET

**A cura di
Comitato Scientifico dei Referenti**

Coordinatore: Angela Piattelli

*Componenti: Andrea Bovero, Nadia Brusasca, Giuseppe Deledda, Rossella De Luca,
Anna Di Profio, Gianluca Luciano, Sabrina Marini, Lucia Polpatelli, Patrizia Pugliese,
Francesca Romito, Daniela Tasinato, Elisabetta Surrenti, Maria Rosa Strada*

Sommario

Prefazione	9
Abstract Sessione Scientifica	11
1. L'ESPERIENZA DEL TUMORE PUÒ PORTARE A SVILUPPARE NUOVE COMPETENZE?	11
2. TUMORE DELLA PROSTATA E BENESSERE PSICOLOGICO: L'IMPEGNO DI EUROPA UOMO ITALIA	11
3. TANGO TERAPIA: UN NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO NELLA RIABILITAZIONE ONCOLOGICA	12
4. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: QUALI POLITICHE SANITARIE?	12
5. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: QUALI POLITICHE SANITARIE?	13
6. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: RUOLO DELL'ONCOLOGO	13
7. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO	14
8. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE	14
9. BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE	15
10. IL CORE-CURRICULUM DELLO PSICO-ONCOLOGO	15
11. LO SVILUPPO DELLA PSICO-ONCOLOGIA TERRITORIALE	16
12. DOVE SIAMO ARRIVATI E VERSO DOVE ANDIAMO	16
13. PSICO-ONCOLOGIA E SUPPORTO A DISTANZA (TELEHEALTH)	17
14. IL SETTING ON LINE: LE DECLINAZIONI OPERATIVE IN CAMPO PSICO-ONCOLOGICO	18
15. LA CULTURA DEL BENESSERE IN PSICO-ONCOLOGIA IN UN'OTTICA PNEI	18
16. PSICO-ONCOLOGIA DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI	19
17. LA PSICO-ONCOLOGIA NELLA PROSPETTIVA DELLA PSICOLOGIA CLINICA POSITIVA	19
18. PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI TRA PSICO-ONCOLOGIA E PSICHIATRIA	20
19. INTERVENTI PER LA FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI NUCLEI FAMILIARI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI	21
20. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEI MEMBRI DEL TEAM ONCOLOGICO	21
21. INTERVENTI ORIENTATI AL BENESSERE PSICOLOGICO E ALLA PROMOZIONE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI	22
22. NUOVE TECNOLOGIE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E GESTIONE DELLE EMOZIONI NEI PAZIENTI	22
23. MODELLI DI INTERVENTI INNOVATIVI IN CURE PALLIATIVE	22
Abstract Sessione Scuola	24
1. STAR BENE CON IL CORPO E CON LA MENTE	24
2. STAR BENE CON LA MENTE	24
3. STARE BENE CON GLI AMICI	25
4. STAR BENE CON IL CORPO	25

5.	IMPARO A GESTIRE BENE L'AGRESSIVITÀ	26
6.	STARE BENE IN FAMIGLIA	26
7.	PENSARE IL CORPO, INCORPORARE LA MENTE: LO YOGA IN ADOLESCENZA	27
8.	LABORATORIO PRATICO ESPERIENZIALE DI MANDALA	27
9.	DANZATERAPIA	28
10.	IL RILASSAMENTO COME TECNICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE SCUOLE	28

Sessione Poster 30

1.	STILE DI COPING E MORBILTÀ PSICOPATOLOGICA IN PAZIENTI CON MELANOMA AVANZATO: DIFFERENZE TRA TERAPIA ONCOLOGICA, LOCALIZZAZIONE METASTATICA E STADIAZIONE	30
2.	IMPATTO PSICOLOGICO DELLO STATO MUTAZIONALE BRAF IN PAZIENTI CON MELANOMA AVANZATO	30
3.	LA PAURA DELLA RECIDIVA: UNO STUDIO ESPLORATIVO DELL'IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA E SUL DISAGIO EMOTIVO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI	31
4.	L'ANIMA NELLE TECNICHE INTEGRATE PER IL BENESSERE IN ONCOLOGIA	32
5.	IL PROGETTO SCUOLA "DONARSI PER DONARE": UN MODELLO OPERATIVO SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE ATTRAVERSO IL POTENZIAMENTO DELLE LIFE SKILLS	32
6.	STRATEGIE DI COPING E LOCUS OF CONTROL IN GENITORI DI BAMBINI CON CANCRO: IMPATTO DI UN INTERVENTO DI SUPPORTO PSICOSOCIALE	33
7.	AGGIUNGIAMO VITA AI GIORNI	34
8.	ANALISI PRELIMINARE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E BENESSERE NELLE PAZIENTI CANDIDATE A MASTECTOMIA PER NEOPLASIA CON E SENZA RICOSTRUZIONE PROTESICA	34
9.	ESPERIENZA GRUPPALE DI PHOTOLANGAGE CON FAMILIARI DI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI: UNO STUDIO PRELIMINARE QUANTITATIVO E QUALITATIVO	35
10.	MUSICOTERAPIA IN PAZIENTI EMATOLOGICI RICOVERATI: STUDIO SULL'EFFECTIVENESS DEL TRATTAMENTO	36
11.	VALUTAZIONE DELL'EFFETTO PROTETTIVO DELLA STIMA PERCEPITA DALL'AMBIENTE DI LAVORO NEI CONFRONTI DELL'ESAURIMENTO EMOTIVO E DELLA DEPERSONALIZZAZIONE LEGATI AL BURNOUT	36
12.	QUANDO LA CURA ESCE DALLA CARTELLA CLINICA "INCONTRI E SORRISI IN ONCOLOGIA": INSIEME SI PUÒ... GLI APPUNTAMENTI CHE AIUTANO A VIVERE MEGLIO	37
13.	PSICONCOLOGIA INNOVATIVA NELL'AMBITO DELLA CHIRURGIA ONCOLOGICA: IL RUOLO PROGNOSTICO DI FATIGUE, DEPRESSIONE E ANSIA NEGLI OUTCOMES CHIRURGICI POST-OPERATORI E L'IMPORTANZA DI UN LORO SCREENING PRECOCE	38
14.	LA PERCEZIONE DEL DOLORE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA: UN CONFRONTO CON PAZIENTI REUMATOLOGICI	39
15.	GESTIONE DEL DISTRESS EMOZIONALE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, ESPERIENZA PSICO- ONCOLOGICA DI UN GRUPPOTERAPIA CON APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE	39

16.	LA SPIRITUALITÀ NELL'ARTE DEL MANDALA	40
17.	IL MANDALA DI SABBIA PER AIUTARE I BAMBINI A ELABORARE IL LUTTO	40
18.	SAIL CAMP: RIPRENDERE IL TIMONE DELLA PROPRIA VITA OLTRE LA MALATTIA ATTRAVERSO UN PROGETTO DI RIABILITAZIONE PSICOLOGICA. DUE GIORNI DI BARCA A VELA, SPORT E LABORATORI SUL LAGO DI GARDA	41
19.	PROMUOVERE LA SALUTE E IL BENESSERE PSICOLOGICO DEGLI HEALTH CARE WORKER IN ONCOLOGIA: INTERVENTI CON EMDR_IGTP (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING INTEGRATIVE GROUP TREATMENT PROTOCOL)	42
20.	UN RESPIRO IN FORESTA: L'IMPATTO DELLA TERAPIA FORESTALE SUI PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA POLMONARE	43
21.	IL CORPO COME RISORSA NEL PRENDERSI CURA DEL CAREGIVER: GRUPPI UMANISTICI ESISTENZIALI CON I CAREGIVERS DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA ONCOLOGICA	43
22.	PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA PERSONA FINALIZZATO A FAVORIRE L'ACCESSO AI SERVIZI PSICOLOGICI	44
23.	IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE NEI SOPRAVVISSUTI DA TUMORE AL TESTICOLO: CORRELAZIONE CON LE TERAPIE ADIUVANTI E L'INVECCHIAMENTO ORMONALE	45
24.	TUMORE GASTRICO: UNO STUDIO DI ANALISI INTEGRATA DEGLI ASPETTI BIOMOLECOLARI E PSICOSOCIALI PER UN MODELLO PREDITTIVO DI RISPOSTA PERSONALIZZATA AI TRATTAMENTI (GRAMMY STUDY)	46
25.	APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E SUPPORTO PSICONCOLOGICO: OSSERVAZIONI CLINICHE	47
26.	IL BENESSERE DEL CAREGIVER: LA VALUTAZIONE DEL <i>BURDEN CARE</i> NELL'ASSISTENZA DELLA MALATTIA ONCOLOGICA.	48
27.	FINCHÉ MORTE NON LI SEPARI	49
28.	UN MODELLO DI INTERVENTO DI COUNSELLING DI COPPIA NEL CANCRO AL SENO	49
29.	COOKING THERAPY IN ONCOLOGIA: PROTOCOLLI AD HOC PER CHI VIVE O HA VISSUTO LA MALATTIA ONCOLOGICA	50
30.	VALUTAZIONE TRIDIMENSIONALE DELLA TOSSICITÀ DA INIBITORI DELLE AROMATASI IN DONNE AFFETTE DA CARCINOMA MAMMARIO IN FASE PRECOCE: ATTESA, RILEVATA, PERCEPITA. STUDIO PILOTA MULTICENTRICO	51
31.	LA DIAGNOSI ONCOLOGICA IN UN GENITORE: ANSIA, DEPRESSIONE E QUALITÀ DELLA RELAZIONE CON I FIGLI	52
32.	COMPRENDERE L'ADATTAMENTO PSICOLOGICO NELLE DONNE CON CANCRO AL SENO: IL RUOLO DELLA SODDISFAZIONE DI COPPIA E DELL'IMMAGINE CORPOREA	52
33.	MEDICINA NARRATIVA: LA REGOLA DEL GELATO	53
34.	IL CATETERE VENOSO CENTRALE PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO: UN DISAGIO. COME RENDERLO UN AMICO FEDELE	53
35.	VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA BREVE E DEL CONTROTRANSFERT IN AMBITO ONCOLOGICO	54
36.	STUDIO PILOTA DI UNA NUOVA TECNICA DI DEFUSIONE COGNITIVA BASATA SULLA REALTÀ VIRTUALE APPLICATA A PAZIENTI ONCOLOGICI	55

37.	L'IMPATTO DELL'EPIDEMIA DI SARS-COV-2 SULLA FLESSIBILITÀ PSICOLOGICA E SUL COMPORTAMENTO DI ANNULLAMENTO DELLE VISITE MEDICHE DEI PAZIENTI ITALIANI AFFETTI DA MALATTIA ONCOLOGICA	56
38.	L'UTILIZZO DELLA REALTÀ VIRTUALE NEI PAZIENTI PEDIATRICI ONCOEMATOLOGICI	57
39.	IL RUOLO DELL'AUTOSTIMA E DELLA RESILIENZA SULLE RELAZIONI FAMILIARI NEI BAMBINI/ADOLESCENTI CON DIAGNOSI ONCO-EMATOLOGICA	57
40.	SELF-COMPASSION E IMMAGINE CORPOREA IN PAZIENTI CON CANCRO AL SENO IN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO	58
41.	DISTRESS E IMPATTO PSICOLOGICO DELL'EVENTO IN PAZIENTI CON NUOVA DIAGNOSI DI LEUCEMIA ACUTA E LINFOMA. QUALI FATTORI DI RISCHIO E PROTEZIONE?	59
42.	COSTRUIRE UNA COMUNICAZIONE EFFICACE IN ONCOLOGIA: UNO STUDIO TRAINING	60
43.	INDAGINE SUI BISOGNI ASSISTENZIALI INSODDISFATTI IN UN CAMPIONE DI DONNE SOPRAVVISSUTE AL CANCRO AL SENO	60
44.	IL MIO CORPO, LA MIA VITA. STUDIO MULTIDIMENSIONALE IN DONNE CHE HANNO SUBITO INTERVENTO DI MASTECTOMIA	61
45.	INTEGRAZIONE DI UNA SCHEDA PSICO-ONCOLOGICA (S.P-O) NELLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA (C.C.I.) IN ONCOLOGIA: PROMUOVERE L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE (A.M.) E LA GESTIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO DEL PAZIENTE (PZ)	62
46.	SIBLINGS: "PIÙ SPAZIO PER ME"	63
	Indice dei nomi	64

Prefazione

Mi accingo ad assolvere al compito assegnatomi di presentare questo “Abstract Booklet” che raccoglie i contributi del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psico-Oncologia dal titolo “*Cultura e Cura del Benessere – interventi innovativi in Psico-Oncologia per pazienti, caregiver, familiari, operatori sanitari*”.

E irrompe la consapevolezza della mia scarsa disposizione ad acconsentire all’uso – ormai obbligarato – del termine “abstract”: una breve sintesi selettiva e schematica di contenuti che anticipano il pensiero e/o i risultati del lavoro di un Autore. Per quanto possa apparire inappropriato per un contesto scientifico, privilegerei piuttosto il termine “antologia”, ovvero – vincolandomi all’etimologia greca e rifuggendo da ogni riduzionismo – una raccolta di scritti che compendiano argomenti qualitativamente scelti e rappresentativi della ben più esaustiva ed esauriente esposizione del lavoro che l’Autore presenterà in sede congressuale. Si tratta, in fondo, di restituire gravidanza a scritti che non soltanto orientano il lettore verso una più immediata comprensione dei contenuti ma che possono costituirsi come spunto per riflessioni future.

Il concetto di “*benessere*” è una delle parole-chiave scelta per questo Congresso. Non mi lascerò indurre in questa sede nell’ardua, gravosa, anche se appagante e seduttrice, tentazione di addentrarmi in un’argomentata, articolata e penetrante disamina del significato composito che tale termine può assumere in chi – direttamente o indirettamente – è colpito da una malattia oncologica. Ritengo invece ineludibile promuovere la domanda che è posta come *incipit* nella Premessa della brochure congressuale: “può sussistere una condizione di benessere durante il decorso di una malattia oncologica?”. Il quesito ci riman-

da alle parole di Wittgenstein, secondo il quale “noi sentiamo che, anche una volta che tutte le possibili domande scientifiche hanno avuto risposta, i nostri problemi vitali non sono ancora neppure toccati”. La soluzione, se c’è, sta innanzi tutto nella riconciliazione con la realtà ovvero nel fattivo riconoscimento del legame indissolubile che esiste tra cervello-mente e corpo. Obiettivo che, per quanto riconosciuto e proclamato dalla Medicina, nei fatti è continuamente disatteso. Ne è esempio paradigmatico il Piano Oncologico Nazionale 2022-2027 in cui, *more solito*, la cura del “soma” offusca e per certi versi depotenzia la presa in carico della “psiche”.

Il “*benessere*” è uno stato soggettivo e soltanto colui che vive la sofferenza della malattia oncologica può essere testimone partecipe della propria esperienza individuale, del farsi e del disfarsi dei significati di un mondo che, ora abitato dalla malattia, non risponde più alle aspettative che la persona aveva fino a quel momento nutrito nei suoi confronti. La Medicina ha sempre definito lo stato di benessere guardando alla realtà oggettiva della clinica: assenza di sintomi, andamento della malattia, aspettativa di vita, disponibilità di farmaci, precisione di strumenti diagnostici, ecc. Parafrasando Hillman, soltanto accantonando questi schemi generalmente usati, è possibile declinare e comprendere in modo autentico lo stato e il grado di benessere coniugando le necessità e i risultati della clinica con le esperienze interiori secondo le quali i fatti della malattia sono stati vissuti dall’individuo: “di qualunque cosa o situazione l’individuo abbia percezione, egli non può fare a meno di conferire ad essa un significato” (Lanza). La voce dei pazienti, familiari e caregiver rimangono concretamente la cosa più importante dalla quale partire per co-costruire un processo di cure che aiuti a guarire dal cancro e a ridefinire le ragioni del vivere. Ed è proprio

questo assunto di base che si pone come il *primum movens* del dibattito di questo Congresso. Il benessere dell'individuo può trovare risposte valide soltanto se c'è una politica sanitaria sensibile e attenta ai bisogni di salute della collettività, come emerge dai contributi dei partecipanti alla tavola rotonda "Il benessere psicologico del malato oncologico: quali politiche sanitarie?". Platone nella *Repubblica* scrive che "la responsabilità è di chi sceglie, il dio non è responsabile". Ma se escludiamo il malato, c'è un "dio" che è responsabile della salute individuale e collettiva: la politica. Come ben sappiamo, essa è responsabile nella misura in cui sceglie di dare alcune risposte – e non altre – ai bisogni di salute dei cittadini: attraverso finanziamenti e norme, allocazione e diversificazione di risorse, è il "decisore" dell'organizzazione e della fornitura di servizi sanitari e assistenza medica. Il malato di cancro può accedere ad alcuni servizi e non ad altri, indipendentemente dai propri bisogni di benessere: l'assistenza psico-oncologica ai malati, a familiari e caregiver figura ancora al primo posto tra i cosiddetti "unmet needs" in tutte le pubblicazioni scientifiche sull'argomento. In questo senso abbiamo bisogno di politici di potere perché, come scrisse Martin Luther King "il potere è la capacità di raggiungere degli scopi ... di effettuare dei cambiamenti". Passando ora agli "interventi innovativi", molti sono i contributi che trovano posto in questo volumetto, presentati da colleghi che approfondono il loro impegno professionale, teorico e scientifico allo sviluppo della Psico-Oncologia in Italia. Tale impegno è il *fil rouge* del Convegno, che si snoda lungo il percorso che S.I.P.O ha iniziato a tracciare quasi 40 anni fa.

Oggi, anche in Italia, la Psico-Oncologia è una disciplina scientifica specialistica, riconosciuta come necessità clinica e psico-sociale nella cura globale del cancro e la figura dello psico-oncologo è parte integrante del *core team* dei principali PDTA oncologici.

I lavori qui riportati, esemplificano molto bene come la sua autonomia disciplinare derivi da una solida sinergia caratterizzante tra teoria, metodi e ricerca e che le sue competenze non sono proprie di altre discipline psicologiche/psichiatriche limitrofe ma devono essere acquisite soltanto attraverso una formazione specialistica specifica. Questi contributi allargano il campo di riflessione e le prospettive cliniche e di ricerca verso un nuovo orizzonte di confronto e di integrazione tra diverse figure (professionali e non), differenti orientamenti e proposizione di approcci innovativi in linea con i cambiamenti socio-sanitari in atto.

Il destino di un volume, e dunque anche di questo, è solitamente quello di essere riposto nello scaffale di una libreria, magari per essere consultato all'occorrenza. Sarebbe auspicabile, però, che non venissero archiviati nell'oblio i suoi contenuti: conoscenze, strumenti, esperienze, considerazioni. Ciò significherebbe che essi sono stati in grado di suscitare riflessioni e confronti e, magari, trasformazioni e cambiamenti, sia nel modo di essere curanti sia, conseguentemente, nella pratica clinica quotidiana.

Questo motore di cambiamento può senza dubbio definirsi "cultura", ovvero, come dice Albert Camus, "l'urlo degli uomini in faccia al loro destino" di sofferenza.

Marco L. Bellani

Presidente Società Italiana di Psico-Oncologia



Abstract Sessione Scientifica

I. L'ESPERIENZA DEL TUMORE PUÒ PORTARE A SVILUPPARE NUOVE COMPETENZE?

Daniela Abbatantuono

Presidente Associazione Fraparentesi, Referente ROPI

Rete Oncologica Pazienti Italia presenta i risultati della ricerca "Io dopo il tumore" che parte dall'ipotesi che l'esperienza della malattia possa migliorare le *soft skills* e stimolare lo sviluppo di nuove competenze personali. La survey, sviluppata dall'associazione Fraparentesi in collaborazione con Lifeed e con il supporto della dr.ssa Concetta Stornante psichiatra e psiconcologa, è stata progettata come un percorso di consapevolezza in 20 domande suddivise in 3 step principali: il primo aiuta a riflettere sull'impatto della malattia in generale; il secondo si concentra sull'area lavorativa; il terzo si focalizza sullo sviluppo delle competenze trasversali. 800 le risposte complete, giunte da tutta Italia, con una preponderanza di donne che lavorano e che nel 69% dei casi è in follow up oncologico. Emerge una generale attivazione delle **competenze trasversali**, nel 96.8% dei casi. Tra queste quelle che emergono maggiormente sono l'empatia, la resilienza e la gestione del tempo e delle priorità. **Aumenta la capacità di affrontare i cambiamenti**, nel 72% dei casi. Il "cambiamento tumore" diventa un motore in grado di sbloccare altri cambiamenti, come il cambio di casa, di relazione o di lavoro. **Aumenta la capacità di comprendere gli altri**, nel 52,6% dei casi. La conoscenza del dolore fa capire meglio il dolore, aumenta la capacità di ascolto.

2. TUMORE DELLA PROSTATA E BENESSERE PSICOLOGICO: L'IMPEGNO DI EUROPA UOMO ITALIA

Marco Politi

Consigliere Associazione Europa Uomo

Il tumore della prostata non si cura solo in ospedale perché aggredisce anche l'interiorità dell'uomo. Chi ne è colpito deve affrontare paure e incognite che compromettono la sua identità maschile e la sua immagine sociale. A ciò si aggiunga il fatto che l'età in cui è più frequente la diagnosi coincide generalmente con quella del pensionamento: un momento in cui l'uomo si trova a dover cambiare le proprie abitudini e reinventarsi come persona. Accade allora che vergogna, imbarazzo, perdita di autostima, rabbia e senso di inadeguatezza conducono a rinchiusersi in se stessi. Ma la strada per non farsi sopraffare dagli effetti della malattia passa attraverso la rinuncia al silenzio e all'isolamento. Noi di Europa Uomo, proprio perché sappiamo che "parlarne è vitale", dal 2008 organizziamo 'I **Venerdì di Europa Uomo**', uno spazio in cui gli uomini che vivono l'esperienza del tumore – con la supervisione di uno psicologo – possono conoscersi, confrontarsi, scambiarsi informazioni, darsi sostegno reciproco e incontrare dei professionisti a cui chiedere aiuto. In un contesto protetto, ciascuno è libero di raccontare la propria esperienza e di esprimere le proprie emozioni, oppure di restare in silenzio e di ascoltare gli altri. Questo aiuta ciascuno e il gruppo a chiarire i cambiamenti nella percezione di sé e nella relazione con gli altri, come si vive il rapporto di coppia e la propria sessualità, come si vede il futuro, e porta ad imparare nuove strategie per fronteggiare le difficoltà. Inoltre, l'apertura e la condivisione reciproche creano un positivo senso di appartenenza che contrasta con quello di solitudine.



