



*Il Contributo della Psico-Oncologia  
nelle diverse fasi del percorso terapeutico*

*Sabato 7 marzo 2015 – ore 8.30 - 13.30  
Sala Girardi – PIME  
Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

n. Evento 1834 - 119689  
Crediti n. 5

# *Il Contributo della Psico-Oncologia nelle diverse fasi del percorso terapeutico*

*Sabato 7 marzo 2015*

*ore 8.30-13.30*

*Sala Girardi -PIME*

*Via Mosè Bianchi 94 - Milano*

## **COORDINATORE**

***Gabriella Pravettoni***

Direttore Applied Research Unit for Cognitive and Psychological Science - IEO Milano

Professore Ordinario di Psicologia Cognitiva

Dipartimento di Studi Sociali e Politici - Università degli Studi di Milano

## **PROGRAMMA**

- 8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.15 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato
- 9.15-9.30 **Paola Arnaboldi**  
Applied Research Unit for Cognitive and Psychological Science IEO - Milano  
**Psicologia della salute e servizio sanitario regionale (DG 1185/2013)**
- 9.30-9.45 **Ketti Mazzocco**  
Applied Research Unit for Cognitive and Psychological Science IEO - Milano  
Università degli Studi di Milano  
**Il modello bio-psico-sociale in medicina**
- 9.45-10.15 **Gabriella Pravettoni**  
**Decision Making nei nuovi scenari in oncologia: il rischio genetico**  
**Come accompagnare sorveglianza, farmacoprevenzione e chirurgia profilattica**
- 10.15-10.35 **Maurizio Tomirotti**  
Direttore U.O.C. di Oncologia Medica  
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano  
**Le decisioni in medicina: il punto di vista del medico**
- 10.35-10.55 **Elena Vegni - Giulia Lamiani**  
Dept of Health Sciences - A. O. San Paolo - Milano  
Università degli Studi di Milano  
**Breaking bad news: prima diagnosi, recidiva e progressione di malattia**  
**Come sostenere la comunicazione**

10.55-11.15 *Discussione*

11.15-11.30 *Intervallo*

11.30-11.50 **Silvia Riva**

Università degli Studi di Milano

**Older cancer patients: comorbidità e multiprofessionalità**

11.50-12.10 **Gabriella Pravettoni - Paola Arnaboldi**

**Gestire il dolore e la sofferenza nella relazione di cura**

12.10-12.30 **Sandro Barni**

Direttore Servizio di Oncologia- Ospedale "Treviglio-Caravaggio"  
Treviglio (BG)

**Il tempo del passaggio dalle cure attive alle cure palliative**

12.30-13.00 *Discussione*

13.00 -13.30 *Compilazione schede di valutazione e di verifica*

*Psicologia della Salute*  
*e Servizio Sanitario Regionale*  
*(D.G. 1185/2013)*

*Raola Arnaboldi*

Gli strumenti delle scienze psicologiche possono rappresentare un valido contributo nell'affrontare i cambiamenti socio-epidemiologico-strutturali che interessano il nostro servizio sanitario, in particolare per quanto concerne la gestione della cronicità.

Lo spostamento concettuale dal "to cure" al "to care" prevede un accompagnamento della persona che si ammala di cancro lungo l'intero percorso terapeutico, spesso attraverso strutture di cura diverse, con una sempre maggiore rilevanza dei processi comunicativo-relazionali nel rapporto medico-paziente: la continuità assistenziale cambia i ruoli e avvicina gli attori.

Gli psicologi clinici che operano nelle strutture del servizio sanitario e si occupano delle persone che si ammalano di cancro e dei professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico multidisciplinare del paziente possono rappresentare una figura chiave nella lettura di una relazione di cura caratterizzata, oggi, da dinamiche sempre più complesse. Inoltre, il principio della continuità assistenziale ospedale-territorio che diviene mandatario nella presa in carico della cronicità porta in primo piano la figura del Medico di Medicina Generale, alter ego del collega ospedaliero e figura professionale che gode di una prospettiva privilegiata sulla dimensione socio-psico-familiare del paziente.