3. TANGO TERAPIA: UN NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO NELLA RIABILITAZIONE ONCOLOGICA

Anna Costantini

*Direttore UOD Psiconcologia Azienda Ospedaliera Universitaria
Sant'Andrea - Roma, Professore a.c. di Psico-Oncologia
Sapienza Università di Roma, Vice Presidente Federazione
Italiana Società di Psicologia, Consigliere Nazionale Società
Italiana di Psico-Oncologia*

La Tangoterapia, concepita come una delle possibilità psicoterapeutiche in ambito di Medicina Integrativa, è un sistema integrato che utilizza gli strumenti del tango: la sua musica, la sua poesia, la sua filosofia, i suoi codici, la sua cultura e in particolar modo il suo approccio al ballo, che promuovendo un'esperienza emozionale particolare ci avvicina ad una più profonda conoscenza della psiche, consente la diagnosi, il trattamento e la ricerca. È un metodo terapeutico catalizzatore per lo sviluppo personale e l'esplorazione delle risorse psicologiche veicolata dal ballare il tango. Uno dei pilastri di questo metodo è l'elaborazione delle dimensioni sensoriali, percettive, propriocettive e cognitive la cui integrazione aiuta la capacità di comprensione delle persone e supporta una maggiore integrazione individuale e sociale. Si tratta, di conseguenza, di una modalità psicoterapeutica in cui è profondamente impegnata la mediazione corporea. Si stimola lo sviluppo di intense esperienze personali e dell'espressività attraverso il movimento del corpo nella danza, così entra in gioco la dimensione piena di un linguaggio plastico, drammatico e corporale. Nella Musicoterapia e nella Terapia attraverso i movimenti della danza, sotto la guida di un terapeuta addestrato, è stato rilevato un effetto positivo su rilassamento, creatività, piacere e auto-espressione e riportati un'influenza sulla riduzione del dolore e sui sentimenti di isolamento che spesso si accompagnano a malattie gravi.

4. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: QUALI POLITICHE SANITARIE?

Anna Maria Mancuso¹, Vanessa Cattoi²

¹ *Presidente Salute Donna e coordinatrice del gruppo: "La salute, bene da difendere, diritto da promuovere"*

² *Coordinatrice Intergruppo Parlamentare "Insieme contro il Cancro"*

Dall'analisi della letteratura si può vedere come gli interventi psico-oncologici, erogati dallo Psico-Oncologo, siano in grado di dare risposte di cura al disagio emotivo sperimentato dai pazienti e dai loro familiari. Tale disagio è in grado di compromettere in modo significativo benessere psicologico e qualità di vita di circa il 40% dei pazienti con cancro. In Italia esiste una disparità nella erogazione degli interventi psico-oncologici da regione a regione. La figura dello Psico-Oncologo non è stata ancora riconosciuta. L'associazione di pazienti, *Salute Donna* con il Gruppo Interparlamentare: "Salute, Bene da Difendere, Diritto da Promuovere", da diversi anni, lavora affinché venga varata una legge nazionale che riconosca tale figura professionale insieme al diritto dei pazienti di avere una erogazione sistematica di tali interventi specialistici. Da luglio 2022 è in vigore, nel Lazio, una legge sulla Psico-Oncologia. Dal 26 ottobre 2022 è stato presentato un disegno di legge alla Camera dei Deputati, assegnato alla Commissione Affari Sociali. Nei passaggi successivi SIPO verrà sentita in audizione per esprimere pareri e suggerimenti. La legge nazionale e il successivo percorso di istituzione della figura professionale dello Psico-Oncologo con attivazione di un percorso formativo accademico ad hoc rappresenterebbe per la Psico-Oncologia italiana una svolta significativa. Un passaggio determinante sarà quello di stabilire il fabbisogno minimo di Psico-Oncologi da inserire nei team multidisciplinari oncologici/oncoematologici.

<https://www.nursindsanita.it/articolo/5627/cancro,-ecco-la-legge-che-introduce-lo-psiconcologo-nei-percorsi-di-cura>

<https://www.panoramasanita.it/2022/06/30/assistenza-psi-co-oncologica-per-i-pazienti-con-tumore-la-regione-lazio-prima-in-italia-ad-approvare-la-legge/>

5. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: QUALI POLITICHE SANITARIE?

Tamburo De Bella / Mantoan

Direttore Generale - AGENAS

In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 35, comma 2-bis del DL. 25-5-2021 n. 73, come modificato dalla Legge di conversione del 23 luglio 2021, n. 106, AGENAS ha realizzato l'istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative. L'obiettivo è stato quello di supportare il Ministero della Salute e le singole Regioni/PA nell'individuazione dei campi prioritari di intervento, per uno sviluppo omogeneo della Rete di cure palliative e della Rete di cure palliative pediatriche sul tutto il territorio nazionale, al fine di disciplinare e inserire tali interventi nei Programmi triennali, previsti dallo stesso articolo 35, comma 2-bis del DL. 25-5-2021 n. 73.

Successivamente, con l'art.1 comma 83 della legge di bilancio 2023, viene prevista la presentazione da parte delle regioni, entro il 30 gennaio di ciascun anno, di un piano di potenziamento delle cure palliative finalizzato al raggiungimento entro il 2028 del 90 per cento della relativa popolazione regionale. Il monitoraggio del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

È stato inoltre istituito in Agenas un Gruppo di Lavoro dedicato all'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative al fine di fornire un feedback alle Regioni/PA relativamente al contenuto del piano stesso, fornendo in risposta rac-

comandazioni su eventuali modifiche e/o integrazioni.

6. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: RUOLO DELL'ONCOLOGO

Gabriella Farina

Direttore UOC di Oncologia - Presidio Fatebenefratelli

ASST Fatebenefratelli Sacco

Il malato oncologico deve affrontare una serie di temi (evoluzione della malattia, effetti collaterali delle terapie, paura della morte, conseguenze sociali e familiari ecc) che la malattia oncologica porta con sé e che sono fonte di distress emozionale.

Il contributo che l'Oncologo può dare per aiutare la persona malata a recuperare e mantenere il miglior equilibrio psicologico possibile è legato alla:

1. capacità di presa in carico del Paziente ("ci sono quando hai bisogno e ti organizzo quello che ti serve")
2. capacità di ascolto ("non parlo con te solo della malattia ma di tutto quello di cui hai bisogno")
3. capacità di leggere le reazioni del paziente e di identificare il suo reale bisogno ("sto cercando di capire cosa ti serve davvero")
4. chiarezza ed onestà comunicativa ("ti faccio capire cosa ti sta succedendo e cosa dovrai affrontare")

Il Paziente deve anche avvertire che tutto questo lo riceve dall'intera equipe che lo ha in cura e non da una singola persona, per evitare il rischio del "senso di abbandono".

L'oncologo non può e non deve sostituirsi allo psico-oncologo, che ha competenze specifiche nel gestire il distress emozionale del Paziente.

Una comprensione, però, migliore della malattia e delle cure da fare, meno piena di in-



cognitive e di paure, una gestione più agevole del percorso, la sensazione di non essere soli ma di poter contare su una équipe anche per cose apparentemente “banali” ma che “banali” non sono mai, rendono al Paziente oncologico sicuramente meno pesante il fardello di questa malattia.

Bibliografia

The Oncologist's Role in Managing Depression, Anxiety, and Demoralization With Advanced Cancer, Cancer J, 2010 Sep-Oct;16(5):493-9

7. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO

Pierangelo Lora Aprile

Medico di Medicina Generale, Segretario Scientifico SIMG, Società Italiana di Medicina Generale

Ammalarsi di cancro rappresenta l'inizio di un viaggio un viaggio attraverso la malattia e attraverso i servizi sanitari. Il ruolo della medicina di famiglia si rivela essenziale nell'unire in un unico filo le diverse tappe della malattia e dell'assistenza, un filo in cui si uniscono strettamente le risposte più tipicamente sanitarie con quelle relazionali e psico-sociali. La diagnosi di neoplasia è la maggior parte delle volte conseguente all'interpretazione dei sintomi da parte del Medico di medicina generale, e nella sua popolazione (1.500 assistiti) vengono diagnosticati ogni anno in media 4-6 nuovi malati di cancro, ai quali, in circa la metà dei casi, comunica la diagnosi. Per i malati la cui malattia è in progressione, in considerazione della definizione di benessere di Calman, diventa fondamentale sondare i desideri dei malati e pianificare in anticipo le cure (PAC). Il Go Wish Game (GWG), sviluppato per facilitare le conversazioni sulle PAC, può essere uno stru-

mento pratico, utile e innovativo per il benessere psicologico del malato.

Bibliografia

K C Calman, *Quality of life in cancer patients:-an hypothesis. J Med Ethics.* 1984 Sep; 10(3): 124-127.

Perin M., Tanzi, Botrugno C., Craddock C., Menkin E., Peruselli C., De Panfilis L. *Translation and Cultural Adaptation of the Go Wish Game: Thinking About Personal Values to Promote Advance Care Planning.* Published Online:30 Sep 2022

8. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE

Stefania Pace

Presidente OPI Brescia, Coordinatore OPI Lombardia, Componente commissione Albo FNOPI, Responsabile area organizzazione Fondazione Poliambulanza

Una prima diagnosi di cancro, può generare un importante sconvolgimento nella vita di una persona, che può mantenersi e peggiorare durante l'intero iter terapeutico, con disagio emotivo e fisico. Il distress emotivo, unito alla comparsa di manifestazioni cliniche correlate alla neoplasia e alle tossicità derivanti dalla chemioterapia, può condizionare la qualità di vita di un malato oncologico sottoposto a terapia antitumorale con ripercussioni negative sulla dimensione fisica, emotiva e relazionale e conseguente rischio di peggioramento delle performance cliniche.

È sempre più importante un coinvolgimento dei clinici nel ricercare un buon metodo di valutazione della qualità di vita attraverso l'impiego di strumenti dedicati e affidabili.

I *Patient Reported Outcomes* (PROs,) rispondono a tali requisiti, perché permettono di riportare gli “*esiti riferiti dal paziente*” al clinico, in cui il malato descrive soggettivamente la qualità di vita percepita.



Tuttavia, nonostante la letteratura sostenga e incentivi il loro utilizzo (*gold standard*), è documentato come i professionisti sanitari siano ancora poco sensibili e formati all'utilizzo di tali ausili.

Per utilizzare i PROs è necessaria una conoscenza approfondita dello strumento, dei vantaggi che esso può garantire al paziente e al suo percorso di cura, ed interesse e sensibilità da parte dei professionisti della salute

La formazione riconosce al PROs un ruolo attivo nel miglioramento dell'aderenza al piano di cura.

Bibliografia

Kaul et al., 2017; Zebrack et al., 2015
Eivor et al., 2014
Patrick DL, 2003

9. BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE

Assunta Tornesello

*Oncologa Pediatra, Direttore UOC Oncoematologia
Pediatrica, P.O. Vito Fazzi, Lecce*

Le malattie oncologiche in età pediatrica, grazie ai recenti progressi nella ricerca e nei protocolli di cura, garantiscono una sopravvivenza sempre più lunga ed una sempre maggiore percentuale di guarigione. Questi successi non cancellano però la situazione di disagio e di stress che il bambino e la famiglia affrontano, legata alla diagnosi di una malattia ancora troppo spesso legata al concetto di morte. Terapie di lunga durata, frequenti ospedalizzazioni, allontanamento da casa e dai luoghi sociali, radicali cambiamenti della vita quotidiana, riorganizzazione della vita familiare e delle dinamiche in essa comprese, fanno emergere nell'unità bambino-famiglia bisogni molteplici e non sempre in linea tra di loro. L'or-

ganizzazione della equipe medico-infermieristica che non può astrarsi dai bisogni e dalle necessità del nucleo familiare travolto dalla malattia. Il modello della *caring care*, elaborato da Axia nel 2004, esprime molto bene il contesto di cura dove il sistema degli esperti (equipe assistenziale) e il sistema naturale (bambino e famiglia sociale) si intersecano ed interagiscono in un più ampio sistema dove le forze devono essere collaboranti e complementari. La presenza nell'equipe della figura professionale dello psicologo è di importanza fondamentale ma è indispensabile la formazione continua dell'equipe, l'abilità di lavorare in team e di potenziare le capacità di coesione e di scambio continuo. Questo significa attuare l'alleanza terapeutica.

Bibliografia

Axia, V., Scrimin, S., Tremolada, M. (2004): Basi teoriche per la psiconcologia pediatrica. In Axia, V. (a cura di), Elementi di psico-oncologia pediatrica, Roma, Carocci.
AA.VV. (2004): La cura della relazione in oncologia pediatrica. Raffaello Cortina Editore. AA.VV. (2014): I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura, Maggioli Editore

10. IL CORE-CURRICULUM DELLO PSICO-ONCOLOGO

Marco L. Bellani

*Università degli Studi dell'Insubria - Varese
Presidente Società Italiana di Psico-Oncologia*

La Psico-Oncologia è una disciplina scientifica specialistica ormai riconosciuta in tutto il mondo come una necessità clinica e psico-sociale nella cura globale al cancro.

La sua autonomia disciplinare deriva da una caratterizzazione teorica, di ricerca e di metodo per cui le competenze pratiche operative ad essa afferenti non sono proprie di altre discipline psi-



cologiche/psichiatriche limitrofe ma devono essere acquisite soltanto attraverso una formazione specialistica specifica.

Sulla base delle richieste provenienti dall'ambito clinico-assistenziale, c'è l'esigenza pertanto di identificare, elaborare e sviluppare un profilo effettivamente caratterizzante che sia il prodotto della costruzione di un percorso formativo (core curriculum) atto a fornire le competenze (conoscenze, abilità, attitudini) che lo psico-oncologo deve maturare per potere esercitare in modo adeguato la propria professione nei diversi ambiti ospedalieri (Oncologia e Oncoematologia) e territoriali, con pazienti pediatrici e adulti (PDTA), con i loro familiari e con il personale curante.

Il dibattito deve altresì prendere in considerazione le modalità e le sedi per la realizzazione di un percorso formativo che necessariamente comprende anche attività di tutoraggio e di pratica supervisionata e che si conclude con una valutazione e il conseguimento di una certificazione che deve essere riconosciuta in ambito professionale.

11. LO SVILUPPO DELLA PSICO-ONCOLOGIA TERRITORIALE

Giuseppe Deledda

Direttore Unità Operativa di Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (Verona)

Nei documenti programmatici riguardanti le cure oncologiche, sempre più spazio viene dato alla necessità di una integrazione tra ospedale e territorio. Già nel 2019, con la promulgazione del documento di "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale", si dava un impulso circa le modalità attuative e

le misure di politica sanitaria volte a creare una continuità nei percorsi dei pazienti. A tale documento e con la finalità di dare indicazioni che ne favoriscano la sua applicazione è seguito, a luglio 23, un altro documento sul "Ruolo delle Associazioni di volontariato, di malati e attivismo civico nelle reti oncologiche". Nel Piano Oncologico Nazionale 23-27, si fa riferimento al favorire un'assistenza sempre più domiciliare e integrata tra l'ospedale e i servizi territoriali, attraverso la razionalizzazione dei processi di presa in carico e la definizione dei relativi aspetti operativi.

L'ospedale e il territorio devono essere visti in futuro come realtà profondamente integrate, superando la settorializzazione che ha caratterizzato finora il loro rapporto, realizzando il percorso di cura del paziente non a favore dell'organizzazione ma a favore dell'utente. È importante che questo processo di integrazione parta anche dalle strutture ospedaliere che si mettano in dialogo con il territorio per individuare modalità e prassi operative a cui far riferimento.

12. DOVE SIAMO ARRIVATI E VERSO DOVE ANDIAMO

Ketti Mazzocco

Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Associato di Psicologia Generale, Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia - Università degli Studi di Milano & Istituto Europeo di Oncologia, IRCCS, Milano

Il recente congresso mondiale di psicooncologia IPOS 2023 ha messo in luce un aspetto fondamentale della malattia oncologica: il significato che l'individuo dà agli eventi impatta in modo rilevante sullo stato di salute e malattia. Nonostante questa connessione non sia nuova, è tutt'ora poco diffusa e poco utilizzata nella pratica clinica. In particolare le *plenary sessions* tenute da Michael Antoni e Steven W. Cole hanno portato evidenze



scientifiche sull'interazione tra i sistemi psico-neuro-endocrino-immunologico (PNEI), e sulla stretta relazione tra il contesto di vita, gli eventi annessi e la percezione soggettiva che l'individuo ha di essi nello sviluppo di infiammazione cronica di basso grado. Quest'ultima, se non risolta, contribuisce nel lungo periodo allo sviluppo di malattia. Data la complessità intrinseca dell'essere umano e la complessità della malattia oncologica stessa, diventa urgente implementare l'integrazione di diversi saperi disciplinari sia nell'ambito della ricerca sia nella pratica clinica, al fine di aumentare la probabilità di benessere dell'individuo e ridurre future malattie o recidive.

La ricerca scientifica promuove approcci multidisciplinari, con progetti di integrazione di dati multimodali per sviluppare modelli di supporto decisionale e interventi di estrema personalizzazione. Nella pratica clinica, i tradizionali interventi di supporto psicologico dovrebbero evolvere in interventi di cura integrata, recependo le recenti scoperte PNEI.

Bibliografia

- Antoni, M. H., & Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 125(9), 1417-1431.
- Cole, S. W. (2019). The conserved transcriptional response to adversity. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 28, 31-37.

13. PSICO-ONCOLOGIA E SUPPORTO A DISTANZA (TELEHEALTH)

Samuela Sommacal

Dirigente Psicologa UOSD Psicologia Ospedaliera Istituto Oncologico Veneto (IOV) - IRCCS

Background

In ambito oncologico, l'applicazione della telemedicina si è ampiamente diffusa, svolgendo un ruolo chiave nel favorire l'accesso alle cure contro il cancro nel rispetto dei limiti, delle necessità e dei bisogni espressi dal paziente lungo tutto il suo percorso di cura, al fine di mantenere un'adeguata qualità dell'assistenza psicosociale (Caliandro et al., 2023).

Metodo

È stata condotta una revisione selettiva della letteratura internazionale e nazionale, esaminando i database PubMed e Medline.

Conclusioni: Negli ultimi anni l'evidenza scientifica in ambito psico-oncologico ha significativamente dimostrato l'efficacia degli interventi psicologici effettuati attraverso la tecnologia virtuale sul benessere psicologico e la Qualità di Vita (QoL) dei malati oncologici. Pertanto la telemedicina può essere considerata un elemento chiave nella promozione della cultura del ben-essere dei malati oncologici e delle loro famiglie.

Bibliografia

- Caliandro, M., Carbonara, R., Surgo, A., Ciliberti, M. P., Di Guglielmo, F. C., Bonaparte, I., Paulicelli, E., Gregucci, F., Turchiano, A., & Fiorentino, A. (2023). The Role of Telemedicine for Psychological Support for Oncological Patients Who Have Received Radiotherapy. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 30(5), 5158-5167.
- Butt, Z., Kirsten, L., Beatty, L., Kelly, B., Dhillon, H., & Shaw, J. M. (2022). Barriers and enablers to implementing telehealth consultations in psycho-oncology. *Psycho-oncology*, 31(8), 1365-1373.



14. IL SETTING ON LINE: LE DECLINAZIONI OPERATIVE IN CAMPO PSICO-ONCOLOGICO

Ester Livia Di Caprio

Psichiatra-Psicoterapeuta, Docente Psicoterapia Dipartimento Universitario di Psichiatria Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Consigliere Nazionale SIPO

È opinione condivisa l'idea che la rivoluzione tecnologica, dettata dall'avvento del digitale, abbia generato una rivoluzione del mentale ma anche della semiologia posturale e generale degli esseri umani. Lo studio della psicoterapia online si profila come nuova frontiera dell'avventura evolutiva (Di Caprio, 2020) protesa verso il concepimento e la produzione di intelligenze artificiali, istruendo delle strade utili all'approfondimento dell'intricato rapporto tra corpo/mente/protesi tecnologiche. Non c'è dubbio che quella che si è prefigurata nel secolo scorso e nel prosieguo del terzo millennio come insurrezione digitale, abbia evidenziato, dalla pandemia in poi, i suoi innumerevoli vantaggi. Negli ultimi decenni, le pratiche della psicoterapia hanno subito l'inevitabile influsso della cultura tecnologica. L'efficacia dei trattamenti on-line è dimostrata da talune condizioni. Fare ricorso con fiducia alla psicoterapia online, nelle forme più diverse, può riuscire ad evitare l'interruzione prematura di alcuni percorsi di cura non solo per l'impossibilità fisica del paziente ad accedere all'ospedale ma anche per altre situazioni più complesse: personali, familiari, istituzionali, ed in quelle di emergenza sanitaria che impongono vincoli di quarantena. Nella psicoterapia online il setting è complesso in maniera differente da quello tradizionale.

Bibliografia

Di Caprio E.L. (2020), *L'appartenenza virtuale ai legami*, Luigi Guerriero Ed. Napoli

15. LA CULTURA DEL BENESSERE IN PSICO-ONCOLOGIA IN UN'OTTICA PNEI

Luciana Murru

Psicologa Psicoterapeuta, Consigliere SIPO Sezione Lombardia, Comitato Scientifico Associazione PRIAMO APS ETS, Brescia

“All'inizio ho ipotizzato che le emozioni fossero nel cervello, ma ora posso dire che sono anche nel corpo. Sono energia, informazione e molecole che possiamo mappare nel corpo stesso. I neuropeptidi sono i substrati delle emozioni, e sono in costante comunicazione con il sistema immunitario, il meccanismo attraverso il quale si creano salute e malattia”. Candace Pert utilizza proprio queste parole nel libro “Molecole di emozioni” per parlare della relazione mente/corpo. La neuroscienziata statunitense, che ha dimostrato l'esistenza dei recettori per gli oppioidi, è stata una delle rappresentanti della Psico-Neuro-endocrino-immunologia che, a partire dagli anni 30 del 20° secolo, ha unito all'interno di un unico modello conoscenze acquisite dall'immunologia, endocrinologia, neurofisiologia, psicologia e biologia. Uno sguardo sul funzionamento dell'organismo visto come unità strutturata e interconnessa, dove i sistemi psichici e biologici si condizionano reciprocamente.

La riflessione sulla cultura del benessere in Psico-Oncologia non può prescindere da questo modello di ricerca e di interpretazione olistico della salute e della malattia. I benefici terapeutici di nozioni come “tecniche di stabilizzazione emotiva”, “meccanismi di resilienza”, “benessere esistenziale” e “mindfulness” (per citare solo alcuni approcci psicoterapeutici utilizzati in diverse strutture oncologiche) possono essere capiti ancora di più se inseriti all'interno di questa disciplina.



Bigliografia

- C. Pert, *Molecole di emozioni: perché sentiamo ciò che sentiamo*. Ed Tea.
- S. Porges, *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. G. Fioriti ed.
- F. Bottaccioli, M.L. Bottaccioli; *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata*. Edra ed.

16. PSICO-ONCOLOGIA DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

Paolo Gritti

*Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" -
Past President SIPO - Comitato Scientifico ROPI*

La espressione "Psico-Oncologia Relazionale" è inerente allo studio dei riflessi interpersonali delle malattie oncologiche con particolare riguardo alle dinamiche intercorrenti fra il paziente e i caregivers nel corso della malattia e, in conseguenza, dei trattamenti oncologici. Lo studio di tali fenomeni trova origine in contributi originali che datano alla prima metà degli anni '80. Oggi una ampia e accreditata letteratura descrive, nel dettaglio, i processi interpersonali multidimensionali che si originano a partire dalla formulazione della diagnosi. Tali processi sono descritti secondo diversi modelli interpretativi che, tuttavia, convergono nell'evidenziare la reciprocità degli effetti psicologici del distress nel paziente e nei caregivers. Una gamma diversificata di interventi di supporto psicologico congiuntamente rivolti al paziente e ai caregivers è, altresì, oggetto di studi empirici che ne convalidano l'efficacia. La relazione esamina i costrutti teorico-clinici disponibili e discute la efficacia degli interventi di supporto, ad orientamento relazionale, rivolti al network familiare del paziente.