Quali modelli esistono in letteratura che si sono occupati di promuovere una collaborazione transdisciplinare? Quali i principali ostacoli ad una efficace collaborazione? Verranno presentate e approfondite alcune evidenze.

# *Il modello bio-psico-sociale in medicina*

*Netti Mazzocco*

Il modello tradizionale bio-medico considera la malattia come qualcosa di riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati. L'impostazione di stampo riduzionistico ricerca la causa nell'organo (o apparato) disfunzionante, e compie un'operazione di "parcellizzazione" della realtà del malato, focalizzando l'attenzione sulla parte corporea disfunzionale. In questo senso la malattia è vista come deviazione dalla norma e presenta una causa biologica primaria, oggettivamente identificabile.

Nel modello tradizionale si ha la totale esclusione di fattori comportamentali e sociopsicologici, che non essendo considerati cause potenziali di malattia, non vengono valutati nel processo di diagnosi (Basaglia, 1982).

D'altro canto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946 ha sviluppato e proposto un concetto di salute che fa riferimento non solo alle componenti fisiche (funzioni, organi strutture), ma anche a componenti mentali (stato intellettuale e psicologico), sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e spirituali (valori).

La salute non è più concepita come la semplice mancanza di malattia, bensì come "uno stato di completo benessere psichico, fisico e sociale". Si è di fronte ad un cambio di paradigma nella professione medica e nei professionisti della salute. Come suggerito da Mongelli (1990, p. 26-27), "un moderno concetto di salute richiede sia una definizione più ampia, sia un approccio globale di tipo interdisciplinare, che non consiste nella sommatoria di interventi individuali, in quanto i singoli specialisti possono offrire solo una visione parziale del problema.

La salute, dunque, è il risultato dell'interazione uomo-ambiente, in cui l'ambiente costituisce l'ambito principale che influenza la qualità della vita". Questa definizione coglie bene l'effetto del dibattito iniziato negli anni Ottanta che porta ad un cambio di paradigma nella pratica medica con lo sviluppo del modello biopsicosociale secondo il

quale ogni condizione di salute o di malattia è conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engel, 1977).

Viene dunque superata la visione deterministica propria del modello biologico per accogliere un approccio in cui la persona è considerata nella sua globalità spaziale e temporale. “

La vita “normale” di un individuo non può essere considerata uno stato, cioè una posizione statica, né un equilibrio dinamico, quanto piuttosto un susseguirsi di cambiamenti incessanti derivanti da condizioni di perenne squilibrio e di continuo adattamento alle mutazioni dell'ambiente fisico e socioculturale, comprendendo in questo anche l'insieme delle relazioni contestuali in cui il soggetto vive.”

(Borsellino, 1998, p. 26).

La comprensione di tale processo di cambiamento deve essere contestualizzato secondo una prospettiva temporale che abbracci tutto l'arco vitale. Nel corso della vita, infatti, la rappresentazione che ognuno ha della salute e della malattia cambia fortemente, così come cambiano i processi biologici di base, le dinamiche emotive, cognitive e di personalità, le norme sociali e le aspettative, le attività e il livello di partecipazione alla vita di relazione. In questo contesto, il ragionamento clinico in cui si indagano segni, sintomi, si utilizzano esami di laboratorio e strumentali non è più sufficiente e deve essere integrato con le valutazioni, le aspettative, le preferenze e tutti gli aspetti psicologici e sociali dei pazienti lungo tutto il percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

### **Il contributo sistemico**

Il modello bio-psico-sociale fonda le sue origini più profonde nella Teoria Generale dei Sistemi sviluppata dal biologo Ludvig von Bertalanffy (1950). Secondo questo approccio teorico un sistema è una realtà complessa i cui elementi interagiscono reciprocamente, secondo un modello di circolarità e in base al quale ogni elemento condiziona l'altro ed è da esso a sua volta condizionato. Quello che ne deriva è che il significato di ogni singolo elemento va ricercato nel sistema di relazioni in cui il singolo elemento è inserito e non nell'elemento stesso.