Bibliografia

- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of social issues*, 35(1), 120-15
- Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25(4), 404.
- Gritti, P. (2015). The family meetings in oncology: some practical guidelines. *Frontiers in psychology*, 5, 1552.

17. LA PSICO-ONCOLOGIA NELLA PROSPETTIVA DELLA PSICOLOGIA CLINICA POSITIVA

Chiara Ruini, PhD

*Professoressa Associata di psicologia Clinica, Dipartimento
di Studi sulla Qualità della Vita, Università di Bologna*

Questo contributo illustrerà le possibili integrazioni tra la psicologia positiva e la psico-oncologia. La psicologia positiva è una disciplina scientifica finalizzata a studiare il benessere, le emozioni positive, e la resilienza. Numerose ricerche hanno dimostrato che è possibile sviluppare un senso di crescita con un rinnovato significato e scopo della vita durante il decorso di malattia oncologica. Questi cambiamenti positivi possono includere anche miglioramenti nelle relazioni interpersonali, una maggiore gratitudine, spiritualità e una maggiore consapevolezza dei propri punti di forza personali. Questi fenomeni psicologici sono stati descritti con il termine "crescita post-traumatica" (PTG). Essa spesso è correlata ad un migliore profilo di salute mentale e a migliori strategie di coping. Varie indagini hanno dimostrato che le pazienti sopravvissute a neoplasie alla mammella con livelli più elevati di PTG riferivano anche minore depressione, ansia e disagio psicologico rispetto alle sopravvissute con PTG inferiore. La PTG influenza anche il rapporto con il proprio corpo e l'esito del trattamento oncologico.



PTG, significato della vita e benessere esistenziale, sono temi centrali che la psicologia positiva condivide con la psico-oncologia. Nei contesti di cura queste dimensioni trovano applicazioni nella pratica clinica: la loro valutazione e promozione può essere implementata al fine di supportare pazienti, caregiver e operatori sanitari nel complesso decorso della malattia oncologica.

Bibliografia

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 1, 215-238.
- Ruini, C. (2021). Psicologia positiva e psicologia clinica. Una prospettiva integrata. Il Mulino, Bologna *ASPETTI DELLA PSICOLOGIA*, 1-249.

18. Percorsi Diagnostico-Terapeutici Integrati tra Psico-Oncologia e Psichiatria

Benedetta Gaudio^{1*}, Antonio Del Casale², Maurizio Pompili³, Anna Costantini⁴

¹ *Psicologa volontaria presso Servizio di Psiconcologia Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea - Roma*

² *Ricercatore di Psichiatria, Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma Responsabile del Servizio di Salute Mentale Personalizzata e Farmacogenomica, UOC Psichiatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Sant'Andrea", Roma*

³ *Professore Ordinario di Psichiatria e Direttore UOC Psichiatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Sant'Andrea", Roma*

⁴ *Direttore UOD Psiconcologia Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea - Roma, Professore a.c. di Psiconcologia Sapienza Università di Roma, Vice Presidente Federazione Italiana Società di Psicologia, Consigliere Nazionale Società Italiana di Psico-Oncologia*

La collaborazione tra i professionisti della salute mentale rappresenta un elemento importante nel processo di "presa in carico". L'ambulatorio di Psico-Oncologia dell'A.O.U. Sant'Andrea di Roma collabora da anni con l'ambulatorio di Salute Mentale Personalizzata della U.O.C. di Psichiatria. Tale collaborazione permette di rispondere al malessere psicologico del paziente con una presa in carico "integrata". Ai fini di un corretto invio che renda il paziente motivato e consapevole e che renda il percorso realmente integrato, è stata messa a punto una procedura di invio ed è stata predisposta una figura di collegamento. Nella maggioranza dei casi l'invio predisposto dall'ambulatorio di Psico-Oncologia si è rilevato appropriato e necessario da un punto di vista clinico, pertanto efficace ed efficiente. La cura dell'invio e la collaborazione dei due ambulatori



hanno svolto un ruolo fondamentale nel migliorare il benessere psicologico del paziente affetto da patologia oncologica. I risultati relativi al DT ci esortano, inoltre, a riflettere sull'efficacia di un lavoro multidisciplinare con una visione condivisa sulle concause e la cura del disagio emozionale in oncologia. Infine, il ruolo speciale dello psico-oncologo di collegamento si presenta come elemento innovativo. Accompagnare il paziente alla visita psichiatrica comunica al paziente che esiste nella mente dei curanti e rappresenta simbolicamente quella rete multidisciplinare che si pone come "base sicura".

19. INTERVENTI PER LA FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI NUCLEI FAMILIARI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Gabriella De Benedetta

¹ *Psicologo-Psicoterapeuta Dirigente con incarico De Benedetta professionale alta specializzazione in Psico-Oncologia UOSC Ematologia Oncologica Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale Napoli, Vicepresidente SIPO*

La modalità di comunicazione dopo la diagnosi è correlata allo stile comunicativo precedente, al significato attribuito alla malattia, alle difficoltà pratiche, alle risorse disponibili.

Aiutare le famiglie a narrare la loro storia in un dialogo co-costruito che allevi la solitudine consentendo una reale condivisione.

Varie modalità che si collocano su livelli differenti fruibili in base alle necessità

Favorire l'espressione delle emozioni con le *domande relazionali* che non prevedono una causalità lineare tra eventi ma danno spazio a una circolarità del pensiero, stimolano ad individuare i processi circolari che riproducono senza sosta la situazione problematica e

consentano di vedere le prospettive degli altri familiari

Utilizzare *tecniche espressive* in cui la comunicazione valica il limite del linguaggio verbale e prevedano l'uso congiunto dello spazio di terapia, come la *Scultura del tempo familiare*

Avvalersi di Strumenti che aiutino paziente e familiari a condividere informazioni al domicilio, ad esempio *favole illustrate* e *cartoon* per i bambini, *skill voice* come *Di più sul tumore* per gli adulti

Al di là di tecniche e strumenti la narrazione del dolore ha le sue trame nascoste, il proprio mito che ne disvela il significato più profondo. È, quindi, necessario approcciare alla sofferenza con una postura emotiva e cognitiva tesa all'integrazione per ricomporre ciò che la malattia e il dolore hanno frammentato.

Bibliografia

De Benedetta G, Ruggiero G, "L'ansia nella famiglia del paziente oncologico", in "L'ansia nascosta" a cura di De Falco F, Ruggiero G, De Benedetta G, Percorsi editoriali di Carocci Editore, Roma, 2010.

Reblin M., Ketcher D, Vadaparampil S. "Care for the Cancer Caregiver: a Qualitative Study of Facilitators and Barriers to Caregiver Integration and Support", 2022 Dec;37(6):1634-1640. doi: 10.1007/s13187-021-02001-6. Epub 2021 Mar 30.

Ruggiero G. "Prove d'orchestra. La natura musicale della psicoterapia", Alpes Italia srl, 2023.

20. IL BENESSERE PSICOLOGICO DEI MEMBRI DEL TEAM ONCOLOGICO

Angela Piattelli

Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta. Incarico professionale quinquennale di alta specializzazione in Psico-Oncologia, Dipartimento Oncoematologico, Azienda Ospedaliera Cosenza. Vice Presidente nazionale SIPO

La letteratura scientifica dedicata allo stress correlato al lavoro evidenzia come il settore sanitario sia, di per sé, caratterizzato dalla presenza di fattori di rischio psicosociale connessi soprattutto



al confronto continuo con situazioni di estrema sofferenza. Nei membri di un team oncologico/oncoematologico tale rischio, specie nella fase terminale di malattia del paziente, risulta amplificato ed emerge sovente sottoforma di esaurimento emotivo, con impatto significativo sul benessere psicologico. Diverse metanalisi sottolineano come alcuni fattori individuali esponano maggiormente l'operatore oncologico al rischio di burnout. Il COVID-19 ha intensificato il burnout degli operatori sanitari e l'Inter-Agency Standing Committee, IASC, ha fornito indicazioni accurate sui comportamenti che il personale sanitario deve adottare per prevenire/ridurre lo stress lavorativo. L'International Psycho-Oncology Society, IPOS, raccomanda l'impiego del modello multidisciplinare per il trattamento dei pazienti con cancro. Affinché le cure siano ottimali, i clinici devono essere in relazione tra loro, in un team interdisciplinare per la tutela del loro benessere. In definitiva, sembra che, il metodo di lavoro in team, l'adozione di soluzioni moderne per la gestione dello stress, l'acquisizione di strategie di resilienza, la richiesta di una consulenza professionale e la ricerca di connessione con i colleghi, rappresentino, insieme, la svolta significativa per migliorare il benessere psicologico in tale ambito.

Bibliografia

Hlubocky FJ, Attending to oncology team well-being. *JCO Oncology Practice* 2022; 18(8):541-542.

Hlubocky FJ et al. Impact of the COVID-19 pandemic on oncologist burnout, emotional well-being, and moral distress: Considerations for the cancer organization's response for readiness, mitigation, and resilience. *JCO Oncol Pract* 2021;17:365-374.

https://www.siponazionale.it/pdf_2015/LineeGuida_SIPO_2015.pdf

21. INTERVENTI ORIENTATI AL BENESSERE PSICOLOGICO E ALLA PROMOZIONE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Maria Giulia Nanni¹, Rosangela Caruso²

¹ Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione, Università di Ferrara, Direttore UOS SPDC/Psichiatria Ospedaliera AUSL di Ferrara, Consigliere Nazionale SIPO

² Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione, Università di Ferrara, Direttore Programma di Psiconcologia, UOC Psichiatria Ospedaliera a direzione universitaria, AUSL di Ferrara

Com'è noto, la sofferenza psichica ha la potenzialità di modificare in modo significativo i comportamenti orientati alla salute, sia nella popolazione generale che, soprattutto, nei pazienti con patologia severa, cronica e a minaccia per la vita. Nella malattia oncologica ogni fase, dal momento della diagnosi alla sospensione delle terapie attive, rappresenta un momento cruciale in cui la persona è chiamata a fare appello alle proprie risorse interne e sociali per rispondere in modo adattivo a circostanze di intensità e portata virtualmente traumatizzanti. Quando tali risorse si riducono e non sono sufficienti, si configura il rischio di sviluppare una condizione psicopatologica, la quale può, a sua volta, minare l'aderenza alle cure oncologiche e nei casi più gravi la spinta stessa del paziente a curarsi.

Verranno presentati gli interventi attivi presso il Programma di Psico-Oncologia dell'U.O. di Psichiatria Ospedaliera a Direzione Universitaria di Ferrara, volti a sostenere il benessere psichico e a ridurre il distress emozionale ed esistenziale nei pazienti che afferiscono al Servizio. Tali interventi vengono differenziati in base ai diversi momenti della traiettoria di malattia dei pazienti, che presentano bisogni medici, aspettative, pre-

occupazioni e obiettivi diversi, al fine di offrire una cura realmente centrata sulla persona.

22. NUOVE TECNOLOGIE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E GESTIONE DELLE EMOZIONI NEI PAZIENTI

Dorella Scarponi

*Dirigente Medico Unità operativa Pediatria Pession.
IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna*

Dolore, ansia e depressione colpiscono frequentemente i bambini malati di cancro, con impatto negativo sulla loro qualità di vita. Gli interventi non farmacologici contribuiscono a ridurre le componenti psicologiche dell'esperienza di malattia; tra questi NAO, robot umanoidi creati da Aldebaran Robotics. NAO è stato utilizzato in uno studio prospettico monocentrico presso l'IRCCS S.Orsola di Bologna, coinvolgendo pazienti oncologici, pazienti cronici non oncologici e fratelli sani dei pazienti; di età compresa tra 7 e 14 anni, 23 erano maschi e 32 femmine. L'esperienza ha dimostrato che NAO, per le sue caratteristiche, può essere introdotto con sicurezza nei setting dedicati alla cura, riservando spunti interessanti allo studio del riconoscimento delle emozioni in oncologia pediatrica.

Bibliografia

- Cook, JL et al. Centrality of the childhood cancer experience and its relation to post-traumatic stress and growth. *Psycho-Oncology*. 2021 30(4), 564–570. doi:10.1002/pon.5603.
- Moerman, CJ et al. Social robots to support children's well-being under medical treatment: A systematic state-of-the-art review. *J Child Health Care*. 2019 Dec;23(4):596-612. doi: 10.1177/1367493518803031.
- Akbarizadeh, M et al. Prevalence of depression and anxiety among children with type 1 and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *World J Pediatr*. 2022 Jan;18(1):16-26. doi: 10.1007/s12519-021-00485-2.

23. MODELLI DI INTERVENTI INNOVATIVI IN CURE PALLIATIVE

Andrea Bovero

*SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze,
Università degli Studi di Torino, AOU Città della Salute
e della Scienza di Torino*

Negli ultimi anni si è osservato un cambiamento negli interventi in cure palliative, passando dal trattamento dei soli sintomi fisici ad aspetti psicologici, spirituali ed esistenziali, considerati fondamentali per migliorare la qualità di vita dei pazienti. In particolare, è emersa la necessità di nuovi modelli di psicoterapie evidence-based mirate a soddisfare i bisogni dei pazienti utilizzando tecniche flessibili e innovative.

L'obiettivo di questo studio è descrivere gli interventi psicoterapici più efficaci per i pazienti in fase palliativa.

Analizzando la letteratura, sono stati individuati i principali interventi psicologici del fine vita focalizzati sulla dignità, sulla spiritualità e sulla ricerca del significato della propria vita.

Le psicoterapie rivolte al paziente in fase palliativa hanno evidenziato efficacia nel miglioramento della qualità di vita e nella riduzione del distress psicologico ed esistenziale. Gli aspetti innovativi condivisi dagli interventi psicologici in cure palliative sono: la promozione della self-efficacy, l'attribuzione del significato alla fase terminale della vita, il concetto di generatività, l'esperienza di crescita e cambiamento.

Gli interventi psicoterapici emersi negli ultimi anni hanno permesso una presa in carico globale in cure palliative, favorendo pace, significato e senso di dignità nei pazienti e nelle loro famiglie.

Abstract Sessione Scuola

I. STAR BENE CON IL CORPO E CON LA MENTE

Stefano Gastaldi

Psicologo e psicoterapeuta, è presidente del Comitato scientifico di Attivecomeprima Onlus e membro del Comitato Etico dell'Istituto Europeo di Oncologia e dell'Istituto Cardiologico Monzino di Milano.

Durante l'adolescenza lo star bene è collegato al continuo adattamento ai cambiamenti e alle esperienze evolutive, che ridefiniscono progressivamente l'identità personale, e alla scoperta di nuovi stati della vita e della propria persona. I pensieri e le emozioni che accompagnano questi processi sono molto variabili, ma lo star bene ora non è per forza collegato alla stabilità, quanto a una sorta di sentimento di sé che accompagna ogni cambiamento e che accoglie l'instabilità come un fatto normale, in vista delle trasformazioni necessarie a crescere.

Il corpo apre più evolute dimensioni affettive, sociali, desideranti ed è la sede della nuova identità che accompagna all'indipendenza, all'amore, a nuove forme di relazione. Anche lo sviluppo mentale è rapido e turbolento.

La speranza e lo sguardo sul futuro sono altri ingredienti del benessere, si alimenta anche di nuove competenze cognitive, affettive, fisiche e relazionali che si hanno via via a disposizione. Anche le emozioni negative connesse ai sentimenti di incertezza si possono utilizzare per stare meglio se le si accoglie senza farsi travolgere, le si comprende e le si condivide. Star bene, dunque, non è un ideale, ma un processo che guarda a un senso positivo di sé nell'instabilità "necessaria" che accoglie "imperfezioni" e qualità, momenti critici e momenti felici come processi di costruzione di un nuovo valore di sé.

2. STAR BENE CON LA MENTE

Marta Malacrida

Psicologa, Psicoterapeuta, svolge attività clinica con adolescenti e genitori.

In adolescenza la mente si trasforma: psicologia e neuroscienze hanno provato a descrivere da diverse angolazioni il complesso e raffinato insieme di mutazioni che investe il cervello e la mente durante la crescita. I pensieri si moltiplicano, si aggrovigliano, si fanno polifonici portando alla luce nuove modalità di funzionare, nuovi colori, nuove sonorità. Per "stare bene" è necessario governare un cambiamento profondo. Due sembrano le domande fondamentali cui tentare risposta:

Cosa accade alla mente adolescente? In che modo si trasforma, si aggiorna e si modifica?

Cosa significa davvero "stare bene con la mente"? Essere "spensierati", cioè senza pensieri? Avere solo pensieri belli? Come sono i pensieri che fanno bene e che fanno male? Quale relazione hanno con emozioni, affetti, corpo?

L'intervento proporrà un percorso ideale tra questi interrogativi, cercando un itinerario che, attraversando i concetti di "capacità riflessiva" e "mentalizzazione" proverà a definire le coordinate che possono permettere la costruzione della "scala della mente" (Siegel, 2016), mettere le basi per stare bene con la propria mente, sentirsi esistere e non solo funzionare per "creare e ricreare il mondo" (Winnicott, 1971).

Bibliografia

- Siegel, D.J. La mente adolescente. Raffaello Cortina, 2016, Milano.
 Buday, E. Imparare a pensare. Funzione riflessiva e relazioni in adolescenza. Franco Angeli, 2010, Milano. Winnicott, D. (1971). Gioco e realtà. Armando Editore, 1974, Roma.

3. STARE BENE CON GLI AMICI

Enea Bonetti

Psicologo, svolge attività clinica con preadolescenti, adolescenti, giovani adulti e genitori presso la sede di Padova.

In età giovanile il benessere è associato alla crescita sana e pertanto “stare bene con gli amici” coincide con “diventare grandi insieme agli altri”. Dunque, quali sono le esperienze di vita condivisa che possiamo considerare utili alla crescita? Ecco la storia di un gruppo di ragazzi, amici fra loro e accomunati da un senso di appartenenza, che si cimentano, in età adolescenziale, nella costruzione di una palafitta. La palafitta è l’occasione per il “gruppo di lavoro amicale di progettare un’opera e realizzarla con successo e riconoscimento sociale” (cfr. Pietropolli Charmet, 2020). Il progetto nasce da una mancanza: ai giovani serve qualcosa da fare (un’avventura scelta) e serve qualcosa per stare meglio (una casa dove vivere e dormire insieme). All’interno del gruppo, l’idea è da alcuni proposta e da altri accolta, ma da tutti realizzata. I più esperti si pongono, con senso di responsabilità verso il progetto e verso i compagni, al servizio di chi sta apprendendo l’arte, proprio come loro impararono da altri in passato. Non sono necessari adulti in questa avventura, ma il loro sguardo da lontano a garanzia e conferma del valore dell’impresa alimenta la determinazione degli attori. Il prodotto dell’impresa è effimero: le palafitte hanno breve durata, ma il successo ottenuto non per talento individuale ma per sforzo collettivo si radica nell’individuo per rifiorire in occasione delle future imprese da affrontare, inducendo il singolo con fiducia alla ricerca di nuovi compagni d’avventura.

Bibliografia

Charmet, G. P. (2020). Il motore del mondo. Solferino.

4. STAR BENE CON IL CORPO

Elena Buday

Psicologa e psicoterapeuta dell’età evolutiva, docente e membro del comitato scientifico presso la Scuola di Formazione in Psicoterapia Psicoanalitica dell’Adolescente e del Giovane Adulto.

L’evento pubertà si presenta al di là di ogni scelta intenzionale del soggetto e fa del corpo adolescente un luogo di incontro con l’incontrollabile, il non scelto, il perturbante. In questo senso la maturazione puberale rappresenta un momento complesso e potenzialmente critico, ma anche una grande occasione di crescita: con l’acquisizione dei caratteri sessuali maturi si conclude la fase infantile vissuta all’insegna delle fantasie onnipotenti e diviene necessario radicarsi all’interno della corporeità biologica, connettersi ai suoi segnali emotivi e pulsionali, farne la sede vitale del sé nonostante essa non risulti pienamente controllabile e definibile dalla volontà. In questa cornice, la mortalità e l’eventuale esperienza della malattia costituiscono sfide evolutive ulteriori e delicatissime, che sgretolano i residui dell’onnipotenza infantile, costringendo ad un contatto con il limite e con il “non scelto” che rischia di precipitare in un vissuto di impotenza e perdita di senso. L’atteggiamento, oggi assai diffuso, che fa coincidere il successo e la felicità con la misura in cui riusciamo a superare i limiti, costruendo una vita in linea con il nostro bisogno, ideale e desiderio mostra in questo caso tutta la sua fallacia e limitatezza. Lo “stare bene con il corpo” richiede anche l’accettazione del compromesso, del limite, dell’imprevisto, della finitezza: non minacce ma parte integrante della nostra vita, che non ne intaccano ma ne ampliano, approfondiscono e ridefiniscono il senso ed il valore.



Bibliografia

Buday E. (2023) "Innanzitutto adolescenti" in Bignamini S., Buday E. (2023), "Adolescenti fluidi", Franco Angeli, Milano.
 Pietropoli Charmet G. (2000) "Mentalizzazione del corpo" in Pietropoli Charmet (2000) "I nuovi adolescenti", Cortina, Milano.

5. IMPARO A GESTIRE BENE L'AGGRESSIVITÀ

Dario Cuccolo

Psicologo psicopedagogo, counselor e formatore.

L'aggressività è un elemento naturale del funzionamento umano, ha un valore adattivo e sopravvivenziale; in particolare, con l'avvento della pubertà essa intensifica le sue manifestazioni, ma molto più importante è che essa viene assunta nel processo di costruzione identitaria, compito di sviluppo fondamentale in pre-adolescenza. L'aggressività e la rabbia, come sua espressione emotiva, devono essere risimbolizzate come aspetti del nuovo Sé nascente, ossia devono essere poste al servizio del sistema valoriale-affettivo che connota il Sé, il rapporto con il suo stesso modo di funzionare cognitivamente, emotivamente, fisicamente e relazionalmente. Il passaggio fondamentale a questo scopo è l'integrazione dell'aggressività nel sistema-Sé, pena il restare relegata nell'area dell'impulsività se non, peggio, del discontrollo degli impulsi oppure scissa dal Sé in modo disfunzionale come nel caso dell'auto-aggressività o dei vissuti persecutori con diverse manifestazioni. Questo processo di integrazione è veicolato dalla funzione riflessiva il cui compito è proprio quello di armonizzare le componenti in gioco nell'esperienza del Sé, ma è importante ricordare che tale processo è sensibile alle vicende del contesto sociale e culturale in cui avviene, che possono sostenerlo o sfavorirlo in modalità più o meno contraddittorie. L'adulto quindi può aiutare l'adolescente a gestire l'aggressività anche

attraverso la lettura del contesto in cui vive in un confronto autentico con esso.