Tre sono i principi fondamentali di questo modello teorico: totalità, dove il cambiamento in una parte mette in moto il cambiamento di tutto il sistema;

retroazione, che si allontana dal concetto di casualità lineare per lasciare il posto a quello di circolarità, dove ogni punto del sistema influenza ed è influenzato da ogni altro, e infine l'equifinalità dove ogni sistema è la migliore spiegazione di se stesso in quanto sono i parametri del sistema stesso a prevalere sulle condizioni che hanno generato il

sistema. Sono, questi, sistemi dinamici aperti impegnati in un continuo scambio di energia e materia con l'ambiente.

In questa prospettiva il paziente è considerato un sistema in cui parti differenziate cooperano per formare un'entità organizzativa con specifiche funzioni, che non possono essere svolte dalle singole parti autonomamente e non possono essere comprese se non vengono considerate come elementi di una globalità. Allo stesso modo egli stesso è elemento di un sistema più ampio che influenza e da cui è influenzato (si veda figura 1).

**Popolazione**



**Famiglia, piccoli gruppi, cultura**



**Individuo**



**Sistema nervoso**



**Organi**



**Tessuti**



**Cellule**



**Molecole**

Figura 1  
Gerarchia dei sistemi secondo l'approccio biopsicosociale.

Ogni livello nella gerarchia opera in accordo ad un unico sistema d'azione: in tal senso le interazioni molecolari operano a livello cellulare, percezione e cognizione operano a livello psicologico, l'attribuzione di significato opera a livello sociale e culturale.

La comprensione di come questi livelli s'integrano è alla base della comprensione dello stato effettivo dell'individuo. L'esperienza del dolore, ad esempio, può essere visto come il risultato dell'interazione dei livelli fisico, psicologico e sociale. I fattori biologici danno forma alla sensazione del dolore, i fattori psicologici contribuiscono alla percezione e alla

componente cognitiva e di significato ed infine i fattori sociali e culturali influenzano il modo in cui l'individuo reagisce e si comporta di fronte al dolore.

### **Il metodo d'indagine e la multidisciplinarietà nel modello biopsicosociale**

Raccogliere informazioni sui diversi livelli che caratterizzano l'individuo non solo migliora la relazione medico-paziente, ma migliora gli esiti clinici del paziente aumentando il suo comportamento d'aderenza ai piani di trattamento (Charlton, Dearing, Berry & Johnson, 2008). La connessione tra aspetti emotivi e psicologici e lo svilupparsi di un disturbo o di una malattia organica è stata ampiamente dimostrata (Adler, 2009) ed emerge di conseguenza la rilevanza di indagare aspetti che vanno al di là del modello biomedico.

Nel modello biopsicosociale, il processo comunicativo diventa uno strumento d'indagine fondamentale e l'intervista tra le principali fonti d'informazione. La comunicazione, d'altro canto, non si limita alla raccolta della storia del paziente, ma deve essere "sfruttato" come mezzo utile per costruire assieme al paziente, in un processo di scelta condivisa, un piano terapeutico che tenga conto di preferenze, bisogni e abitudini del paziente stesso.

È comprensibile, d'altra parte, la difficoltà di approfondire l'indagine oltre le competenze specifiche di ogni specialista. Come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1991, una ragionevole strategia è quella che prevede attività di équipes multiprofessionali interagenti al proprio interno e con il paziente.

Uno sforzo deve essere fatto, quindi, per incrementare una cultura dell'integrazione e la comunicazione interprofessionale, in cui la condivisione interdisciplinare diventa uno degli aspetti fondanti della psicologia della salute.



## Bibliografia

- ✓ Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of psychosomatic research*, 67(6), 607-611.
- ✓ Borsellino P. (a cura di) (1998), *Prevenzione e territorio: le tossicodipendenze*, Armando, Roma.
- ✓ Charlton, C. R., Dearing, K. S., Berry, J. A., & Johnson, M. J. (2008). Nurse practitioners' communication styles and their impact on patient outcomes: an integrated literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(7), 382-388.
- ✓ Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- ✓ Foss L, Rothenberg K. *The second medical revolution: from biomedicine to infomedicine*. Boston: Shambhala; 1987.
- ✓ Mongelli A. (1990), *La salute come processo. Dalla medicalizzazione della salute all'educazione sanitaria*, Cacucci, Bari.
- ✓ Basaglia OF. (1982), *Salute/Malattia: le parole della medicina*, Einaudi, Torino.
- von Bertalanffy L. *General system theory: foundations, development, application, revised*. New York, NY: George Braziller; 1968.