6. STARE BENE IN FAMIGLIA

Matilde Scotti

Psicologa. Svolge attività clinica con preadolescenti, adolescenti, giovani adulti e genitori in situazioni di crisi evolutiva.

Spesso ci si domanda: Come si può stare bene in famiglia? Quella spinta adolescenziale che i ragazzi sentono è fisiologica? E la madre e il padre come possono stare accanto ai figli adolescenti nella crescita?

Durante l'adolescenza i ragazzi e le ragazze sentono un desiderio fisiologico di separarsi sia da quell'immagine che i genitori hanno di loro che dal proprio Sé infantile, alla ricerca invece di una propria identità e una nuova rappresentazione. È tutta la famiglia però che partecipa a questa metamorfosi identitaria, corporea e relazionale che nasce nei ragazzi, ma presto influenza anche la relazione con i genitori che improvvisamente possono non ritrovarsi d'accordo sulle libertà da concedere e sulle regole da mettere.

Fino agli anni '70 era il paradigma della famiglia normativa che accompagnava la crescita: i ruoli erano ben distinti, si aveva una distanza relazionale tra i genitori e i figli, le regole e le punizioni non erano discusse. Oggi invece è il modello affettivo quello che caratterizza le famiglie, dove al centro si ha la relazione e il legame tra i diversi membri. Questo cambiamento è stato dovuto al cambio di paradigma culturale avuto che ha portato a ridefinire la relazione genitori-figli: i figli oggi non ricercano più genitori ideali, eroi, lontani, ma hanno invece fame di genitori in relazione, che condividano

con loro i processi decisionali che li hanno portati a compiere scelte difficili e che si facciano anche testimoni di passioni, mostrando come si possa stare in questa nuova complessità con desiderio e, allo stesso tempo, responsabilità.

Bibliografia

Pietropolli Charmet G., Bignamini S., Comazzi, D. (2010), *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente*, Milano: Franco Angeli.
Lancini, M. (2023). *Sii come io ti voglio. Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Provantini, K.; Lanzi, A. (2022). *Giovani e Futuro*. Dialoghi@Mi-notauro

7. PENSARE IL CORPO, INCORPORARE LA MENTE: LO YOGA IN ADOLESCENZA

Sara Biancucci

Psicologa, psicoterapeuta biosistemica.

Yoga significa “unione”: connessione di mente, corpo e spirito, e tra parti del cervello (Siegel, 2014) che se in armonia possono renderci padroni di noi stessi e delle nostre emozioni.

In tal senso è uno strumento utile per i ragazzi che vivono l'adolescenza.

Essendo una fase della vita in cui il corpo cambia, alle volte in modo veloce, poco armonico, può essere faticoso accettarlo. Inoltre i ragazzi utilizzano molti device e questo può rendere difficile stare nel corpo, con le emozioni e ridurre la capacità di concentrazione.

Importante poi l'aspetto sociale, il saper stare in gruppo e sviluppare valori quali il rispetto e la gentilezza.

La pratica dello yoga può così essere uno strumento valido per:

- favorire la gestione emotiva
- incrementare l'attenzione e quindi i processi di apprendimento

- apportare una maggiore consapevolezza di sé, del corpo, delle emozioni, dei pensieri, quindi sostenere l'integrazione tra mente e corpo.

Il laboratorio sarà così svolto: circle time in apertura, centratura attraverso l'ascolto del respiro. Sequenza di asana con focus sulla colonna vertebrale così importante nella postura, e sull'equilibrio. Creazione di human mandala, che oltre a stimolare l'emisfero destro (creatività) favorisce il lavoro di gruppo. Rilassamento finale guidato (shavasana) per la distensione di mente e corpo.

Bibliografia

Siegel J.D., *Mappe per la mente*, 2014, Raffaello cortina editore
McCall T., *Lo yoga che cura*, 2015, Sperling & Kupfer

8. LABORATORIO PRATICO ESPERIENZIALE DI MANDALA

Elsa Cavagna

Psicologa, Psicoterapeuta, specializzata in psicoterapia sistemico relazionale.

La parola Mandala deriva dalla lingua sanscrita e significa “cerchio, centro”, il termine è composto da Manda che significa “essenza” e La “cogliere”, Mandala è “cogliere l'essenza”.

Il Mandala è un disegno simbolico universale che compare in tempi diversi in ogni cultura fin da epoche antichissime; colorare mandala favorisce la possibilità di mettersi in contatto con il proprio Sé, con il proprio centro, producendo un effetto terapeutico di autoguarigione.

Chiunque viva una malattia oncologica si pone l'obiettivo di ricercare un nuovo equilibrio fisico, psicologico, spirituale, familiare e sociale e l'uso di terapie complementari come lo yoga, le tecniche di rilassamento, la mandala terapia che non mirano a curare direttamente la malattia, posso-



no alleviare notevolmente il disconfort legato sia alla malattia che ai trattamenti.

La creazione o la colorazione del Mandala, grazie alla sua complessità e bellezza, aiuta le persone concentrate sulla loro sofferenza a portare l'attenzione verso un'attività che infonde calma e serenità interiore.

La colorazione meditata dei Mandala può essere un valido strumento di prevenzione dello stress per ognuno poiché aiuta a lasciar andare i pensieri che bloccano la mente, permette di ridurre l'ansia e rafforzare la concentrazione consentendo di esprimere sentimenti ed emozioni su un piano di osservazione acritica e di benevola accettazione del proprio Sé.

Bibliografia

Respini, D., *Il mandala contro il cancro*. Ed. Mediterranee 2010

9. DANZATERAPIA

Daniela Speziani¹, Giovanni Iacono²

¹ *Psicologa, psicoterapeuta biosistemica*

² *Osteopata, Danzaterapeuta*

Una famosa storia cinese “narra di un millepiedi, ridotto all'immobilità e morto di fame, perché gli era stato ordinato di muoversi sempre prima con la settantottesima zampa e poi con le altre, seguendo un ordine prestabilito. Questa storiella è spesso citata per mettere in guardia dal presuntuoso tentativo di dare una spiegazione razionale del movimento. Ma, naturalmente, quel povero insetto fu vittima di regole puramente meccaniche, e questo ha poco a che fare con il libero fluire dell'arte del movimento” (R. Laban).

La Danzamovimentoterapia Espressivo Relazionale (DMTer) utilizza, con una finalità espressiva, l'impegno corporeo attraverso il ritmo, il movimento e la danza nella relazione con gli

altri e con l'ambiente. Gli obiettivi generali della Danzaterapia sono: equilibrare le disarmonie corporee, generare inclusione e partecipazione, sviluppare l'organizzazione ritmica dell'esperienza, migliorare l'orientamento spazio-temporale, risvegliare e consolidare l'esperienza del piacere funzionale, aumentare e migliorare la coordinazione senso-motoria, la capacità di apprendere ed elaborare competenze ed informazioni nuove e scoprire gli strumenti per trasformare, queste conoscenze, in azioni concrete. La danza e la musica diventano utili riorganizzatori psico-fisici e relazionali, essenziali per ristabilire una connessione ritmica tra i ragazzi e permettere la partecipazione di tutti (rispecchiamento e senso di appartenenza).

Bibliografia

V. Bellia, *Crescere è una danza. La danzaterapia nei processi evolutivi*, Alpes 2016.

10. IL RILASSAMENTO COME TECNICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE SCUOLE

Laura Novena¹, Chiara Asturaro¹

¹ *Psicologa, psicoterapeuta*

Il workshop fornirà alcune conoscenze di base relative alle tecniche del Rilassamento attraverso una modalità di conduzione esperienziale. Le tecniche di rilassamento sono efficaci poiché promuovono, attraverso l'ascolto del proprio respiro e delle tensioni corporee, uno stato di calma e di distensione muscolare. Il rilassamento permette, attraverso una respirazione diaframmatica consapevole, un abbassamento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, la diminuzione della tensione muscolare e l'alterazione delle onde cerebrali. In numerose scuole a



livello mondiale è stato istituito in classe il “Momento di Quieté”. Introducendo queste tecniche nell’intera comunità scolastica sono stati visti dei miglioramenti a livello di regolazione emotiva e di autostima; alcuni studi hanno mostrato un aumento dell’intelligenza fluida e della capacità di prendere rapidamente decisioni in chi la praticava. Studi recenti hanno rivelato come le pratiche di meditazione abbiano portato ad un miglioramento delle funzioni esecutive di bambini e ragazzi, ad un maggiore autocontrollo e sicurezza di sé e ad un migliore livello di attenzione in classe. In ragazzi di scuola secondaria è stata riscontrata non solo una diminuzione di ansia e

stress ma anche dei comportamenti scorretti e dell’aggressività.

Bibliografia

<https://friends-project.eu/it/il-programma-momento-di-quiete-mt/>

Ager, K, Albrecht, N and Cohen, M 2015, ‘Mindfulness in schools research project: Exploring students’ perspectives of mindfulness - What are students’ perspectives of learning mindfulness practices at school?’, *Psychology*, vol. 6, no. 7, pp. 896-914.

Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study Willem Kuyken, Katherine Weare, Obioha C. Ukoumunne, Rachael Vicary, Nicola Motton, Richard Burnett, Chris Cullen, Sarah Hennessey and Felicia Huppert. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 126–131. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126649

Abstract Sessione Poster

I. STILE DI COPING E MORBILTÀ PSICOPATOLOGICA IN PAZIENTI CON MELANOMA AVANZATO: DIFFERENZE TRA TERAPIA ONCOLOGICA, LOCALIZZAZIONE METASTATICA E STADIAZIONE

Bernardo Carli¹, Raffaella Grifoni³, Elisabetta Surrenti¹, Lucia Caligiani¹, Nicola Pimpinelli², Lorenzo Borgognoni⁴

¹ SOSD Psico-oncologia, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

² Dipartimento di Dermatologia, Unità di Melanoma e Tumori Cutanei, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

³ Unità di melanoma e tumori cutanei, Dipartimento di Oncologia Medica, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

⁴ Dipartimento di Chirurgia Plastica, Unità di Melanoma e Tumori Cutanei, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

Riassunto

L'incidenza del melanoma è in costante aumento e rimane uno dei tumori più frequenti nella popolazione adulta. La letteratura mostra come un'alta percentuale di pazienti affetti da melanoma presenti elevati punteggi di ansia e depressione ed è stata dimostrata una correlazione tra peggioramento della qualità di vita e compromissione dell'immagine corporea.

Questo studio indaga la relazione tra metastasi cutanee e viscerali in un gruppo di 82 pazienti con melanoma avanzato in relazione all'immagine corporea, ansia, depressione e stile di coping.

Metodo

Sono stati somministrati i questionari Hospital Anxiety and Depression Scale, Body Image Scale e Mini-Mac a un campione di 82 soggetti con melanoma avanzato (stadio III e IV)

Risultati

I risultati emersi indicano una maggiore compromissione dell'immagine corporea nei pazienti con metastasi cutanee, senza differenze significative nell'ansia e nella depressione in base allo stadio di malattia. I pazienti sottoposti a terapia Target hanno mostrato una riduzione dell'ansia e depressione.

Conclusioni

La presenza di metastasi cutanee ha influito negativamente sull'immagine corporea; nel campione è emerso una prevalenza di ansia e depressione rispettivamente del 28% e del 19,5%, mentre il 17% ha riportato una significativa compromissione dell'immagine corporea, suggerendo come il melanoma abbia un impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti.

2. IMPATTO PSICOLOGICO DELLO STATO MUTAZIONALE BRAF IN PAZIENTI CON MELANOMA AVANZATO

Bernardo Carli¹, Eleonora Campolmi¹, Isabella Ciardetti², Raffaella Grifoni³, Serena Sestini⁴, Maria S. Pino⁴, Elisabetta Surrenti¹, Lucia Caligiani¹, Lorenzo Borgognoni⁴, Nicola Pimpinelli²

¹ SOSD Psico-oncologia, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

² Dipartimento di Dermatologia, Unità di Melanoma e Tumori Cutanei, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

³ Unità di melanoma e tumori cutanei, Dipartimento di Oncologia Medica, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

⁴ Dipartimento di Chirurgia Plastica, Unità di Melanoma e Tumori Cutanei, USL Toscana Centro, Firenze, Italia

Riassunto

Lo scopo dello studio è stato quello di evidenziare gli aspetti psicologici coinvolti nei pazienti con melanoma avanzato e di descrivere le differenze tra soggetti positivi e negativi alla mutazione ge-

netica Brafv600e, una variabile che comporta un diverso approccio medico alla terapia oncologica, con la possibilità di usufruire di terapie Targeted. L'ipotesi è che, in seguito alla conoscenza della mutazione genetica e delle maggiori possibilità terapeutiche ad essa inerenti, i pazienti positivi alla mutazione (Braf+) presentino meno reazioni psicologiche negative rispetto ai pazienti negativi (Braf-) al momento della diagnosi.

Metodo

I test utilizzati (SF-12, MHQ) sono stati somministrati al momento della diagnosi e dopo tre mesi.

Risultati

I risultati principali suggeriscono una maggiore compromissione della qualità di vita a T1 (a 3 mesi dalla diagnosi) rispetto a T0 (al momento della diagnosi), indipendentemente dalla mutazione; i pazienti BRAF mutati mostrano punteggi più favorevoli alla diagnosi e un'inversione di tendenza a tre mesi dalla diagnosi.

Conclusioni

I risultati ottenuti, in linea con la letteratura in esame, mostrano un significativo disagio psicologico generale nel presente campione oncologico, suggerendo l'importanza di una cura psicologica, oltre che medica, del paziente e della famiglia.

Bibliografia

Carli B., Campolmi E., Ciardetti I., Grifoni R., Sestini S., Pino M.S., *et al.* Psychological impact of Braf mutational status in advanced melanoma patients. *Ital J Dermatol Venereol* 2022;157:182-6. DoI: 10.23736/S2784-8671.21.07023-7)

3. LA PAURA DELLA RECIDIVA: UNO STUDIO ESPLORATIVO DELL'IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA E SUL DISAGIO EMOTIVO DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Mirandola Mara¹, Andreis Federica¹, Deori Chiara², Bottelli Valentina², Bonera Melania², Meriggi Fausto³, Zaniboni Alberto³

¹ Psico-Oncologa, U.O. Oncologia Medica, Fondazione Poliambulanza, Via Bissolati 57, 25124, Brescia, Italy

² Psicologa, U.O. Oncologia Medica, Fondazione Poliambulanza, Via Bissolati 57, 25124, Brescia, Italy

³ Oncologo, U.O. Oncologia Medica, Fondazione Poliambulanza, Via Bissolati 57, 25124, Brescia, Italy

Background

La diagnosi di cancro è un evento traumatico che compromette la percezione d'integrità psicofisica della persona. I progressi nella diagnosi precoce e nei trattamenti hanno portato ad un miglioramento dei tassi di sopravvivenza. A fronte di questa complessità, la paura della recidiva del cancro (FCR) è un problema psicologico significativo che colpisce i pazienti. La FCR è definita come "la preoccupazione che il cancro possa tornare o progredire nella stessa o in un'altra parte del corpo". Diversi studi hanno dimostrato che questa preoccupazione è una delle cause principali di disagio emotivo e può influire sulla qualità di vita. Inoltre, la sua gestione è uno dei bisogni segnalati dai pazienti.

Metodo

Questo studio si concentra sulla prevalenza della FCR, valutandone l'impatto sul distress emotivo e sulla qualità di vita nei pazienti oncologici in trattamento attivo. I partecipanti sono stati reclutati nell'U.O. di Oncologia Medica di Fondazione Poliambulanza. I dati sono stati raccolti



attraverso un questionario self-report, composto da 3 scale: FCRI, per valutare le dimensioni della FCR; HADS, per misurare il distress emotivo e la qualità della vita è valutata dall'EORTC-QLQ-C-30.

Scopo

Lo scopo del nostro studio è quello di identificare le caratteristiche della FCR, coinvolte nella comparsa e persistenza di questa preoccupazione, al fine di sviluppare interventi per ridurre l'impatto sul disagio emotivo e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Bibliografia

Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). (2022). I numeri del cancro in Italia 2022. Roma: Intermedia Editore
 Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J.,... & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24, 3265-3268
 Galica, J., Maheu, C., Brennenstuhl, S., Townsley, C., & Metcalfe, K. (2021). Examining predictors of fear of cancer recurrence using Leventhal's Commonsense Model: Distinct implications for oncology nurses. *Cancer Nursing*, 44(1), 3-12.

4. L'ANIMA NELLE TECNICHE INTEGRATE PER IL BENESSERE IN ONCOLOGIA

R. Vatteroni¹, D. Ciolli¹, V. Nevoni¹

¹ Ass.ne Sempredonna, Piombino-Cecina

Arteterapia ed Estetica Oncologica

L'Ass.ne "Sempredonna" Piombino-Cecina dal 2012 propone attività integrate gratuite per il benessere olistico delle persone con problemi oncologici familiari e personale sanitario anche con vari partner e sponsor. Nel laboratorio sul mare della ceramista Debora Ciolli, con la psicologa dr.ssa Rita Vatteroni si realizza la Ceramica

Creativa "Creare con l'anima". Le persone dialogano, condividono emozioni, attivano creatività, danno senso e "narrano": "Bisogna provarle queste emozioni io l'ho provata con la docile ceramica tra le mani nelle orecchie le battute scherzose di persone che sanno mettersi in gioco. Condividere il dolore ma anche colori della bellezza. Attendere l'incontro successivo con entusiasmo, voglia di fare raccontare ascoltare e condividere con serenità ed allegria. Corso rilassante liberatorio costruttivo a livello di positività. "Con l'estetista oncologica sig.ra Valeria Nevoni e la psicologa c/o il CORD del PO di Piombino è stato realizzato il Progetto "Bella con l'anima" per donne in chemioterapia ("da stanza di cura a stanza di bellezza") con kit di prodotti dedicati per pelli sensibili, per dare indicazioni promuovere benessere rilassamento e QdV alleggerire gli effetti estetici delle terapie prendersi cura di sé stesse "dopo questo pomeriggio rilassante divertente istruttivo cercherò di occuparmi al meglio di me stessa".

5. IL PROGETTO SCUOLA "DONARSI PER DONARE": UN MODELLO OPERATIVO SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE ATTRAVERSO IL POTENZIAMENTO DELLE LIFE SKILLS

Tulimieri E.¹, Tortora G.¹, Capasso R.¹

¹ Associazione Italiana Leucemie e Linfomi (AIL), Sezione "Marco Tulimieri" Salerno, Italia

Introduzione

Il progetto "Donarsi per Donare" rientra tra i programmi di educazione alla salute e promozione del benessere e si basa sul costruito delle "Life Skills". Obiettivo è promuovere la salute/benessere dei ragazzi attraverso il potenziamento delle

conoscenze, il cambiamento degli stili di vita e l'acquisizione di competenze relazionali.

Metodi

Destinatari: alunni degli istituti superiori di Salerno a cui sono rivolte giornate formative. Il progetto si struttura su 4 livelli:

1. *Prevenzione*: spiegazione delle "Life Skills" ed esercitazioni su: Empatia, Ascolto, Comunicazione, Relazioni, Emozioni.
2. *Conoscenza*
Temi trattati: Volontariato, Patologie oncoematologiche, Donazione sangue/midollo.
3. *Esperenziale*
Laboratorio di comunicazione sociale per la produzione di uno spot sulla donazione e sulla divulgazione.
4. Volontariato: accoglienza donatori, sensibilizzazione e raccolta fondi. Strumenti: osservazione, gruppi, circle time, role playing.

Risultati

Dal lavoro con i ragazzi è emerso: il potenziamento delle abilità personali/sociali, l'acquisizione di comportamenti volti alla prevenzione, la conoscenza del volontariato e delle criticità oncoematologiche, la costante partecipazione alle attività di volontariato.

Conclusioni

Sulla base dell'impatto scolastico tale progetto si propone come modello operativo offrendo agli adolescenti un'occasione di crescita in autostima e consapevolezza delle proprie azioni e mostrando il volontariato come "spazio" dove sperimentare le competenze.

6. STRATEGIE DI COPING E LOCUS OF CONTROL IN GENITORI DI BAMBINI CON CANCRO: IMPATTO DI UN INTERVENTO DI SUPPORTO PSICOSOCIALE

Sara De Giuseppe¹, Miriana Uccello¹, Cristina Venturino¹, Sonia Di Profio¹

¹ UOSD Centro di Psicologia - IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

La diagnosi di cancro in età pediatrica ha un forte impatto sulla vita del paziente, ma anche sull'intera famiglia. Tra i fattori protettivi in grado di favorire l'adattamento e la mobilitazione delle risorse familiari si annoverano gli stili di coping e il locus of control.

Scopo

valutare l'impatto di un programma d'intervento psicosociale sulle strategie di coping e il locus of control dei genitori.

Metodi

Quaranta famiglie di pazienti neuro-oncologici ed ematologici (M=24, F=16) hanno partecipato a una serie di interventi psicosociali integrati e multidisciplinari. I genitori partecipanti (M=5, F=34; età media all'arruolamento: 40,9 anni) hanno compilato alcuni questionari *self-report*, tra cui il *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)* e il *Parent Health Locus of Control (PHLCS)*.

Risultati

L'analisi dei cambiamenti nel tempo mostra un aumento delle strategie di coping utilizzate dal genitore in tutte le scale. In particolare, si riscontra un incremento statisticamente significativo delle strategie di *Manovra* ($P=0.015$), *Evitamento* ($P=0.000$) e *Diversivo sociale* ($P=0.001$). Non si



evidenziano cambiamenti significativi per quanto concerne il locus of control.

Conclusione

Questi dati preliminari mostrano come programmi di intervento psicosociale integrati e multidisciplinari abbiano il potenziale di influenzare le strategie di coping dei genitori.

7. AGGIUNGIAMO VITA AI GIORNI

Sabrina Robotti¹, Luca Manfredini², Cristina Venturino¹, Sonia Di Profio¹

¹ U.O.S.D. Centro di Psicologia – IRCCS Istituto Giannina Gaslini – Genova

² U.O.S.D. Hospice Pediatrico “Il Guscio dei Bimbi” – IRCCS Istituto Giannina Gaslini – Genova

Introduzione

Promuovere la conoscenza delle Cure Palliative Pediatriche è fondamentale per migliorare la Qualità di Vita dei pazienti e delle loro famiglie (Ghoshal, 2018). Per fare ciò, ci si rivolge alle Istituzioni scolastiche, attraverso la costruzione di un programma di sensibilizzazione rivolto a ragazzi delle Scuole Secondarie di II Grado, futuri cittadini e pertanto risorse importanti per poter generare un cambiamento sia culturale sia nell’approccio alla cura del minore affetto da patologia inguaribile.

Metodo

Il Progetto “Aggiungiamo vita ai giorni” adotta il metodo della Peer Education, fondata sulla trasmissione e la condivisione di informazioni, valori ed esperienze approfondite dagli stessi ragazzi, protagonisti in tutte le fasi di realizzazione del percorso educativo.

Risultati

Due Istituti Superiori di Genova sono stati i destinatari del progetto: 7 classi quarte, per un totale di circa 140 ragazzi. Sono stati individuati due gruppi di peer educator e 27 ragazzi candidatisi volontariamente.

I temi affrontati: Le Cure Palliative Pediatriche; Fragilità, Inclusione e Qualità di Vita; La paura sociale della malattia.

Conclusioni

“Aggiungiamo vita ai giorni” ha consentito agli studenti di partecipare a un laboratorio sociale e di realizzare elaborati con l’obiettivo di costruire riflessioni psicologiche, assistenziali ed etiche profonde sui temi della fragilità, sofferenza e perdita, inclusione e Qualità di Vita.

8. ANALISI PRELIMINARE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E BENESSERE NELLE PAZIENTI CANDIDATE A MASTECTOMIA PER NEOPLASIA CON E SENZA RICOSTRUZIONE PROTETICA

Monfredo Michela¹, Draghi Lara¹, Cattadori Francesca², Raselli Roberta², Gardani Marco², Cocconi Alessandra², Anselmi Elisa¹, Berti Lucia², Palli Dante²

¹ U.O. Oncologia Medica

² U.O. Chirurgia Senologica Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Background

Recentemente il concetto di qualità di vita ha assunto un ruolo centrale nel percorso di cura. Tale aspetto è connesso all’immagine corporea e all’integrità fisica. Per questo motivo la ricostruzione mammaria, dopo diagnosi di carcinoma, è diventata parte integrante dell’iter terapeutico. Tuttavia, esiste una discrepanza tra esito chirurgico

co oggettivo e risultato percepito dalle pazienti. Il presente studio indaga le aspettative ricostruttive nella fase pre-operatoria delle pazienti candidate ad intervento di mastectomia con l'obiettivo di creare una relazione terapeutica basata sull'empatia e su una comunicazione chiara e efficace.

Metodologia

44 pazienti con diagnosi di carcinoma mammario, di età compresa tra 40 e 72 anni. Alle partecipanti è richiesta la compilazione del questionario BREAST-Q e di un questionario formulato *ad hoc* per indagare le aspettative pre e post-intervento chirurgico.

Risultati

Dai risultati si evince che le pazienti in fase pre-chirurgica:

- sono soddisfatte dell'aspetto del loro seno (52%), della loro vita sessuale (39%) e risultano essere socialmente integrate (42%);
- non presentano dolore fisico (61%);
- le aspettative pre-operatorie risultano realistiche.

Tali risultati verranno riconsiderati alla luce di un più ampio campione di soggetti e della valutazione post- chirurgica.

9. ESPERIENZA GRUPPALE DI PHOTOLANGAGE CON FAMILIARI DI PAZIENTI ONCOEMATOLOGICI: UNO STUDIO PRELIMINARE QUANTITATIVO E QUALITATIVO

Covini, A.¹, Scaburri, E.¹, Venturini, V.¹, Ciceri, F.²⁻³

¹ Servizio di Psicologia Clinica della Salute, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

² Università Vita Salute San Raffaele, Milano

³ UO Ematologia e Trapianto di Midollo Osseo, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

L'assistenza al malato oncoematologico rappresenta per il caregiver informale un carico fisico, emotivo e sociale di difficile gestione e comprensione (Grassi et al., 2023; Cianfarini, 2011).

Sulla base di queste premesse, il Servizio di Psicologia Clinica e della Salute con l'U.O. di Ematologia e Trapianto del Midollo Osseo dell'IRCCS San Raffaele di Milano ha sviluppato un intervento gruppeale condotto attraverso il metodo Photolangage, destinato ai familiari di pazienti affetti da patologie oncoematologiche. Scopo dell'intervento è indagare le variabili psicologiche dei caregivers per prevenire lo sviluppo di disturbi psichici. I test somministrati pre e post intervento sono: *36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36)*, *Caregiving Questionnaire (CQ)*, *Caregiver Burden Inventory (CBI)* e il *Family APGAR Questionnaire*.

Il campione, costituito da 11 caregivers familiari (femmine=81.8%; maschi=18.2%), con un'età compresa tra i 45 e i 74 anni (M=59; SD: ± 7.93) ha mostrato una differenza statisticamente significativa (p=0.039) post-trattamento relativa al funzionamento familiare.

Le immagini scelte in ogni incontro hanno permesso di stimolare in tempi brevi la condivisione di vissuti emotivi favorendone l'elaborazione.



Bibliografia

Grassi, L., Costantini, A., Biondi, M. (2023). *Manuale pratico di psico-oncologia*. Sfida ed evoluzione delle cure. Il Pensiero Scientifico Editore

Cianfarini, M. (2011). *La malattia oncologica nella famiglia*. Dinamismi psicologici e aree d'intervento. Carocci editore

10. MUSICOTERAPIA IN PAZIENTI EMATOLOGICI RICOVERATI: STUDIO SULL'EFFECTIVENESS DEL TRATTAMENTO

Scaburri, E.¹, Venturini, V.¹, Covini, A.¹, Ciceri, F.²⁻³

¹ Servizio di Psicologia Clinica della Salute, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

² Università Vita Salute San Raffaele, Milano

³ UO Ematologia e Trapianto di Midollo Osseo, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Le lunghe ospedalizzazioni alle quali sono sottoposti i pazienti affetti da patologie ematologiche, caratterizzate dall'isolamento in un ambiente sterile e privo di stimolazioni sensoriali, possono elicitare sentimenti di solitudine e aumentare il distress psicologico associato alla diagnosi (El-Jawahri et al., 2015).

Sulla base di queste premesse il Servizio di Psicologia Clinica e della Salute e l'U.O. di Ematologia e Trapianto di Midollo Osseo dell'IRCCS San Raffaele ha sviluppato, a partire dal 2015, un progetto di musicoterapia destinato ai pazienti ricoverati con lo scopo di ridurre lo stress, l'ansia e migliorare la qualità di vita. I test somministrati pre-post intervento sono: *Psychological Distress Inventory* (PDI), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *36-Item Short Form Survey Instrument* (SF-36) e *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC).

Il campione composto da 60 pazienti di età compresa tra i 20 e i 73 anni, ha mostrato una significativa riduzione dell'ansia ($p=.014$), del

distress ($p=.011$), un aumento della salute mentale ($p=.036$) in presenza di strategie di coping funzionali (fatalismo $p=.006$), in seguito al trattamento.

I risultati ottenuti incoraggiano la creazione di interventi atti a migliorare una presa in carico globale dei pazienti ematologici.

Bibliografia

El-Jawahri, A.R., Traeger, L.N., Kuzmuk, K., et al. (2015). Quality of life and mood of patients and family caregivers during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 121 (6), 951-959

11. VALUTAZIONE DELL'EFFETTO PROTETTIVO DELLA STIMA PERCEPITA DALL'AMBIENTE DI LAVORO NEI CONFRONTI DELL'ESAURIMENTO EMOTIVO E DELLA DEPERSONALIZZAZIONE LEGATI AL BURNOUT

Rossi, A.A.¹, Marconi, M.², De Cicco, L.³ Mannarini, S.⁴, & Verusio, C.⁵

¹ Università degli studi di Padova

² Psicologa - Psicoterapeuta S. Complessa Oncologia Medica - Area Psiconcologica ASST Valle Olona

³ Medico Radioterapista - S.C. Radioterapia ASST ValleOlona

⁴ Università degli studi di Padova

⁵ Medico Oncologo- Psicanalista - Direttore Struttura Complessa Oncologia Medica

Il burnout negli operatori ospedalieri è sempre più frequente. Lo stress lavorativo porta a un senso di scarsa realizzazione personale (PA) che conduce a esaurimento emotivo (EE) e depersonalizzazione (DP). Tuttavia, un ambiente di lavoro che valorizzi l'individuo ridurrebbe il rischio di burnout. L'obiettivo è testare un modello in cui l'EE media la relazione tra PA e DP e

la stima percepita dall'ambiente di lavoro (SPAL) modera (buffer) il path tra PA ed EE. I partecipanti (n = 82; età media = 48.8, SD = 9.81; 36 maschi), sono stati testati con il MBI e la scala "stima" del CPI-HP. È stata eseguita un'analisi di mediazione moderata (10.000boots.) e l'analisi Johnson- Neyman (JN) per indagare la regione di significatività dei predittori (PA) – sull'outcome (EE) – condizionata al moderatore (SPAL). Il modello è statisticamente significativo: $F = 48,18$, $p < .001$; $R^2 = .63$. Il path tra PA ed EE è moderato dall'CPI-HP ($p = .035$) – la relazione tra PA ed EE si indebolisce all'aumentare di SPAL (effetto buffer). Inoltre, il path tra EE e DP è significativo ($p < .001$). Il path tra PA e DP non è significativo ($p = .516$) – mediazione completa. La JN mostra che sopra al 27° percentile del CPI-HP la relazione tra PA ed EE non è significativa. Questi risultati evidenziano il ruolo protettivo (buffer) di SPAL nel processo che porta all'EE e alla DP a una PA (bassa) e suggeriscono che medici e psico-oncologi potrebbero strutturare interventi più incisivi migliorando la qualità di vita.

Bibliografia

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C.P.Zalquej&R.J.Wood (Eds.), *Evaluation of stress: A book of resources* (pp.191-218). Scarecrow Education.

Tumori; 108 (4 supplement): 161-162,2022

12. QUANDO LA CURA ESCE DALLA CARTELLA CLINICA "INCONTRI E SORRISI IN ONCOLOGIA": INSIEME SI PUÒ... GLI APPUNTAMENTI CHE AIUTANO A VIVERE MEGLIO

M. Marconi¹, G. Colombo², E. Giambarresi³, C. Verusio⁴

¹ Psicologa – Psicoterapeuta S. Complessa Oncologia Medica – Area Psiconcologica

² Tirocinante Psicologa S. Complessa Oncologia Medica – Area Psiconcologica

³ Psicologa – Specializzanda Psicoterapeuta S. Complessa Oncologia Medica – Area Psiconcologica

⁴ Medico Oncologo – Psicanalista – Direttore Struttura Complessa Oncologia Medica ASST Valle Olona Struttura Complessa Oncologia Medica P.O. Saronno Ple Borella 1, Saronno (Va)

La diagnosi di cancro e i suoi trattamenti sovente danno luogo a problematiche psicologiche, prevalentemente ansia e depressione, che risultano esponenzialmente aumentate a seguito della pandemia*. Tra i vissuti del periodo di incertezza post-Covid troviamo, infatti, la percezione del tradimento da parte del proprio corpo che induce a provare rabbia e paura, oltre a vivere un senso di pericolo che causa ansia e smarrimento. Un adeguato supporto psicosociale è fondamentale nel processo di adattamento al percorso di cura, in quanto promotore di alleanza e compliance terapeutica.

"Incontri e Sorrisi in Oncologia", progetto avviato nel 2012 (Asst Valle Olona), prevede una serie di incontri psico-educazionali in cui professionisti di diversa competenza (dal naturopata all'economista – dietista al make-up artist) si alternano fornendo indicazioni e suggerimenti per prendersi cura di sé durante i trattamenti oncologici. Il paziente ha così la possibilità sia di imparare strategie utili a migliorare la

qualità di vita sia di sperimentare che il gruppo aiuta, sostiene e accompagna.

Con la pandemia, il progetto ha subito una battuta d'arresto, ma da quest'anno è stato possibile ripartire, incontrando i bisogni di socialità, di confronto e condivisione dei pazienti che hanno vissuto l'isolamento in concomitanza alla malattia. Gli incontri, infatti, hanno aiutato i pazienti ad uscire dall'isolamento, a percepire meno vulnerabilità e più certezze e hanno favorito l'adattamento psicosociale.

Bibliografia

Supportive Care in Cancer – Young 2020- 28:4001-4004)

Linee Guida ISS - Assistenza psicosociale malati oncologici, AIOM in collaborazione con SICP e SIPO – Roma 12.06.2020 aggiorn. 13.04.2023

13. PSICONCOLOGIA INNOVATIVA NELL'AMBITO DELLA CHIRURGIA ONCOLOGICA: IL RUOLO PROGNOSTICO DI FATIGUE, DEPRESSIONE E ANSIA NEGLI OUTCOMES CHIRURGICI POST-OPERATORI E L'IMPORTANZA DI UN LORO SCREENING PRECOCE

Veronica Marinelli¹, Massimiliano Tuveri², Giampaolo Perri¹, Claudio Bassi¹ e Roberto Salvia¹

¹ Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-Infantili, Università di Verona, Verona.

² Istituto del Pancreas, U.O.C. Chirurgia del Pancreas, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Verona.

Background

Fatigue, depressione e ansia sono stati valutati in pazienti candidati a chirurgia addominale maggiore per resezione di carcinoma pancreatico (PC).

Metodi

In fase preoperatoria è stato profilato un campione di 162 pazienti consecutivi sottoposti a pancreatectomia per PC attraverso la somministrazione di: PHQ-9; STAI-Y2; FACIT-F; FACT-G.

Risultati

40 pazienti (25%) hanno mostrato alti punteggi relativamente a fatigue-malattia cronica correlata e/o a cancro terapia, 26 pazienti (16%) hanno soddisfatto i criteri per depressione maggiore e 34 pazienti (21%) mostravano sintomi ansiosi. Fatigue è significativamente associata a tassi più elevati di morbilità (70% vs 49%), emorragia post-pancreatectomia (18% vs 4%), complicanze polmonari (20% vs 9%) e mortalità (8% vs nullo) (tutti P 0,01). La depressione maggiore è associata a tassi più elevati di emorragia post-pancreatectomia ed a riammissione ospedaliera (23% vs 5%). Analisi di regressione logistica multivariata dei fattori preoperatori indicano diabete (OR 2,71, IC 95% 1,01-7,20; P = 0,04), punteggio ASA 3 (OR 4,12, IC 95% 1,52-11,21; P < 0,01) e fatigue (OR 2,95, IC 95% 1,01-8,74; P = 0,04) come predittori indipendenti di maggiore morbilità.

Conclusioni

Alti livelli pre-operatori di fatigue terapia cancro correlati appaiono fortemente associati a esiti post-operatori peggiori. In questo studio depressione e ansia appaiono come predittori di peggiori outcomes post-operatori.

**14. LA PERCEZIONE DEL DOLORE
IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA:
UN CONFRONTO CON PAZIENTI
REUMATOLOGICI**

Dalila De Crescenzo¹, Giulia Gabriele¹, Federica Morchio¹, Beatrice Staffolani¹, Dorella Scarponi¹

¹ *Unità Operativa Complessa Pediatria Passion, IRCCS
AOU S. Orsola Bologna, Bologna*

L'esperienza della Regione Emilia Romagna ha fatto proprie le linee guida del Ministero della Salute e dell'OMS per declinare una serie di interventi clinici e procedurali all'interno delle pediatrie affinché il dolore pediatrico venisse accolto, valutato e curato nella sua complessità. Partendo dalle procedure di servizio PS11 e PS16 redatte nel settembre 2012 nella nostra U.O. di Pediatria, si sono presi in considerazione due gruppi di 36 soggetti ciascuno: pazienti oncologici e reumatici, di età media 11 anni, dei quali vengono valutate e confrontate l'esperienza dolorosa in ambiente ospedaliero. Il colloquio psicologico clinico, lascia ampio spazio al racconto dell'esperienza dolorosa del paziente che risponde alla Visual Analogue Scale e al Children's Depression Inventory. I risultati ottenuti da considerazioni qualitative e statistiche, rendono ragione della correttezza di processo. Il numero delle sedi di dolore risulta statisticamente significativo nell'influenzare sia la percezione dolorosa che lo stato depressivo. Appare dunque indispensabile affiancare percorsi di valutazione e sostegno psicologici a quelli più squisitamente medici, fin dalla diagnosi. L'assetto multidisciplinare si conferma quindi come la cornice di riferimento capace di orientare l'inquadramento del dolore pediatrico, di raccogliere la risposta dei genitori a tale esperienza e di promuovere l'integrazione dei trattamenti farmacologici e non farmacologici per una medicina centrata sulla persona.

**15. GESTIONE DEL DISTRESS EMOZIONALE
CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO,
ESPERIENZA PSICO- ONCOLOGICA
DI UN GRUPPOTERAPIA
CON APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE**

Giuseppe Auriemma¹, Livia Nottola², Imma Bencivenga³, Federica Colombo⁴, Sara Diamare⁵, Rossana Calvano⁶

¹ *Psichiatra, Responsabile del Centro di Salute Mentale Dist.
31 ASL Napoli 1 centro*

² *Psicologa, Psicoterapeuta in formazione*

³ *Psicologa, Psicoterapeuta in formazione*

⁴ *Psicologa, Psicoterapeuta in formazione*

⁵ *Dirigente psicologa, psicoterapeuta presso l'ASL Napoli 1
Centro U.O.C. Controllo Qualità*

⁶ *Direttrice UOCSM Dist. 24/73-31 ASL Napoli 1 centro*

Obiettivo di questo lavoro, ideato e condotto dall'equipe del servizio di Psico-oncologia del CSM 31 dell'ASL Napoli 1 centro (UOCS 24/73-31), è osservare eventuali cambiamenti nel livello di stress, ansia e depressione e nelle strategie di coping in pazienti oncologiche fra i 52 e i 65 anni in fase post-operatoria, che hanno preso parte ad un percorso di psicoterapia di gruppo. Le partecipanti seguono, parallelamente, trattamenti psicofarmacologici per diagnosi di: depressione, disturbo da disadattamento, stati ansiosi con fenomeni parossistici.

Il lavoro è stato strutturato in due parti: la prima fase è stata costituita da 14 incontri di psicoterapia supportivo-espressiva miranti a promuovere una rilettura condivisa della storia di vita delle pazienti. La seconda parte è articolata in quattro incontri con una psicoterapeuta esterna, ed è basata su un approccio di tipo pratico-esperienziale fondato sulla valorizzazione degli aspetti psico-corporei delle pazienti. Sono stati somministrati strumenti psicodiagnostici (DT, HADS, COPE-NVI, BSA

ex-ante (T_0), in itinere (T_1) a distanza di sei mesi ed ex-post (T_2) a distanza di dodici mesi. I risultati sembrano mostrare dei cambiamenti positivi nelle variabili prese in esame.

16. LA SPIRITUALITÀ NELL'ARTE DEL MANDALA

D. Respini¹ E. Cavagna², C. Lucia¹, D. Lucchini²

¹ Ass. MARELUCE Onlus, Siracusa

² Ass. Priamo APS ETS Brescia

Background

Le patologie oncologiche rappresentano un trauma che stravolge la vita delle persone provocando una profonda debilitazione emotiva e psicologica e determinando elevati livelli di stress, mette in crisi la persona.

Obiettivi

Offrire uno strumento efficace per ridurre la sofferenza globale.

Metodologia

Le Associazioni MARELUCE Onlus di Siracusa e Priamo APS di Brescia hanno organizzato due laboratori di mindfulness e colorazione di mandala rivolti a 11 pazienti oncologiche di età media di 50 anni. Il progetto comprendeva dieci incontri di 90 minuti ciascuno. Tutte hanno compilato The Five Facet Mindfulness Questionnaire, Karnofsky, Distress Thermometer all'inizio e alla fine del percorso, e un questionario di gradimento. Ogni mandala presentato aveva un tema.

Risultati

In tutte è diminuito il distress (da 5,8 a 3,9) Il 100% ha acquisito una maggiore consapevolezza rispetto alla malattia.

Conclusioni

I laboratori di mandala, mirano a favorire il recupero del benessere psicologico e spirituale. Il mandala consente di esprimere sentimenti ed emozioni su un piano di osservazione acritica e di benevola accettazione del proprio Sé. In futuro i laboratori di Mandala potranno essere estesi a più centri oncologici come strumento per il miglioramento della Qualità di Vita.

Bibliografia

D. Respini. Il mandala contro il cancro Ed. Mediterranee 2010

17. IL MANDALA DI SABBIA PER AIUTARE I BAMBINI A ELABORARE IL LUTTO

D. Respini¹, C. Lucia¹

¹ Ass. Mareluce Onlus Siracusa

Background

Gli effetti psicologici della perdita di un genitore durante gli anni formativi sono significativi. Bambini che sperimentano la perdita dei genitori sono ad alto rischio di esiti negativi (depressione, ansia, stress). Un supporto adeguato può essere il progetto del mandala di sabbia, basato sulla sand play therapy.

Obiettivo

Aiutare il bambino nel processo di lutto.

Metodologia

Un laboratorio di 12 settimane di 60 minuti rivolto ad un bambino di 5 anni la cui mamma è deceduta. In un contenitore rotondo pieno di sabbia, il bambino disegna sulla sabbia con le dita e può inserire simboli e giocattoli usando l'immaginazione. La costante è lo spazio circolare in

quanto simbolo universale, l'assenza di giudizio, e l'ascolto interiore. Il bambino è stato valutato con test proiettivi prima e dopo il percorso. (test della figura umana, della famiglia, e del bambino sotto la pioggia).

Risultati

Il bambino ha acquisito maggiore autonomia e sicurezza, e che la morte è un processo della vita.

Conclusioni

Può essere questo un efficace modo per aiutare il bambino ad affrontare trauma e ansia, così come esprimere i suoi sentimenti senza l'uso di parole. Tempo e spazio in questi laboratori assumono un significato particolare. Il tempo misura lo spazio circolare. Qui i problemi e gli ostacoli diventano superabili.

Bibliografia

D. Respini. *Il mandala nell'universo bambino* Ed. Hermes 2021

**18. SAIL CAMP: RIPRENDERE
IL TIMONE DELLA PROPRIA VITA
OLTRE LA MALATTIA
ATTRAVERSO UN PROGETTO
DI RIABILITAZIONE PSICOLOGICA.
DUE GIORNI DI BARCA A VELA,
SPORT E LABORATORI SUL LAGO DI GARDA**

Cavagna Elsa¹, Copeta Silvia¹, Rosito Alessia¹, Berruti Alfredo², Russo Domenico³, Tucci Alessandra⁴, Navoni Giuseppe¹

¹AIL Brescia

²S.C. Oncologia Medica ASST Spedali Civili di Brescia

³Centro Trapianto Midollo Osseo Adulti ASST Spedali Civili di Brescia

⁴U.O. Ematologia ASST Spedali Civili di Brescia

Background

Le malattie onco-ematologiche, così come le terapie, provocano nei pazienti sconvolgimenti in ogni ambito della vita e i limiti, per quanto temporanei, si impongono con tutta la loro forza.

Methodology

AIL Brescia in collaborazione con i reparti di Ematologia, Trapianto Midollo Osseo e Oncologia degli Spedali Civili di Brescia ha proposto un progetto riabilitativo rivolto a pazienti onco-ematologici in follow-up articolato in tre edizioni. Al Progetto, supportato da un'equipe composta da psicologi, medico e nutrizionista, hanno partecipato 26 pazienti coinvolti in due giorni di attività sportive e laboratoriali in modalità residenziale presso l'Hostel Univela di Campione del Garda.