*Decision Making nei nuovi scenari in oncologia:  
il rischio genetico  
Come accompagnare sorveglianza, farmacoprevenzione  
e chirurgia profilattica*

*Gabriella Pravettoni*

Prophylactic mastectomy to reduce the risk of developing breast cancer in the presence of a BRCA mutation has been available for many years. Yet, immediately after Angelina Jolie's announcement of her decision to undergo a bilateral prophylactic mastectomy, the level of women's interest in genetic testing and/or preventive surgical intervention soared incredibly as witnessed by the increased number of information requests followed the announcement. FORCE (<http://facingourrisk.wordpress.com/>), a non-profit organization dedicated to improving the lives of those affected by hereditary breast and ovarian cancer, reported that calls to their hotline quadrupled within 36 hours. A sudden increased interest in genetic information related to breast cancer was also noted by Wikipedia which announced that the page describing the gene, BRCA 1, was viewed nearly 30,000 times the day of Angelina's announcement. Moreover, many physicians report that cancer genetic clinics have seen an uptake in women seeking BRCA 1/2 genetic testing following Ms. Jolie's disclosure. Cognitive science, more accurately than medicine itself, can provide an explanation for this phenomenon. In fact, according to the descriptive theories of decision, Jolie's story emphasizes how the role played by heuristics in driving human decisions can become stronger than that played by rationality. "My mother fought cancer for almost a decade and died at 56", Jolie declared, expressing the personal motivation that led her to take this difficult decision.

Tversky and Kahneman [1] would have attributed this choice to the availability heuristic, a mental shortcut occurring when people make judgments about the probability of events by how easy it is to think of examples.

According to the availability heuristic, the easier it is to recall or imagine the consequences of something, the greater we perceive these consequences to be.

The reason why this heuristic can bias our perception of reality is that the frequencies with which events come to mind are not usually accurate reflections of their actual probability in real life. A woman whose mother died from cancer when only 56 will tend to overestimate (no matter what the actual reality is) both the probability of dying from cancer in the general population, as well as the probability that she herself will die from cancer. She will therefore become more prone to take a drastic decision such as preventive bilateral mastectomy than someone else who has not had the same experience.

A second point emerging from Jolie story regards the psychological effect that a celebrity's decision can have on other individuals. Using the representativeness heuristic [1] people tend to relate to her and think they have the same problem (and thus tend to look for the same solution) even though their situation is totally unconnected, as in the case of the 90 percent of women with family histories not linked to increased risk of the BRCA genetic mutation that would not benefit at all from genetic counselling or testing. When people rely on representativeness to make decisions, they are likely to judge wrongly because the fact that something is more representative does not necessarily make it more likely. As a consequence of neglecting the relevant base rates and being unable to accurately predict the likelihood of a certain event (such as the probability of developing breast cancer) people will say: "I want to do the genetic test that Angelina had", or "I want to undergo the same surgery she did", even though such interventions may not be necessary or even applicable to their actual health condition. In addition to creating confusion and false expectations, there may also be serious financial implications for private individuals, for the health care system and for private health insurance companies that, at least in the USA, are likely to pay for the procedure when there is a strong family history of breast and/or ovarian cancer. The third heuristic emerging from the Jolie story is the anchoring heuristic [1], a cognitive bias occurring when individuals tend to rely too heavily on the first piece of information (the "anchor") they receive when making decisions. Once an anchor is set, people make their choice by adjusting away from that anchor, often resulting in insufficient adjustments and consequently in biases toward interpreting other information around it [2].