Sono state proposte attività di vela, lite trekking, approfondimenti di educazione alimentare e riflessioni guidate da psicologi.



Impact on practice

Lo scopo del progetto è favorire una riabilitazione intesa come recupero del senso di controllo e padronanza sul proprio progetto di vita, rinforzando il senso di autonomia ed autoefficacia attraverso esposizioni, riflessioni guidate e condivisioni col gruppo.

Future directions

In futuro il progetto potrà essere esteso con l'applicazione di ulteriori strumenti di verifica dell'efficacia sulla qualità di vita dei pazienti.

Bibliografia

Zani, B., Selleri, P., David, D. (2002) *La comunicazione. Modelli teorici e contesti sociali*. Carocci Editore, Roma. Costantini, A., Grassi, L. (2009) *Manuale pratico di psico-oncologia*. Il pensiero scientifico Ed.

Benedetti, F. (2018) *La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia*. Mondadori

19. PROMUOVERE LA SALUTE E IL BENESSERE PSICOLOGICO DEGLI HEALTH CARE WORKER IN ONCOLOGIA: INTERVENTI CON EMDR_IGTP (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING INTEGRATIVE GROUP TREATMENT PROTOCOL)

Maria Pia Martinelli¹, Elisa Fogliato¹, Roberta Invernizzi¹, Elena Rusconi², Raffaella Traverso²

¹ *Psicologa psicoterapeuta UOSD Psicologia clinica ASST Lecco ospedale Manzoni*

² *Coordinatore infermieristico Dipartimento Oncologico ASST Lecco ospedale Manzoni*

A seguito degli interventi psicologici attivati durante la pandemia a favore degli operatori socio-sanitari del nostro ospedale è stato costituito all'interno della ASST di Lecco il Gruppo CARE che rappresenta una risposta stabile volta alla pro-

mozione del benessere psicologico di coloro che sono esposti a condizioni di grave stress lavorativo. Il trattamento elettivo per la cura degli eventi stressanti/traumatici è stato l'EMDR-IGTP.

Il poster presenta i risultati emersi dagli interventi effettuati con gli operatori nel Dipartimento Oncologico della nostra azienda.

Metodi e strumenti

Gli interventi si articolano in tre incontri di gruppo cui fanno seguito interventi di follow up.

Gli strumenti utilizzati sono: la IES-R, somministrata pre e post intervento per valutare il rischio di sviluppare Disturbi Post-Traumatici da Stress e il Core Outcome Measure (CORE-OM) come strumento di valutazione routinaria di esito.

Risultati

Ad oggi sono stati trattati 24 operatori del Reparto di Oncologia. I dati sono in corso di elaborazione.

Gli interventi attivati hanno contribuito a creare una cultura del benessere psicologico degli operatori affiancando alle richieste con focus su eventi critici (morti complesse, gestione del paziente oncologico, etc.) altre con focus sugli aspetti di ruolo che hanno coinvolto anche i coordinatori ai vari livelli.

Prospettive di intervento

Implementazione dell'EMDR-IGTP in psiconcologia a favore degli operatori sanitari.



20. UN RESPIRO IN FORESTA: L'IMPATTO DELLA TERAPIA FORESTALE SUI PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA POLMONARE

Daniela Bafunno¹, Vito Longo¹, Giorgia D'Alonzo¹, Andrea De Leo¹, Domenico Galetta¹

¹SSD Oncologia Media Toracica, IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari, Italy

Introduzione

Studi mostrano come la terapia forestale (TF) sia in grado di migliorare numerosi aspetti della salute mentale dell'individuo quali stress, ansia e depressione (Song et al, 2018). Di qui l'idea di integrare un approccio di TF e supporto psicologico in pazienti in trattamento per neoplasia polmonare, con l'obiettivo di valutarne l'impatto sul distress emotivo.

Materiali e metodi

10 pazienti (6 maschi; età media 59.6 anni, d.s.12) hanno svolto n.6 esposizioni settimanali di 2h ciascuna in foresta (Murgia pugliese). Abbiamo effettuato uno screening emotivo pre e post intervento (STAI-Y, BDI-II, Poms ed E.T. Emotion Thermometers) e misurato il grado di restorativeness del luogo (PRS). Durante le esposizioni si sono alternati momenti di passeggiata a rilassamento e gruppi di supporto.

Risultati

Confrontando i valori (Wilcoxon signed-rank test), dopo l'intervento è emersa una riduzione significativa dei livelli di rabbia (2.5 vs 0.8, $p < 0.05$) e di ansia nel test STAI-Y (Ansia di tratto 38 vs 35.6, $p < 0.05$) ed Emotion Thermometers (3.6 vs 1.8, $p < 0.05$). Seppur in modo n.s. i livelli di depressione risultano diminuiti (BDI-II) mentre è aumentata la vigerosità (Poms). Infine il luogo

è stato ritenuto altamente rigenerativo (PRS pt medio 7.5).

Conclusioni

Nonostante il campione ridotto, il percorso di cura integrato con la TF ha mostrato un efficace impatto sullo stato emotivo dei pazienti che di conseguenza migliora la qualità di vita e la capacità di affrontare la malattia ed i trattamenti.

Bibliografia

Song C, Ikei H, Park BJ, Lee J, Kagawa T, Miyazaki *Psychological Benefits of Walking through Forest Areas*. Y.Int J Environ Res Public Health. 2018 Dec 10;15(12): 2804. doi: 10.3390/ijerph15122804.PMID: 30544682 Free PMC article.

21. IL CORPO COME RISORSA NEL PRENDERSI CURA DEL CAREGIVER: GRUPPI UMANISTICI ESISTENZIALI CON I CAREGIVERS DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA ONCOLOGICA

Filastro Antonella¹, Pugliese Patrizia², Vardè Vittoria¹, Centrone Francesco¹

¹ Istituto di Psicologia Umanistica Esistenziale "Luigi De Marchi" IPUE, ² Società Italiana di Psiconcologia SIPO

Obiettivo

L'obiettivo del gruppo umanistico esistenziale a stampo bioenergetico è stata l'elaborazione della ineluttabilità della sofferenza e la consapevolezza di essere un corpo.

Partecipanti e metodologia

Il gruppo è stato composto da 8 donne tra i 40-60 anni, caregivers di familiari affetti da malattia oncologica. La frequenza e la durata dell'intervento è stata di 2 ore una volta a settimana, per sei mesi

presso la sede del Centro clinico Cardea - Policlinico Italia di Roma.

Metodi e interventi

I partecipanti sono stati informati sui criteri che caratterizzano il gruppo (De Marchi, 1983; Filastro, Biondi, 2021), dopo di che sono stati effettuati interventi corporei (Lowen, 2018).

Risultati e conclusioni

Il gruppo ha permesso di: valorizzare il corpo e ascoltarlo; abbandonare l'ansia e la paura di non farcela; accedere alle proprie risorse; rafforzare le relazioni; prendersi cura di sé nonostante la malattia.

Bibliografia

- De Marchi L., *Scimmietta ti amo*, Torino, Longanesi, 1983.
Filastro A.S., Biondi M., *Manuale di Psicoterapia Umanistica Esistenziale*, Roma, Alpes Italia, 2021.
Lowen A., *Bioenergetica*, Milano, Feltrinelli, 2018.

22. PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA PERSONA FINALIZZATO A FAVORIRE L'ACCESSO AI SERVIZI PSICOLOGICI

Pierpaola Sciarra¹, Matteo Giansante¹, Giulia Di Francesco, Mauro Di Ianni²,

¹ Psicologo- Psicoterapeuta, Servizio di Psico-Oncologia,
U.O.C. Ematologia, A.S.L. Pescara;

² Direttore UOC di Ematologia, ASL Pescara;

Programma di attività della Regione Abruzzo: "Supporto psicologico a bambini e adolescenti in età scolare: il rientro a scuola dopo le cure oncoematologiche"

I miglioramenti della pratica clinica e della qualità della cura delle malattie oncologiche infantili, hanno prodotto un aumento considerevole di successi nel trattamento ed un miglioramento della prognosi, determinando un graduale aumento di lungo sopravvivenuti.

Nell'ottica di una presa in carico globale del bambino e del ragazzo, come servizio di Psiconcologia abbiamo avviato un progetto per supportare il rientro a scuola del bambino dopo le cure.

Il progetto, finanziato dalla Regione Abruzzo, nasce poiché è stata evidenziata una minore soddisfazione nell'area scolastica e di socializzazione al rientro a scuola dovuta ad una marcata differenza tra il prima e il dopo la malattia. Scopo del progetto è di affiancare il bambino/adolescente nel rientro a scuola con attività di supporto che facilitino la risocializzazione e di prevenzione delle conseguenze psicosociali negative a lungo termine. La necessità di un intervento consapevole e continuo con le scuole che ri-accolgono i bambini viene a costituirsi come elemento fondamentale all'interno di un percorso di cura che

ci permettesse di dare voce a tutti i diversi protagonisti coinvolti nella storia di malattia (paziente, genitori, scuola, amici), ciascuno portatore di bisogni e punti di vista unici e personali. Si è voluto investire risorse sulla sensibilizzazione delle scuole rispetto alle principali difficoltà vissute dagli alunni dopo le cure oncologiche e promuovere nella scuola una cultura di solidarietà e di accoglienza delle situazioni di disagio dovute allamalattia.

Bibliografia

Axia V. (a cura di), *Elementi di psico-oncologia pediatrica*, Carocci, 2004

Perricone G., Polizzi C. (2005) *Aladino e la sua lampada. Il servizio "Scuola in ospedale" una forma di tutela per il minore*. Armando editore

Winnicott D. W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1990

23. IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE NEI SOPRAVVISSUTI DA TUMORE AL TESTICOLO: CORRELAZIONE CON LE TERAPIE ADIUVANTI E L'INVECCHIAMENTO ORMONALE

De Padova Silvia¹, Meggiolaro Elena¹, Filograna Alessia², Blevé Sara², Grassi Luigi³

¹ Servizio di Psico-Oncologia, SSD Cure Palliative, Terapie del Dolore e Medicina Integrativa, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Italy

² Dipartimento di Oncologia Medica, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Italy

³ Istituto di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione, Università di Ferrara, Ferrara, Italy.

Introduzione

il tumore del testicolo (TC) è la neoplasia più comune nella popolazione maschile tra i 20 e i 34 anni. Gli esiti sempre più risolutivi delle terapie implicano tuttavia molteplici sequele a breve e a lungo termine, che comprendono varie problematiche psicologiche, quali difficoltà nella dimensione della mascolinità, nella sfera sessuale e interazioni sociali meno soddisfacenti.

Metodi

Studio osservazionale trasversale monocentrico, valuta l'impatto psicologico a lungo termine del tumore al testicolo al primo stadio e indaga le correlazioni con i livelli ormonali. Ha lo scopo di verificare la dimensione della senescenza ormonale come possibile conseguenza biologica correlata allo stress psicologico, alla storia clinica del tumore e alla salute dei pazienti lungosopravvissuti per TC.

Risultati

Ad oggi hanno partecipato 93 lungosopravvivenuti e il reclutamento è tutt'ora in corso. I risultati dell'analisi di questi dati parziali e preliminari indicano un modesto impatto psicologico a lungo termine del TC al primo stadio e nessuna correlazione con i livelli ormonali.

Conclusioni

I dati preliminari ottenuti mostrano che la chemioterapia adiuvante non inficia la qualità di vita e non induce sequele psicologiche. I nostri risultati non supportano l'indicazione a un follow up a lungo termine per problematiche psicologiche nei lungosopravvivenuti da TC in fase I e la chemioterapia adiuvante non sembra costituire un fattore di rischio.

Bibliografia

Gilligan T, Lin DW, Aggarwal R, Chism D, Cost N, Derweesh IH, Emamekhoo H, Feldman DR, Geynisman DM, Hancock SL, LaGrange C, Levine EG, Longo T, Lowrance W, McGregor B, Monk P, Picus J, Pierorazio P, Rais-Bahrami S, Saylor P, Sircar K, Smith DC, Tzou K, Vaena D, Vaughn D, Yamoah K, Yamzon J, Johnson-Chilla A, Keller J, Pluchino LA. Testicular Cancer, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019 Dec;17(12):1529- 1554. doi: 10.6004/jnccn.2019.0058. PMID: 31805523.

Schepisi G, De Padova S, De Lisi D, Casadei C, Meggiolaro E, Ruffilli F, Rosti G, Lolli C, Ravaglia G, Conteduca V, Farolfi A, Grassi L and De Giorgi U Psychosocial Issues in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. *Front. Endocrinol.* 2019;10:113

24. TUMORE GASTRICO: UNO STUDIO DI ANALISI INTEGRATA DEGLI ASPETTI BIOMOLECOLARI E PSICOSOCIALI PER UN MODELLO PREDITTIVO DI RISPOSTA PERSONALIZZATA AI TRATTAMENTI (GRAMMY STUDY)

Meggiolaro Elena¹, De Padova Silvia¹, Ruffilli Federica¹, Bertelli Tatiana¹, Zaccagnino Barbara¹, Rolland-Lozachmeur Ghislaine², Le Goff-Prognost Myriam³, Li Calzi Simona⁴, Monti Manlio⁵, Molinari Chiara⁶

¹ Servizio di Psico-Oncologia, SSD Cure Palliative, Terapie del Dolore e Medicina Integrativa, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Italy

² LaTIM, INSERM UMR 1101 Université de Bretagne Occidentale Brest 3 IMT-Atlantique, LaTIM,INSERM UMR 1101

³ SSI Psicologia della Salute e di Comunità - Area Ospedaliera Oncoematologica - P.O. Ravenna - AUSL Romagna

⁴ Dipartimento di Oncologia Medica, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Italy

⁵ Biosciences Laboratory -Translational Oncology-

⁶ IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) "Dino Amadori", Meldola, Italy

Acknowledgements

This project was supported under the frame of ERA PerMed (GRAMMY, 2019-275).

Introduzione

il tumore dello stomaco è la settima patologia maligna più frequente al mondo e la quarta causa di morte in entrambi i sessi. I pazienti con cancro gastrico lamentano significativi disagi in ogni aspetto della qualità di vita: disturbi nell'alimentazione, fatigue, alterazioni del sonno, dispnea, ansia e depressione.

Presentiamo Grammy

“InteGRAtive analysis of tuMor, Microenvironment, immunity and patient expectation for personalized response prediction in Gastric Cancer”.

Obiettivi

identificare i biomarkers potenzialmente predittivi della risposta alla chemioterapia nei pazienti con tumore gastrico, determinando inoltre quale impatto su tale esito possono avere lo stato psicologico e la relazione medico-paziente.

Metodi

studio translazionale multicentrico, esplorativo, non farmacologico, non randomizzato, retrospettivo e prospettico. I pazienti arruolati prospetticamente vengono sottoposti all’inizio e alla fine dell’iter terapeutico a un prelievo ematico per l’analisi dei parametri biomolecolari e ad un’intervista psicologica, che include un questionario semistrutturato sulla comunicazione medico-paziente alla diagnosi e reattivi quali Big Five Inventory, EORTC-QLQSto22, EORTC-QLQC30, FACT-Ga. I dati biomolecolari e psicosociali verranno integrati per ottenere indicatori predittivi di una risposta personalizzata ai trattamenti.

Risultati e Conclusioni

arruolamento tutt’ora in corso (52 arruolati), non sono ancora disponibili elaborazioni di risultati.

Bibliografia

“International Agency for the Research on Cancer (WHO). Global Cancer Observatory - Globocan. Available from: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>”

25. APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E SUPPORTO PSICONCOLOGICO: OSSERVAZIONI CLINICHE

A. Di Silvestre¹, M.G. Quintieri¹

¹ U.O.C. Oncologia Medica-ASL Pescara

Introduzione

L’Accettazione Psicologica (APH) ai pazienti oncologici in Day Hospital e ai pazienti degenti (APR) è consistita nella compilazione della cartella psicologica e della valutazione psiconcologica inserita nella cartella medica del paziente.

Metodi

Il Servizio di Psicologia Oncologica annesso all’U.O.C. di Oncologia Medica dell’ASL di Pescara tra il 1 Aprile 2006 e il 31 Dicembre 2021 ha effettuato 7401 colloqui psicologico-clinici (3442 maschi e 3959 femmine) offrendo a tutti, su richiesta, il supporto psicologico. L’intervento psicologico (colloqui psicologico-clinico, psicoterapia individuale, di coppia e/o familiare ecc. con esenzione Ticket 048) è stato richiesto da 932 pazienti (321 maschi e 611 femmine).

Discussione

Riflessioni: Come mai a fronte di una offerta tanto ampia la domanda è stata minima?

Il paziente oncologico e i familiari sono a conoscenza di quanto l’intervento psico-oncologico sia parte integrante dell’offerta assistenziale?

Proposte operative: Interventi psico-educativi riguardo l’approccio psicologico rivolto a pazienti, operatori e familiari

Bibliografia

Armezzani - *Salute, Benessere e soggettività* (Mc Graw-Hill, 1999)
Pugliese P., Bellani M., *Come orientare paziente, familiari (e clinici) nella scelta delle terapie psico-oncologiche?* (15° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2023)

26. IL BENESSERE DEL CAREGIVER: LA VALUTAZIONE DEL BURDEN CARE NELL'ASSISTENZA DELLA MALATTIA ONCOLOGICA.

De Luca R¹, Scriminaci MC², Gucciardo E³, Di Bella D⁴, Calanni Macchio M⁵, Girelli ND⁶, Vela A⁷, Elia A⁸, Cicero G¹. SIPO Sicilia Group.

¹ UOC Oncologia Medica, AOUP "P. Giaccone", Palermo, Italy.

² Servizio di Psiconcologia, Istituto Oncologico del Mediterraneo, Viagrande, CT, Italy

³ UOC Servizio di Psicologia U.O.S. Psicologia Ospedaliera, ASP Trapani, Italy

⁴ ASP Catania, Italy

⁵ Centro Medico Santagostino, Società e Salute SpA, Milano, Italy

⁶ Associazione LILT and SAMO Palermo, Italy

⁷ Istituto Gestalt HCC, Italy

⁸ Dipartimento Materno Infantile, PO Umberto I, ASP 8, Siracusa, Italy.

Introduzione

La malattia oncologica rappresenta un'esperienza con implicazioni significative non solo sul paziente, ma anche all'interno del nucleo familiare. La cura di una persona cara è generalmente associata a un carico significativo del caregiver (burden care): esperienza soggettiva di stress che si verifica, quando esiste uno squilibrio tra le richieste di assistenza e le risorse del caregiver per far fronte a tali richieste.

Obiettivi

Lo studio si propone di analizzare la qualità di vita del caregiver, valutando la relazione tra il livello di autoefficacia e la salute fisica e psicologica. I questionari somministrati hanno compreso: una scheda socioanagrafica per le caratteristiche

del caregiver e del paziente; il *Caregiver Inventory (CGI-I)*; il *Peritraumatic Distress Index and preliminary (CPDI)* e l'*Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12)*.

Risultati

Il campione è stato costituito da 100 caregiver (70 femmine e 30 maschi) che accedevano alle strutture oncologiche per accompagnare i familiari. L'età media dei soggetti è stata di 64 anni (range 20-78). Per quanto riguarda il grado di parentela 75% del campione erano figli (28 femmine e 17 maschi) e coniugi (21 mogli e 11 mariti). I risultati mostrano come il 60% del campione è composto da donne, confermando così i dati della letteratura.

Conclusioni

Questo studio suggerisce la necessità di strutturare spazi di supporto privilegiati da dedicare alla cura dei familiari, in particolare dopo la pandemia da covid.

Bibliografia

S Serpentine, B Guandalini, G Tosin, L Ronconi, G Cristaldi, R Amatulli, G Deledda, S Riccardi, S Sommacal, L Iannopolo, V Calvo, T V Merluzzi. Assessment of self-efficacy for caregiving in oncology: Italian validation of the caregiver inventory (CGI-I). *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):166.

Costantini A, Mazzotti E Italian validation of CoViD-19 Peritraumatic Distress Index and preliminary data in a sample of general population. *Riv Psichiatr*. 2020;55(3):145-151.

Lin L, Xie C, Chen J, Wang F, Dong B, Tian L. Analysis of the comprehensive needs of primary caregivers of hospitalized colorectal cancer patients and characteristics analysis of high comprehensive needs population. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(35):e34887.

27. FINCHÉ MORTE NON LI SEPARI. SOSTEGNO FAMILIARE, ANALISI DELLE DINAMICHE E RIVELAZIONI POST MORTE. QUANDO LA MORTE DI UN CARO SCOPERCHIA IL VASO DI PANDORA DELLE VITE DI DUE FRATELLI STRETTI NELLA MORSA DI UN LEGAME CHE APPARIVA INDISSOLUBILE

Fiore F.¹, Gargiulo L.¹, Griffo I.¹

¹ Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli",
Napoli

La vicenda clinica vede protagonisti una *coppia*: fratello e sorella e la madre con diagnosi di tumore. Dopo la presa in carico della paziente ed un ciclo di consultazione, emergevano bisogni dei caregiver ed elementi significativi rispetto alla condizione e al vissuto di malattia, alla storia personale e familiare.

Tale contributo rientra in un intervento di coterapia. Durante il percorso si delinea uno scenario familiare complesso, caratterizzato da: elementi incestuosi "autorizzati"; madre figura "santa", misericordiosa; un figlio che per amore dell'immagine materna, sposa il mandato/modello della mamma, scegliendo di non volere famiglia il cui legame sia quello di sangue; la figura materna, idealizzata e persecutoria al tempo stesso. Con la morte della paziente, si assiste alla rottura dell'equilibrio di coppia/fratria: la figlia è mossa da una spinta trasformativa, da maggiore consapevolezza di sé stessa e del suo desiderio, il figlio resta imprigionato nel mito idealizzato della madre quale modello irraggiungibile di donna.

Bibliografia

Dalla famiglia all'individuo, Bowen M., Astrolabio, 1979.
Manuale pratico di psico-oncologia, Grassi L., Biondi M., Costantini A., Il Pensiero Scientifico, 2003.
Il genio delle origini, Racamier P., Cortina ed., 1993.

28. UN MODELLO DI INTERVENTO DI COUNSELLING DI COPPIA NEL CANCRO AL SENO

Guglieri I., Vista R., Caserta V.¹, Di Caprio E.L.², Gritti P.³

¹ Psichiatra, psicoterapeuta UOSM 21-22 DSM ASL Caserta

² Psichiatra-Psicoterapeuta, Docente Psicoterapia, Dipartimento Universitario di Psichiatria Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli", Consigliere Nazionale SIPO

³ Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"
- Past President SIPO - Comitato Scientifico ROPI

Le pazienti con cancro al seno sviluppano un disagio psicologico che si ripercuote sulle loro relazioni, in particolare sulla diade paziente-partner. Il "coping diadico" descrive i processi relazionali che riguardano la condivisione dello stress con comportamenti di sostegno reciproco mentre si affronta la malattia. Il nostro studio pilota, che consiste in una consulenza diadica di sei sessioni, valuta, mediante scale di assessment, i risultati di questo intervento inerenti: il disagio, l'ansia e la depressione sperimentati dai pazienti e dai loro partners; i processi di coping diadici. Le sessioni, secondo un modello sistemico-relazionale, sono incentrate sul legame di coppia, sull'espressione dei problemi quotidiani della coppia e delle strategie di coping, sull'espressività affettiva, sul potenziamento delle strategie di coping. Sono stati utilizzati strumenti di valutazione validati per valutare l'adattamento della diade, le strategie di coping e il disagio psicologico di entrambi i partners.