From the Jolie story people have received two different anchors. The first one is numerical: “My chances of developing breast cancer have dropped from 87% to under 5%. I can tell my children that they don’t need to fear they will lose me to breast cancer” she wrote. Although Jolie herself affirmed that “the risk is different in the case of each woman”, the anchor our mind automatically creates is that this particular surgery reduces an 82% risk. The second anchor is more psychological and relates to the first information we received about the current health status of the actress: she is as charming as she has always been, and back to her private and working life just a few days after surgery. This information anchors us just on the positive effects of the operation, without letting us place the right amount of attention on its related risks, difficulties, and possibly later outcomes and side effects. Relying on heuristics and emotional interpretation of information, the Jolie story biases individuals towards thinking that preventive mastectomy, and preventive surgery in general, is the right choice and will lead to the same positive outcomes for everybody regardless of their illness, clinical and family history or genetic profile. The fallacy of this approach is evident from the fact that, perhaps, a mutation in the BRCA genes not only increases the risk of breast cancer, but also that of ovarian cancer, which is notoriously a much more insidious and deadly disease. According to the normative theories of decision, in order to make a choice in conditions of risk and uncertainty, a fully rational decisionmaker evaluates the severity and likelihood of all the possible outcomes in order to choose the option with the highest expected value. Such a process is supposed to be entirely guided by rationality, without any emotional interference.

On the contrary, numerous observations in the field have shown that humans are characterized by a bounded rationality and that their decisions are often based on feelings and emotions which, whether naturally occurring or experimentally induced, exert a strong influence on individuals’ risk perceptions, risk preferences, and decision making [3–6]. Giving informational inputs into decision making, emotions may influence individuals’ choices directly by evoking specific tendencies toward action [7] and appraisal [3–8] or indirectly by interfering with their ability to retain and process information, thereby impacting comprehension. Medical decisions, especially those that require important risk evaluation such as in the genetics field, are particularly influenced both by heuristics and emotional interferences. In fact, by nature, humans do not easily manage the concept of risk, not only because of their wellknown innumeracy, but also because emotional reactions usually alter the rational analysis of statistical information. Our mind goes over such information creating many different scenarios imbued with

emotions that arise from our past knowledge and experiences, such as the vividness with which consequences can be imagined or remembered. These scenarios alter basic probabilities in favour of a subjective perception of risk based on an affective rather than cognitive evaluation of hazards. In conclusion, we do not want to underestimate the positive effect of Jolie's announcement in giving moral support to some women from families with hereditary breast cancer and in breaking taboos about genetic illnesses. Neither do we want to deny the importance of understanding the power of preventive surgery in significantly reducing the risk of developing cancer. Nevertheless, we argue that, in order to help patients make the most effective and rational decisions, best practice and physician communication skills should be focused on the personalization of information with the aim of educating patients about the meaning of multiple personal risks and the pros and cons of the various risk-reducing measures (radical versus conservative) according to their specific health status. Moreover, the development of metacognition abilities that raise the awareness of patients (and physicians!) about heuristics and the effects they can have in altering rational decisions is necessary in order to reduce biased decisions and cognitive distortions. Such knowledge is supposed to prevent erroneous expectations or excessive requests of screening and treatment options that are useless or unrelated to the individual's personal health status.

# *Le decisioni in medicina: il punto di vista del medico*

*Maurizio Tomirotti*

In un mondo ideale, le uniche valenze implicate nei processi decisionali in medicina dovrebbero essere la valutazione clinica del singolo paziente, l'esperienza del medico e la capacità di costruire un rapporto interpersonale che aiuti nelle scelte (shared decision making)

Nel mondo reale, le interazioni sono molto più complesse. Un grande studio, pubblicato negli USA nel 2010, ha cercato di riconoscere e pesare le maggiori interferenze esterne sul processo decisionale.

E' emerso che una specifica richiesta da parte del paziente riconducibile a spot televisivi che reclamizzano farmaci o indagini diagnostiche esercita un'influenza non trascurabile sulle scelte del medico nell'82,1% dei casi (nel 27,5% addirittura definita come "influenza maggiore").

Analogamente le scelte sarebbero influenzate dalla preoccupazione di ripercussioni medico-legali complessivamente nell'81,4% dei casi ("maggiormente" nel 33,3%), dalla rimborsabilità delle spese sanitarie nel 68,3% (30,2%), da pressioni da parte delle Amministrazioni ospedaliere nel 45,2% (11,2%)

Se a tutto questo sommiamo le fisiologiche difficoltà diagnostiche e interpretative dovute alla complessità e variabilità biologica delle patologie con le quali ci confrontiamo e dell'organismo ospite, ben si comprende come nel tempo si siano sviluppate procedure tendenti a migliorare la qualità decisionale del medico (valutazioni interdisciplinari, linee guida, supporti informatici, ecc.)

Cruciale è la necessità di condividere le decisioni con il paziente che può e deve essere sempre più informato e coinvolto nel processo. Ma per poter attuare una reale condivisione, non basta che il paziente sia bene informato, occorre che sia educato a

comprendere il valore delle alternative possibili per sé, per la propria famiglia, per il proprio progetto di vita.

Ne consegue la necessità che il rapporto medico paziente sia in primis un rapporto tra due persone che mettono in gioco, da entrambe le parti, le proprie competenze, la propria storia, i propri limiti. Così come il medico deve formarsi in tale senso, anche il paziente può essere aiutato ad arrivare preparato al colloquio decisionale. In alcuni dei maggiori ospedali USA sono addirittura stati attivati centri dedicati di informazione e supporto che dovrebbero “attrezzare” il paziente in vista del colloquio.

Nella nostre realtà, da segnalare l’implementazione su ampia parte del territorio italiano del progetto Hucare in grado di trasferire nella pratica clinica quotidiana modalità di intervento (accoglienza, informazione continua, personalizzazione dell’assistenza e decision making) validate da studi clinici internazionali, declinandole, in fase operativa, alla concretezza dei nostri reparti ospedalieri.

In una fase storica nella quale la medicina (e in particolare l’oncologia) si trova a dovere affrontare e vincere la sfida posta da una innovazione scientifica mai così tumultuosa e un assetto economico generale non più in grado di sostenerne l’impiego clinico, il processo decisionale dovrà incardinarsi su concetti di Value Based Medicine e personalizzazione delle scelte.

Dal 14 al 16 del prossimo mese di maggio, in coincidenza e collaborazione con EXPO, i primari oncologici italiani ne parleranno a Milano, riuniti nel loro XIX Congresso Nazionale CIPOMO.

*"Breaking bad news":  
prima diagnosi, recidiva e progressione di malattia.  
Come sostenere la comunicazione*

*Elena Vegni  
Giulia Lamiani*

Comunicare cattive notizie è un compito frequente ma impegnativo della pratica clinica. I medici spesso non si sentono sicuri ad affrontare le reazioni emotive dei pazienti o dei familiari e a gestire la complessità etica, relazionale e organizzativa che queste conversazioni spesso comportano. Nel presente contributo offriremo una panoramica della letteratura attuale proveniente dall'ambito medico e psicologico sulla comunicazione di cattive notizie. Verranno discussi i principali approcci e linee guida sulla comunicazione di cattive notizie con una particolare attenzione all'ambito oncologico. Inoltre, verrà descritto un particolare approccio formativo -il "Programma per migliorare le competenze comunicativo - relazionali" (PERCS)- come un possibile modello di intervento per sostenere la comunicazione clinico-paziente nelle conversazioni difficili. PERCS è stato sviluppato presso il Children's Hospital di Boston ed è stato in seguito implementato presso l'Ospedale San Paolo a Milano. Basandosi su una concezione relazionale ed esperienziale dell'apprendimento, PERCS è un corso interdisciplinare che utilizza le simulazioni con pazienti-attori e la discussione tra pari come strumento di apprendimento. Questo approccio didattico è stato utilizzato per discutere conversazioni difficili in diverse aree della medicina come ad esempio l'oncologia, la medicina d'urgenza, la dialisi, la medicina riproduttiva e la radiologia. Durante l'intervento verranno presentati alcuni frammenti di simulazioni per la discussione in aula.



# *Elder cancer patients: comorbidità e multiprofessionalità*

*Silvia Riva*

La presentazione ha lo scopo di illustrare le principali problematiche dei pazienti anziani con multimorbidità e in politerapia e le possibili strategie di supporto psicologico e sociale.

A seguito dei cambiamenti demografici ed epidemiologici degli ultimi decenni, la gestione dei pazienti anziani con multimorbidità e politerapia è diventata una sfida incombente e complessa per la maggior parte dei sistemi socio-sanitari.