Bibliografia

Caserta V., Gritti P (2018) *Dyadic adjustment in breast cancer: a review*. Journal of Psychosocial Systems 2(2),1-14
Falconier MK and Kuhn R (2019) Dyadic Coping in Couples: A Conceptual Integration and a Review of the Empirical Literature. Front. Psychol. 10:571. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00571



Baik, O. M., & Adams, K. B. (2011). Improving the well-being of couples facing cancer: A review of couples-based psychosocial interventions. *Journal of marital and family therapy*, 37(2), 250-266.

29. COOKING THERAPY IN ONCOLOGIA: PROTOCOLLI AD HOC PER CHI VIVE O HA VISSUTO LA MALATTIA ONCOLOGICA

Sebastiana Roccaro¹

¹ *Psicologa Psicoterapeuta, Esperta in counseling oncologico e cure palliative Associazione APS EDU.CO.BENE. ETS, Melilli-Siracusa, Italia*

Numerosi sono gli studi che pongono l'attenzione agli effetti psicologici a breve e lungo termine della malattia oncologica e l'importanza di strategie di intervento che siano da supporto. Il protocollo Cooking therapy, ideato dalla d.s.s.a Roccaro, nasce nel 2017 ed utilizza un'azione quotidiana, quella del cucinare, come strumento di benessere.

Partendo dalla trasformazione dell'assunto "Sto male quindi mangio" a "Sto male quindi cucino", divenuto ad oggi "Cucino per star bene" un piccolo gruppo, guidato da un facilitatore adeguatamente formato, prepara pietanze dolci e salate appositamente studiate.

Attraverso 7 fasi, quali: allacciare il grembiule, leggere la ricetta, pesare gli ingredienti, impastare, farcire o condire, decorare e condividere, il protocollo agisce sulle 4 dimensioni della persona: fisica, cognitiva, sociale, intra-personale. Esercizi di respirazione, visualizzazione, body scan e tecniche di rilassamento congiunte ad alcune fasi di preparazione sviluppano consapevolezza delle parti del corpo e delle emozioni, procurando benessere psico-fisico.

Sperimentato in ambito oncologico con i caregiver e considerati i benefici riscontrati nella gestio-

ne dell'ansia e dello stress da emergenza sanitaria si prevede un esito benefico anche con chi vive o ha vissuto la malattia oncologica. In programmazione l'avvio di gruppi ad hoc.

Bibliografia

Roccaro S. *Cooking Therapy come star bene cucinando. Il metodo, i risultati, il ricettario*. Edizioni Sampognaro e Pupi. Anno 2022.
Roccaro S. "Cooking Therapy", *quando il benessere vien cucinando*. *Psicologi e Psicologia in Sicilia*, Anno XX- n.1/Ottobre 2019, pag 43-44.
Roccaro S. *Cooking Therapy and Covid-19: a protocol for the management of anxiety and stress from a health emergency*. Abstract book XVII ECP 2022- European Congress of Psychology, 5-8 Luglio 2022 Lubiana, Slovenia

30. VALUTAZIONE TRIDIMENSIONALE DELLA TOSSICITÀ DA INIBITORI DELLE AROMATASI IN DONNE AFFETTE DA CARCINOMA MAMMARIO IN FASE PRECOCE: ATTESA, RILEVATA, PERCEPITA. STUDIO PILOTA MULTICENTRICO

Maria Perrone¹; Patrizia Pugliese²; Maria Cecilia Cercato³; Valentina Morganti¹; Diana Giannarelli⁴; Antonio Tanzilli⁵; Ida Paris⁶; Mimma Raffaele⁷; Antonella Palazzo⁴; Alessandra Fabi⁸

¹ UOSD Psicologia, Regina Elena National Cancer Institute IRCCS

² Società Italiana di Psiconcologia - Lazio

³ Regina Elena National Cancer Institute IRCCS

⁴ Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCCS

⁵ Neurology Unit, Regina Elena National Cancer Institute IRCCS Ida Paris

⁷ Presidio Cassia Sant'Andrea

⁸ Precision Medicine Unit in Senology, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

Introduzione

Il modello di cura emergente è quello centrato sul paziente (P). L'obiettivo dello studio è descrivere la tossicità tridimensionale degli inibitori dell'aromatasi (AI) nelle donne con cancro al seno in fase precoce includendo la prospettiva P.

Metodi

Studio pilota prospettico, multicentrico. Al basale (T0), 6 mesi (T6) e 12 mesi (T12) uno psicologo valuta: tossicità attesa (TA) e percepita (TP) mediante una intervista semi strutturata, qualità della vita (QoL) e ansia/depressione mediante EORTC QLQ-C30, QLQ-Br23 e HADs a T0 e a T12. Il paziente valuta la TP con PROs a T0, T6 e T12; l'oncologo (WHO) la tossicità rilevata (TR) e il neuropsicologo la tossicità cognitiva a T6 e T12.

Risultati

Sono stati arruolati un totale di 83 P. Confrontando TA vs TR, P ha generalmente sovrastimato la AI tossicità: TR ha confermato gli effetti collaterali attesi solo nel 33% dei casi. Al contrario, la TA è stata confermata dalla TP nel 61% dei casi a T12.

Mentre il numero di pazienti che soffrono di ansia rimane stabile a T12, il numero di pazienti che soffrono di depressione tende ad aumentare. A T12, la QoL indica un lieve peggioramento ma rimane a un livello relativamente buono.

Conclusioni

La valutazione tridimensionale della tossicità può migliorare la conoscenza e la gestione della tossicità degli AI nel carcinoma mammario in fase precoce e dare origine a ipotesi per ulteriori studi che coinvolgano la prospettiva del paziente.

Note

Il presente studio è stato accettato come "poster presentation" al IPOS 2023 World Congress.



31. LA DIAGNOSI ONCOLOGICA IN UN GENITORE: ANSIA, DEPRESSIONE E QUALITÀ DELLA RELAZIONE CON I FIGLI

Babore A.¹, Trumello C.¹, Lombardi L.¹, Bramanti S.M.¹

¹ Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Una diagnosi oncologica in un genitore può produrre una serie di conseguenze non solo sul suo adattamento psicologico ma anche sul suo ruolo parentale e sulla relazione con i figli.

Considerando che tale area è stata poco indagata dalla letteratura scientifica, il nostro studio ha mirato ad analizzare:

1. le differenze nei livelli di ansia e depressione genitoriale, nell'adattamento psicologico dei bambini e nella qualità delle interazioni genitori-figli, in relazione al genere dei figli;
2. le associazioni di ansia e depressione genitoriale con l'adattamento psicologico dei figli. Sono stati coinvolti 290 pazienti oncologici (M=45.84 anni; SD=7.68), in trattamento e con figli minorenni. La maggioranza dei partecipanti era costituita da donne (93%) con una diagnosi di tumore al seno (70%). Ciascun partecipante ha completato questionari su ansia e depressione, qualità delle interazioni genitore-figlio e difficoltà emotive e comportamentali dei figli.

Non sono state evidenziate differenze, in funzione del genere dei figli, a carico dei livelli di ansia e depressione, della qualità della relazione genitore-figlio e delle difficoltà del bambino. È stato individuato un effetto positivo diretto dell'ansia e della depressione genitoriale sulle difficoltà emotive e comportamentali del figlio.

Nel complesso, questi risultati evidenziano l'importanza di valutare gli effetti di una diagnosi oncologica a carico non solo del paziente, ma anche dei figli e della relazione con essi.

32. COMPRENDERE L'ADATTAMENTO PSICOLOGICO NELLE DONNE CON CANCRO AL SENO: IL RUOLO DELLA SODDISFAZIONE DI COPPIA E DELL'IMMAGINE CORPOREA

Bramanti S.M.¹, Trumello C.¹, Stuppia L.¹, Di Silvestre A.², Quintieri M.G.², Lombardi L.¹, Babore A.¹

¹ Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

² U.O.C. Oncologia Medica, ASL di Pescara

Una diagnosi di tumore al seno e il suo conseguente trattamento possono comportare cambiamenti a carico dell'immagine corporea, con ripercussioni sul benessere psicologico e sul benessere della coppia. Il presente studio si propone di analizzare:

1. le differenze nei livelli di ansia, depressione, soddisfazione per la propria immagine corporea e per la relazione sentimentale in funzione dell'essere o meno attualmente in trattamento;
2. le associazioni tra ansia, depressione, soddisfazione per la propria immagine corporea e soddisfazione per la relazione di coppia.

Sono state coinvolte 190 donne (M=29.64 anni; SD=7.85) con una diagnosi di tumore al seno. La maggioranza delle partecipanti aveva subito un intervento chirurgico (N=93%). Sono stati compilati questionari su ansia e depressione, soddisfazione per la propria immagine corporea e per la propria relazione sentimentale.

Non sono state individuate differenze nelle variabili indagate in relazione all'essere o meno in trattamento oncologico. È emersa un'associazione positiva tra depressione, ansia e insoddisfazione per la propria immagine corporea; l'adattamento diadico è risultato essere associato negativamente ai livelli di ansia e depressione.

Questi dati mettono in luce l'importanza di considerare la qualità della relazione di coppia e la soddisfazione per l'immagine corporea come fattori associati ai livelli di distress emotivo nelle pazienti con cancro al seno.

33. MEDICINA NARRATIVA: LA REGOLA DEL GELATO

Maradini D.¹, Gusella N.¹, Pagani G.¹

¹ *Cancro Primo Aiuto ETS ODV, ASST Nord Milano
Ospedale Bassini*

Introduzione

La Medicina Narrativa è una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una competenza comunicativa specifica. La narrazione è fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia, nel processo di cura e nella visione di sé. Nella storia di malattia presentata risulta una valida narrazione per chiudere un cerchio e dare continuità di sé, intervenendo sull'attesa e la paura di morire.

Obiettivi

Migliorare completezza, personalizzazione, efficacia e appropriatezza delle cure. Dare valore al vissuto di cura dei pazienti e degli operatori sanitari.

Aiutare gli operatori sanitari ad elaborare ed alleggerire lo stress emotivo nell'assistenza alle persone in fine vita.

Materiali e metodi

Ascolto empatico, scrittura riflessiva, riflessione in équipe.

Risultati e conclusioni

La Medicina Narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie di malattia.

Bibliografia

- R. Charon, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore, 2019
 E.F. Poli, *Ricucire l'anima. Un percorso di autoterapia in sette storie*, Mondadori, 2021
 L. Grassi, A. Costantini, M. Biondi. *Manuale pratico di Psico-Oncologia. Sfide ed evoluzione delle cure*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2023

34. IL CATETERE VENOSO CENTRALE PER IL PAZIENTE ONCOLOGICO: UN DISAGIO. COME RENDERLO UN AMICO FEDELE

Cristian Pintossi¹, Rosanna Ceresoli¹⁻², Stefano Benvenuti¹

¹ *SS Unità Aziendale accessi Vascolari, ASST Spedali Civili, Brescia, P.le Spedali Civili, Brescia*

² *SC Oncoematologia e Trapianto di Midollo Pediatrico, Ospedale dei Bambini, ASST Spedali Civili di Brescia, P.le Spedali Civili, Brescia*

Il catetere venoso centrale (CVC) è un dispositivo indispensabile per il paziente oncologico che deve essere sottoposto a chemioterapia. Esistono vari tipi di CVC, da quelli completamente impiantati sotto la cute del torace a quelli che fuoriescono dal braccio o dal torace. La presenza di questi dispositivi è mal tollerata dal paziente in quanto rappresenta un'ulteriore evidenza tangibile della malattia e del trascorso. Sono un

fattore limitante della vita sociale, relazionale ed affettiva. Non trascurabile la presenza di cicatrici nell'area del décolletè. Per questo motivo da Gennaio 2023 presso l'Unità Accessi Vascolari degli Spedali Civili di Brescia sono stati posizionati 31 dispositivi totalmente impiantabili sulla faccia mediale del bicipite (PICC- Port Peripherally Inserted Central Catheter), in giovani donne affette da tumore della mammella. Per le loro ridotte dimensioni sono poco visibili; sono alloggiati nel sottocute e consentono alle pazienti di svolgere le normali attività quotidiane. Richiedono medicazioni una volta ogni due mesi e non causano inestetismi o cicatrici evidenti nell'area del décolletè. I riscontri sono stati estremamente positivi, sia dal punto di vista della considerazione del sé sia del rapporto con i familiari e con il proprio partner, con un impatto emotivo estremamente ridotto. Le pazienti hanno potuto condurre una vita sociale, sportiva, relazionale, affettiva, assolutamente normale, non influenzata dalla presenza del device.

Bibliografia

Bertoglio S, Cafiero F, Meszaros P, Varaldo E, Blondeaux E, Molinelli C, Minuto M. PICC-PORT totally implantable vascular access device in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *J Vasc Access*. 2020 Jul;21(4):460-466.

Bertoglio S, Annetta MG, Brescia F, Emoli A, Fabiani F, Fino M, Merlicco D, Musaro A, Orlandi M, Parisella L, Pinelli F, Reina S, Selmi V, Solari N, Tricarico F, Pittiruti M. A multicenter retrospective study on 4480 implanted PICC-ports: A GAVeCeLT project. *J Vasc Access*. 2022 Jan 17:11297298211067683. doi: 10.1177/11297298211067683. Online ahead of print.

35. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA BREVE E DEL CONTROTRANSFERT IN AMBITO ONCOLOGICO

Andrea Bovero¹, Arianna Versaci, Francesca Cotardo

¹ SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Obiettivi

Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia e gli esiti di percorsi di psicoterapia breve condotti con pazienti oncologici e di esaminare il controtransfert e le sue possibili relazioni con altre variabili riferite al paziente e al terapeuta. Il campione è suddiviso casualmente in 3 gruppi: ARM A, psicoterapia breve adleriana, ARM B, psicoterapia ad altro orientamento teorico e ARM C, trattamento psicofarmacologico.

Metodi

Sono state somministrate alcune Rating Scales al paziente e al terapeuta alla prima, alla terza e alla decima seduta, al fine di valutare i sintomi ansiosi (STAI-Y1, Y2), i sintomi depressivi (BDI-II), la qualità di vita (FACT-G), l'alleanza terapeutica (WAI-P/T) e il controtransfert (CTQ). I dati raccolti sono stati analizzati tramite il software SPSS.

Risultati

Si evidenziano delle differenze nell'andamento dei 3 gruppi per quanto riguarda i sintomi depressivi, ansiosi e la qualità di vita che suggeriscono un'efficacia maggiore della psicoterapia breve adleriana. Inoltre si evidenzia un cambiamento nella frequenza del fattore Positivo come fattore predominante del controtransfert in ARM A e delle correlazioni tra i fattori del controtransfert e qualità di vita, qualità dell'alleanza terapeutica

e caratteristiche individuali nei due gruppi che hanno seguito un percorso di psicoterapia.

36. STUDIO PILOTA DI UNA NUOVA TECNICA DI DEFUSIONE COGNITIVA BASATA SULLA REALTÀ VIRTUALE APPLICATA A PAZIENTI ONCOLOGICI

Giuseppe Deledda¹, Sara Poli¹, Eleonora Geccherle¹, Giovanna Fantoni¹, Isabella Gravina¹, Daniele Lombardo², Marco Lombardo², Filippo Alongi⁴, Stefania Gori⁵, Giovambattista Presti³

¹ U.O. di Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

² Behaviour Labs srl, Catania

³ Ordinario di Psicologia Generale Facoltà di Scienze dell'uomo e della Società Università degli Studi di Enna "Kore"

⁴ Dipartimento di Radioterapia Avanzata, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

⁵ Dipartimento di Oncologia, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

Introduzione

Secondo la Terapia ACT il linguaggio e l'utilizzo inadeguato dei processi deputati al problem-solving svolgono un ruolo fondamentale nella generazione di sofferenza (Hayes, 2007; Krijn et al. 2007). La defusione cognitiva rappresenta una modalità di intervento su tale aspetto. Lo studio si propone di esplorare la fattibilità di un esercizio di defusione cognitiva, utilizzando un software di Realtà Virtuale (RV), con pazienti affetti da malattia oncologica.

Metodi

Saranno inclusi 9 pazienti consecutivi dell'U.O. di Radioterapia oncologica e U.O. di Oncologia Medica dell'Ospedale. Il presente è uno studio con disegno "Multiple Baseline Design across subjects". Un disegno sperimentale within-subject, in cui il

comportamento di uno stesso soggetto viene misurato in situazione di trattamento e di controllo. Verranno proposti questionari self-report pre- e post-intervento (MPFI, VAS, Target Thought Negative Scale e DASS-21). Verranno effettuate sui dati analisi descrittive, analisi di correlazione e analisi di regressione univariata.

Conclusioni

Il presente studio propone l'introduzione di una metodologia innovativa che, se efficace e fattibile, verrà inclusa nel più ampio protocollo ACT, con il fine di migliorare la qualità dell'assistenza e degli interventi proposti ai pazienti.

Bibliografia

Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J.(2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*; 44(1):1-25.
Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour research and therapy*,42(4), 477-485.

**37. L'IMPATTO DELL'EPIDEMIA
DI SARS-COV-2 SULLA FLESSIBILITÀ
PSICOLOGICA E SUL COMPORTAMENTO
DI ANNULLAMENTO DELLE VISITE
MEDICHE DEI PAZIENTI ITALIANI
AFFETTI DA MALATTIA ONCOLOGICA**

Giuseppe Deledda¹, Sara Poli¹, Eleonora Geccherle¹, Elena Sarcletti², Carlo Sestito³, Alessandro Failo⁴, Patrizia Dorangricchia⁵, Maria Moschetto⁶, Anna Di Profio⁷, Stefania Gori⁸

¹ U.O. di Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

² Unità di Psicologia Clinica e Psicoterapia, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

³ Servizio di Psico Oncologia, Ospedale San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

⁴ Ospedale Generale Hospital Bressanone, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Bressanone, Bolzano

⁵ Ospedale Generale di Bolzano, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

⁶ Divisione di Psiconcologia- Istituto Europeo di Oncologia (IEO)

⁷ Unità di Oncologia, Azienda Ospedaliera Universitaria (A.O.U.) Policlinico Vittorio Emanuele, Catania

⁸ Dipartimento di Oncologia, IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

Introduzione

Il disagio psicologico durante l'epidemia da SARS-CoV-2 ha colpito i pazienti oncologici, che talvolta hanno annullato le visite programmate. Scopo dello studio è di indagare i fattori psicosociali che hanno contribuito alla cancellazione delle visite durante la pandemia in pazienti affetti da cancro.

Metodi

I dati sono stati raccolti in 11 ospedali italiani durante l'ultima settimana di lockdown e 1 mese dopo. Sono stati somministrati i questionari IES-R, DASS-

21, CFQ e un questionario creato ad hoc (ImpACT) secondo il modello ACT. I dati sono stati analizzati mediante modelli di regressione logistica univariata. Le variabili significativamente associate all'annullamento delle visite mediche sono state incluse nel modello di regressione logistica completa.

Risultati

232 pazienti hanno partecipato allo studio. Il 42% ha riportato sintomi post-traumatici severi, una porzione del campione ha riportato stress, ansia e depressione di grado severo-estremamente severo (13,6%, 12,7% e 10,2% rispettivamente) durante il periodo di lockdown (T1) e dati simili in T2. L'uso disfunzionale di comportamenti di evitamento esperienziale, la solitudine e alti punteggi di stress post-traumatico sono correlati alla paura del COVID-19, aumentando la probabilità di annullare le visite mediche.

Conclusioni

Rilevare e rispondere tempestivamente al disagio psicologico dei pazienti oncologici che cancellano le visite mediche rappresenta un importante aspetto della cura del paziente.

38. L'UTILIZZO DELLA REALTÀ VIRTUALE NEI PAZIENTI PEDIATRICI ONCOEMATOLOGICI

Anna Gennari¹, Rosanna Ceresoli²⁻³, Simonetta Coppini¹, Matteo Duranti¹, Stefano Benvenuti³

¹Psicologi Associazione Bambino Emopatico ABE - U.O.

Oncoematologia e Trapianto di Midollo Pediatrico, Ospedale dei Bambini, ASST Spedali Civili di Brescia, P.le Spedali Civili, Brescia

²SC Oncoematologia e Trapianto di Midollo Pediatrico, Ospedale dei Bambini, ASST Spedali Civili di Brescia, P.le Spedali Civili, Brescia

³SS Unità Aziendale Accessi Vascolari, ASST Spedali Civili, Brescia, P.le Spedali Civili, Brescia

Il supporto psicologico utilizza lo strumento del colloquio clinico come modalità prevalente, ma a volte le parole non bastano e servono strumenti in grado di aiutare il paziente a trovare competenze per contenere le emozioni congruenti alla realtà drammatica che sta vivendo. Per favorire l'adattamento alla malattia gli Psicologi hanno introdotto la realtà virtuale (VR) come modalità innovativa di cui è già stata validata l'efficacia in altri ambiti sanitari. La VR è un ambiente esclusivamente digitale che simula la realtà effettiva e la ricrea, permettendo a livello sensoriale un'esperienza fortemente immersiva. Proporre uno strumento di realtà virtuale significa offrire ai pazienti la possibilità di estraniarsi dall'ambiente medico per immergersi in dimensioni piacevoli e facilitanti. Obiettivo della VR è dunque ridurre la percezione di ansia, paura, stress e dolore durante procedure mediche indispensabili alla cura, quali il posizionamento di accesso vascolare. Di fondamentale rilievo è la voce dello Psicologo come conduzione durante l'esplorazione virtuale del paziente, che non è mai lasciato da solo. Tramite l'utilizzo di un

tablet, viene poi effettuato il "Mirroring" con il visore VR, ovvero una sincronizzazione wireless dei due dispositivi tecnologici, così che l'uno sia lo specchio dell'altro. In questo modo sono garantiti la sicurezza e il controllo degli ambienti cui il bambino è esposto.

Bibliografia

Hoffman HG. et al., Virtual reality as an adjunctive non-pharmacologic analgesic for acute burn pain during medical procedures. *Annals of Behavioural Medicine*, 2011

Chan Evelyn et. al. Clinical efficacy of virtual reality for acute procedural pain management: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2018

39. IL RUOLO DELL'AUTOSTIMA E DELLA RESILIENZA SULLE RELAZIONI FAMILIARI NEI BAMBINI/ADESCENTI CON DIAGNOSI ONCO-EMATOLOGICA

Mezzapesa M.¹, Sciarra P.¹, Di Francesco G.¹, Di Ianni M.²

¹ Servizio di Psico-Oncologia, U.O.C. Ematologia, A.S.L. Pescara

² Direttore UOC di Ematologia, ASL Pescara

La diagnosi e il trattamento di una malattia oncologica in età pediatrica costituisce un evento che può sconvolgere profondamente la vita del bambino/adolescente e della sua famiglia, generando impatti significativi sulle dinamiche familiari, sulla personalità e sull'autostima del paziente. Inoltre, la durata delle cure, il loro carattere invasivo e le sequele chemioterapiche e chirurgiche possono rappresentare una sfida per la capacità di adattarsi alla nuova realtà.

È stata valutata l'autostima e la resilienza nei bambini/adolescenti con diagnosi onco-ematologica, in relazione alle dinamiche familiari, al fine di comprendere come le variabili si influenzino e si modifichino durante il percorso di cura.

Sono stati coinvolti 29 bambini/adolescenti a cui è stata fatta compilare una scheda socio-anagrafica e sono stati somministrati i seguenti Test:

F.R.T. - Family Relations Test, T.M.A. - Test di valutazione multidimensionale dell'autostima.

I dati preliminari suggeriscono un decremento dell'autostima durante il percorso di cura che potrebbe avere un impatto, negativo, diretto sulla resilienza e sulle dinamiche familiari. Lo studio presentato di natura qualitativa evidenzia l'importanza di valutare e comprendere maggiormente il ruolo dell'autostima e della resilienza in relazione alle dinamiche familiari al fine di favorire la consapevolezza e l'adattamento dei pazienti e della sua famiglia, al fine di prevenire l'insorgere di sindromi psicopatologiche.

40. SELF-COMPASSION E IMMAGINE CORPOREA IN PAZIENTI CON CANCRO AL SENO IN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO

Francesca Romito¹, Angela Ritella¹, Maria Ronchi¹, Claudia Cormio¹, Fulvia Lagattolla¹

¹ Servizio di Psiconcologia, Istituto Tumori "G. Paolo II", Bari

Background

I cambiamenti nell'immagine corporea sono una importante fonte di distress per le pazienti con tumore al seno. La self-compassion, la possibilità di mantenere un'attitudine di gentilezza nei confronti di sé stessi, può aiutare le persone ad adattarsi positivamente ai cambiamenti corporei. Obiettivo dello studio è comprendere il ruolo di questo aspetto come mediatore del distress psicologico.

Metodi

84 pazienti, in corso di trattamento chemioterapico, hanno completato i seguenti questionari: SF-12;

Body Image Scale; Self-Compassion Scale; Hospital Anxiety and Depression Scale. È stato misurato anche il grado di alopecia con la scala Dean.

Risultati

Età media del campione è 49 anni. Il 59% si ritiene insoddisfatto della propria immagine corporea; il distress è presente nel 57% del campione, una condizione di compromissione nella componente fisica della qualità di vita (SF-12) è presente nel 73% delle pazienti; il 54% ha avuto una perdita di capelli di oltre il 25%. Una Self-Compassion elevata è presente nel 50% delle pazienti. I risultati sono preliminari.

Conclusioni

Elevata l'incidenza dell'insoddisfazione per l'immagine corporea e di distress psicologico, nonostante nella metà del campione siano presenti buoni livelli di self-compassion. In corso le indagini correlazionali per rilevare l'effetto mediatore della self-compassion.

41. DISTRESS E IMPATTO PSICOLOGICO DELL'EVENTO IN PAZIENTI CON NUOVA DIAGNOSI DI LEUCEMIA ACUTA E LINFOMA. QUALI FATTORI DI RISCHIO E PROTEZIONE?

E. Sarcletti¹, F. Guolo^{2,3}, P. Minetto², F. Ballerini², A. Todiere², R.M. Lemoli^{2,3}, P. Del Sette¹, F. Riccardi¹, G. Biffa¹

¹ U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dipartimento in line Direttore Sanitario, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova

² U.O. Clinica Ematologica, Dipartimento di Oncologia ed Ematologia, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova

³ U.O. Clinica Ematologica, Dipartimento di Medicina Interna (DiMI), Università degli Studi di Genova

Introduzione

La diagnosi di cancro, i trattamenti e gli effetti collaterali, sono eventi altamente stressanti e potenzialmente traumatici. I sintomi da stress post-traumatico possono essere più comuni nei tumori con esordio acuto, come quelli ematologici.

Il presente studio si pone l'obiettivo di indagare la presenza di distress e sintomatologia post-traumatica in pazienti con leucemia acuta e linfoma lungo tutto il percorso terapeutico.

Metodi

Sono state raccolte informazioni sociodemografiche, su distress e problemi percepiti (Termometro del Distress) e sull'impatto psicologico della malattia (IES-R) in 42 pazienti (18-70 anni) con LAL (N=5), LAM (N=17), LAP (N=3), LH (N=4), LNH (N=13).

Risultati

Rispetto al distress, il 63% dei pazienti riporta un punteggio ≥ 5 . I problemi emotivi più segnalati sono stati preoccupazioni (70%) e paure (43%). I problemi fisici più segnalati sono stati fatica (43%) e problemi di sonno (36%).

Rispetto all'impatto psicologico della malattia (media=23,9), il 37% dei partecipanti ha raggiunto un punteggio totale > 32 (10% moderato e 27% grave). Le scale di evitamento e di intrusione hanno ottenuto punteggi più alti (8,5% e 9%, rispettivamente) rispetto alla scala di iperarousal (6,5%).

Conclusioni

È fondamentale identificare precocemente pazienti oncoematologici a maggior rischio di sviluppare distress e sintomatologia post-traumatica al fine di implementare appropriate politiche sanitarie e attivare una tempestiva presa in carico psicologica.

Bibliografia

- Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):330-338. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30014-7. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28109647; PMCID: PMC5676567.
- Rodin G, Yuen D, Mischitelle A, Minden MD, Brandwein J, Schimmer A, Marmar C, Gagliese L, Lo C, Rydall A, Zimmermann C. Traumatic stress in acute leukemia. *Psychooncology*. 2013 Feb;22(2):299-307. doi: 10.1002/pon.2092. Epub 2011 Nov 13. PMID: 22081505; PMCID: PMC3808346.

42. COSTRUIRE UNA COMUNICAZIONE EFFICACE IN ONCOLOGIA: UNO STUDIO TRAINING

F. Riccardi¹, P. Del Sette¹, E. Sarcletti¹, G. Biffa¹

U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dipartimento in
line Direzione Sanitaria, IRCCS Ospedale Policlinico San
Martino di Genova

Introduzione

Una comunicazione infermieristica efficace può favorire un ambiente di cura positivo, migliorare l'aderenza e aumentare gli indicatori della qualità di cura. Risulta pertanto prioritario sviluppare programmi formativi per sostenerne le abilità comunicative.

Metodo

Un campione di 18 infermieri (17 F, età = 30-65) che lavorano a stretto contatto con pazienti con tumore della mammella ha partecipato a un corso con metodologia attiva sulle abilità comunicative. Prima (T0) e dopo (T1) il corso è stata misurata l'autoefficacia comunicativa e i comportamenti comunicativi messi in atto prima del corso (T0) e previsti dopo il corso (T1).

Risultati

Dai risultati emerge come a T0 all'aumentare degli anni di lavoro diminuisca la percezione di autoefficacia nella gestione di emozioni negative dei pazienti, $r = -.50$, $p = .044$. Tra T0 e T1 aumentano i comportamenti di comunicazione efficaci volti a gestire la negazione delle pazienti, $t(16) = -2.39$, $p = .030$. Non si rileva alcun cambiamento nell'autoefficacia percepita, $|t(16)| < 1.83$, $p > .09$.

Conclusioni

Sarebbe utile per gli infermieri una formazione continuativa sulla comunicazione, in particolare sulla gestione delle emozioni negative delle pa-

zienti. Il peggioramento di tale capacità negli anni fa ipotizzare un depauperamento delle risorse emotive degli operatori sanitari. Emerge come anche un solo workshop sulla comunicazione abbia un effetto almeno a livello comportamentale sui partecipanti.

Bibliografia

Leal-Costa C, Tirado González S, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Díaz Agea JL, van-der Hofstadt Román CJ. Communication Skills and Professional Practice: Does It Increase Self-Efficacy in Nurses? *Front Psychol.* 2020 Jun 12;11:1169. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01169. PMID: 32595561; PMCID: PMC7304242.

43. INDAGINE SUI BISOGNI ASSISTENZIALI INSODDISFATTI IN UN CAMPIONE DI DONNE SOPRAVVISSUTE AL CANCRO AL SENO

Maria Rosa Stanizzo^{1,2}, Cristina Di Nardo^{1,2}, Mario Airoidi³, Fulvia Pedani^{2,3}, Ada Ghiggia⁴

¹ S.S.D. Psicologia Clinica, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

² ANDOS ONLUS Comitato di Torino

³ Oncologia Medica 2, Città della Salute e della Scienza di Torino, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze della Vita, Università di Trieste

Sono stati esplorati i bisogni assistenziali insoddisfatti in un campione di donne *Breast Cancer Survivors* (BCS) italiane [1], raccogliendo le loro esperienze cliniche del periodo post-trattamento [2]. Al sondaggio online, inviato dai Comitati dell'ANDOS, hanno risposto 465 BCS. Le partecipanti sono state divise in tre gruppi di età e sono stati eseguiti test del χ^2 per valutare le differenze tra i gruppi in base alle variabili cliniche e psicosociali. Il 45% del campione ha meno di 45 anni, il 35% un'età compresa tra 45 e 65 ed il

20% più di 65 anni. Risultano occupate il 58,5% delle partecipanti; di esse il 62,2% svolge un lavoro che richiede l'interazione con il pubblico, con una prevalenza significativa nelle donne più giovani [$\chi^2(2) = 54.1, p < .001$]. Sono state riscontrate differenze tra le fasce d'età, sul tipo di intervento chirurgico eseguito e sui servizi pubblici offerti, in particolare in merito alla proposta di un consulto psiconcologico rivolta solo alla metà del campione, in prevalenza di età inferiore ai 45 anni. Dai dati emergono bisogni assistenziali non soddisfatti: la preoccupazione per la propria immagine corporea, le conseguenze emotive del linfedema e il riconoscimento della necessità di effettuare un percorso psiconcologico. Aumentare la consapevolezza del personale sanitario dei bisogni insoddisfatti permette di migliorare la qualità di vita delle pazienti e di orientare l'offerta di soluzioni adatte a rispondere ad essi.

Bibliografia

Peate M, Saunders C, Cohen P, et al. Who is managing menopausal symptoms, sexual problems, mood and sleep disturbance after breast cancer and is it working? Findings from a large community-based survey of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 2021;187(2):427-435. doi: 10.1007/s10549-021-06117-7

Mirošević Š, Prins JB, Selič P, et al. Prevalence and factors associated with unmet needs in post-treatment cancer survivors: A systematic review. *Eur J Cancer Care* 2019;28(3):e13060. doi: 10.1111/ecc.13060

44. IL MIO CORPO, LA MIA VITA. STUDIO MULTIDIMENSIONALE IN DONNE CHE HANNO SUBITO INTERVENTO DI MASTECTOMIA

Scriminaci M.C.¹, Calcara A.¹, Fontana P.², Fichella G.², Maugeri G.², Mesiti M.², Sergi M.², Cicala S.², Fichera C.², Buscemi B.³, Alagona G.⁴, Gagliano F.⁵, Coco M.⁵

¹ Servizio di Psiconcologia Istituto Oncologico del Mediterraneo, Viagrande-Catania

² Breast Unit, Istituto Oncologico del Mediterraneo, Viagrande-Catania

³ Istituto di Gestalt therapy h.c.c. Kairos, Ragusa

⁴ Unità Operativa Complessa con Stroke Unit, Ospedale Cannizzaro, Catania

⁵ Dipartimento di Scienze della formazione, Università degli Studi di Catania, Catania

Una diagnosi di neoplasia viene inevitabilmente vissuta dal paziente come percezione di malattia, di morte, di sconfitta, di fine della vita. Per una donna la diagnosi di neoplasia alla mammella si associa anche alla percezione della perdita della propria femminilità; perdita che inevitabilmente si ripercuote sulla percezione del proprio corpo e sulla sessualità con il partner. Il sottoporsi ad intervento di mastectomia è vissuto ulteriormente dalla donna come modifica della percezione del proprio corpo, che la porta a non riconoscersi più donna, a vergognarsi della sua cambiata femminilità, con conseguente calo della libido e delle pulsioni sessuali. Lo scopo della ricerca è stato quello di indagare ed approfondire la percezione del malessere legato alla modifica del corpo in donne che hanno subito mastectomia. Hanno preso parte alla ricerca 90 donne di età compresa tra i 30 e i 90 anni operate di mastectomia. A tutte le donne è stato somministrato il questio-

nario Breast-Q. I risultati emersi mostrano una differenza statisticamente significativa tra pre e il post mastectomia in tutte le aree indagate. I risultati mostrano una forte difficoltà da parte della donna nell'aver rapporti sessuali legati alla vergogna del proprio corpo, di sé stesse, alla paura di non piacere ai propri partner, da ciò emerge la necessità di affrontare già preventivamente il futuro cambiamento nella coppia e di associare ad esso terapia individuale e di gruppo.

Bibliografia

Jamison K.R., Wellisch D.K., Pasnau R.O. Psychosocial aspects of mastectomy: I The woman's perspective. *Am J Psychiatry*.135: 432-436, 1978.

Greer S., Morris I. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 19 (2): 147-53, 1975.

Toseland R. W., Blanchard C.G., McCallion P. A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc Sci Med* 40: 517-528, 1995.

45. INTEGRAZIONE DI UNA SCHEDA PSICO-ONCOLOGICA (S.P-O) NELLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA (C.C.I.) IN ONCOLOGIA: PROMUOVERE L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE (A.M.) E LA GESTIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO DEL PAZIENTE (PZ)

A. Piattelli¹, C.M. Mastroianni¹, S. Turano¹, R.L. De Simone¹, M.D. Iuvaro¹, E. Colistra¹, S. Minardi¹, S. Conforti¹

¹ *Unità Operativa Complessa di Oncologia, Dipartimento Oncoematologico - Azienda Ospedaliera di Cosenza*

Introduzione

Cruciale umanizzare le cure del pz con un a.m. che consideri le dimensioni fisio-psico-sociali e che integri informaticamente dati clinici, bisogni, vissuti, motivazioni. Abbiamo introdotto una s.p-o nella c.c.i. per valutare il disagio psicologico (d.p.) del pz, centralizzare la gestione dei dati, garantire continuità al percorso di cura, promuovere l'a.m.

Materiali e Metodo

Una s.p-o, compilata dallo Psico-Oncologo, accessibile a tutto il team, è stata incorporata nella c.c.i. per misurare distress; consapevolezza di malattia; coping.

Risultati

Su 33M e 83F, mediana 53a, il 50% delle s.p-o è stato discusso con il team, con riscontro di livelli sopra la media di d.p. nella maggior parte dei casi. La consultazione immediata della s.p-o aiuta il team a comprendere le sfide comunicativo-relazionali.

Conclusioni

La s.p-o informatizzata garantisce alti standard di cura, monitora e gestisce il d.p. del pz, contribuisce al suo benessere e qualità di vita. La sinergia tecno-potenziata tra professionisti porta al miglioramento di performance nell'umanizzazione delle cure.

Bibliografia

Casellas-Grau, *Psycho-Oncology*, 2014, 23(1), 9-19.;
Nice Guideline, 47, 2016 May 25.

46. SIBLINGS: "PIÙ SPAZIO PER ME"

Sabrina Robotti¹, Sara De Giuseppe²

¹ U.O.S.D. Centro di Psicologia – IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

² U.O.S.D. Centro di Psicologia – IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

In oncematologia pediatrica, come per i caregiver, anche i fratelli sono a rischio di alti livelli di ansia, depressione e sintomi post-traumatici correlati al cancro. Tutto il sistema familiare subisce una serie di cambiamenti e i bisogni dei fratelli sono compresi e soddisfatti meno di quelli degli altri membri. A questo proposito, includere i fratelli nel percorso di presa in carico psicologica durante tutte le fasi di malattia e dopo la morte consente di rilevare le loro difficoltà e determinare i fattori dinamici per migliorare la loro Qualità di Vita.

Viene presentato il caso di A., fratello di 17 anni che riporta difficoltà scolastiche, senso di vuoto e isolamento, paura di ammalarsi e difficoltà nell'accedere ai ricordi relativi alla malattia del fratello scomparso.

Durante il percorso di presa in carico psicologica emerge in A. il bisogno di essere riconosciuto, accompagnato e sostenuto nella paura della morte. Vissuti e sentimenti all'inizio considerati spaven-

tosì e indicibili, oggi sono vivibili e diventa possibile ricostruire i frammenti della propria storia, riconoscersi in una rinnovata identità e ridurre il peso della solitudine.

A. ha trovato nella terapia uno spazio in cui ricomporre ed elaborare ricordi traumatici, un contenitore in cui la sua storia ha trovato una casa e anche la possibilità di aprire una porta sul futuro, senza far uscire chi l'aveva abitata in maniera viva e profonda, ma trovando uno spazio nuovo per sé e per ogni cosa.

Indice dei nomi

- Abbatantuono D. 11
Airoldi M. 60
Alagona A. 61
Alongi F. 54
Andreis F. 31
Anselmi E. 34
Asturaro C. 28
Auriemma G. 39
- Babore A. 51; 52
Bafunno D. 43
Ballerini F. 58
Bassi C. 38
Bellani M.L. 9; 15
Bencivenga I. 39
Benvenuti S. 53; 56
Berruti A. 41
Bertelli T. 46
Berti L. 34
Biancucci S.A. 27
Biffa G. 58; 59
Bleve S. 45
Bonera M. 31
Bonetti E. 25
Borgognoni L. 30
Bottelli V. 31
Bovero A. 23; 54
Bramanti S.M. 51; 52
Buday E. 25
Buscemi B. 61
- Calanni Macchio M. 48
Calcara A. 61
Caligiani L. 30
Calvano R. 39
Campolmi E. 30
Capasso R. 32
- Carli B. 30
Caruso R. 22
Caserta V. 49
Cattadori F. 34
Cattoi V. 12
Cavagna E. 27, 40, 41
Centrone F. 43
Cercato M.C. 50
Ceresoli R. 53; 56
Ciardetti I. 30
Cicala S. 61
Ciceri F. 35; 36
Cicero G. 48
Ciolli D. 32
Cocconi A. 34
Coco M. 61
Colistra E. 62
Colombo F. 39
Colombo G. 37
Conforti S. 62
Copeta S. 41
Coppini S. 56
Cormio C. 57
Costantini A. 12; 20
Cotardo F. 54
Covini A. 35; 36
Cuccolo D. 26
- D'Alonzo G. 43
De Benedetta G. 21
De Cicco L. 36
De Crescenzo D. 39
De Giuseppe S. 33,62
De Leo A. 43
De Luca R. 48
De Padova S. 45; 46
De Simone R.L. 62

- Del Casale A. 20
Del Sette P. 58; 59
Deledda G. 16; 54; 55
Deori C. 31
Di Bella D. 48
Di Caprio E.L. 18; 49
Di Francesco G. 44; 57
Di Ianni M. 44; 57
Di Nardo C. 60
Di Profio A. 55
Di Profio S. 33; 34
Di Silvestre A. 47; 52
Diamare S. 39
Dorangricchia P. 55
Draghi L. 34
Duranti M. 56
- Elia A. 48
- Fabi A. 50
Failo A. 55
Fantoni G. 54
Farina G. 13
Fichera C. 61
Filastro A. 43
Filograna A. 45
Fiore F. 49
Fisichella G. 61
Fogliato E. 42
Fontana P. 61
- Gabriele G. 39
Gagliano F. 61
Galletta D. 43
Gardani M. 34
Gargiulo L. 49
Gastaldi S. 24
Gaudio B. 20
Geccherle E. 54; 55
Gennari A. 56
- Ghiggia A. 60
Giambarresi E. 37
Giannarelli D. 50
Giansante M. 44
Girelli N.D. 48
Gori S. 54; 55
Grassi L. 55
Gravina I. 54
Griffo I. 49
Grifoni R. 30
Gritti P. 19; 49
Gucciardo E. 48
Guglieri I. 49
Guolo F. 58
Gusella N. 52
- Iacono G. 28
Invernizzi R. 42
Iuvaro M.D. 62
- Lagattola F. 57
Le Goff-Pronost M. 46
Lemoli R.M. 58
Li Calzi S. 46
Lombardi L. 51; 52
Lombardo D. 54
Lombardo M. 54
Longo V. 43
Lora Aprile P. 14
Lucchini D. 40
Lucia C. 40
- Malacrida M. 24
Mancuso A.M. 12
Manfredini L. 34
Mannarini S. 36
Maradini D. 52
Marconi M. 36; 37
Marinelli V. 38
Martinelli M.P. 42

Mastroianni C.M. 62
Maugeri G. 61
Mazzocco K. 16
Meggiolaro E. 45; 46
Meriggi F. 31
Mesiti M. 61
Mezzapesa M. 57
Minardi S. 62
Minetto P. 58
Mirandola M. 31
Molinari C. 46
Monfredo M. 34
Monti M. 46
Morchio F. 39
Morganti V. 50
Moschetto M. 55
Murru L. 18

Nanni M.G. 22
Navoni G. 41
Nevoni V. 32
Nottola L. 39
Novena L. 28

Pace S. 14
Pagani G. 52
Palazzo A. 50
Palli D. 34
Paris I. 50
Pedani F. 60
Perri G. 38
Perrone M. 50
Piattelli A. 21; 62
Pimpinelli N. 30
Pino M.S. 30
Pintossi C. 53
Poli S. 54; 55
Politi M. 11
Pompili M. 20
Presti G. 54

Pugliese P. 43; 50

Quintieri M.G. 47; 52

Raffaele M. 50
Raselli R. 34
Respini D. 40
Riccardi F. 58; 59
Ritella A. 57
Robotti S. 34; 62
Roccaro S. 50
Rolland-Lozachmeur G. 46
Romito F. 57
Ronchi M. 57
Rosito A. 41
Rossi A.A. 36
Ruffilli F. 46
Ruini C. 19
Rusconi E. 42
Russo D. 41

Salvia R. 38
Sarcletti E. 55; 58; 59
Scaburri E. 35; 36
Scarponi D. 23; 39
Sciarra P. 44; 57
Scotti M. 26
Scriminaci M.C. 48; 62
Sergi M. 61
Sestini S. 30
Sestito C. 55
Sommacal S. 17
Speziani D. 21
Staffolani B. 39
Stanizzo M.R. 60
Stuppia L. 52
Surrenti E. 30

Tamburo De Bella M. 13
Tanzilli A. 50



Todiere A. 58	Vardè V. 43
Tornesello A. 15	Vatteroni R. 32
Tortora G. 32	Vela A. 48
Traverso R. 42	Venturini V. 35; 36
Trumello C. 51; 52	Venturino C. 33; 34
Tucci A. 41	Versaci A. 54
Tulimieri E. 32	Verusio C. 36; 37
Turano S. 62	Vista R. 49
Tuveri M. 38	
	Zaccagnino B. 46
Uccello M. 33	Zaniboni Z. 31



RUBBETTINO

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2023
da Rubbettino print
88049 Soveria Mannelli (Cz)