Sempre più anziani soffrono di malattie croniche, presentano un profilo di multimorbidità, vengono curati con un numero elevato di farmaci (politerapia), e sono esposti ad un rischio elevato di ricoveri ripetuti e accessi (spesso evitabili) in pronto soccorso. Saper supportare i pazienti anziani (e le loro famiglie) nella gestione della complessità indotta dalla multimorbidità e dalle politerapie è un problema emergente e, paradossalmente, ancora orfano di risposte e soluzioni definitive sostenute da chiare evidenze scientifiche o le linee-guida precise.

Multimorbidità e politerapia sono inoltre spesso associati a una percezione molto bassa del proprio stato di salute generale, una bassa soddisfazione delle scelte terapeutiche e a un aumentato rischio di riospedalizzazioni che possono determinare un incremento della mortalità. Alcune ricerche hanno dimostrato che un intervento psicologico ad hoc orientato al supporto del paziente anziano in politerapia può portare a un significativo miglioramento della HRQL con un decremento notevole del numero di riospedalizzazioni e importanti ripercussioni sulla partecipazione nelle scelte del trattamento, sull'adesione ad esso e sulla soddisfazione nelle cure ricevute. Tra questi interventi, quelli che in particolare hanno avuto un esito positivo in termini di miglioramento della qualità di vita associata alla salute e di diminuzione del numero di

riospedalizzazioni erano stati basati sull'integrazione del costrutto di *empowerment* in un contesto organizzativo fondato sull'integrazione e il coordinamento dei percorsi di cura che assicurino la continuità ospedale-territorio.

La presentazione orale proposta, vuole suggerire, partendo dall'esempio di dati di letteratura sull'*empowerment*, come esempi di intervento di rete integrati dal supporto psicologico in pazienti anziani con e senza tumore, possano offrire un reale e concreto sostegno alla gestione della terapia, a un miglioramento della Qualità della Vita del paziente e dei familiari e a un minor tasso di ospedalizzazioni.

# *Gestire il dolore e la sofferenza nella relazione di cura*

*Gabriella Pravettoni  
Paola Arnaboldi*

L'oncologia rappresenta un campo della medicina dove le componenti oggettive e soggettive dell'esperienza algica sono state particolarmente inscindibili.

Nonostante questo, negli ultimi 20 anni sono state pubblicate solo tre *review* aventi come focus lo studio dell'incidenza del dolore oncologico.

In generale, 1 paziente su 2, affetto da neoplasia, lamenta dolore, con una prevalenza maggiore nei tumori del distretto cervico-facciale: il trattamento del dolore, quindi, deve costituire bagaglio professionale e culturale di chi cura il malato oncologico con particolare attenzione agli aspetti soggettivi, di sofferenza.

Se da un parte, accade che i clinici manchino di una formazione adeguata, spesso è proprio il paziente ad essere riluttante a riportare il dolore al curante per una serie di assunti che hanno radice nell'organizzazione di personalità e nel suo profilo cognitivo e che arrivano a condizionare la scelta di sopportare il dolore il più possibile con importanti ripercussioni sulla qualità della vita.

Quale è il luogo fisico per la cura e il trattamento del dolore e della sofferenza in oncologia? Quali le figure professionali maggiormente coinvolte? Un caso clinico descriverà come la messa in atto di un approccio multidisciplinare e sincronico tra ospedale e territorio rappresenti la strada ottimale per la presa in carico del dolore e della sofferenza in una paziente affetta da tumore ovarico.

# *Il tempo del passaggio dalle cure attive alle cure palliative*

*Sandro Barni*

L'oncologo medico è quello che passa più tempo col paziente oncologico (a parte l'infermiere) poiché lo segue a volte prima della chirurgia (terapia neo-adiuvante) spesso per la terapia adiuvante che può durare molti anni e poi nel follow up. Si crea quindi un rapporto speciale tra loro che va al di là della malattia oncologica e che fa sì che il medico diventi un consulente, un confidente, un amico.

Non sempre però il paziente guarisce e quindi si devono ricominciare terapie anche impegnative che costringono il paziente a visite o ricoveri ospedalieri e quindi i momenti di incontro col medico oncologo aumentano. I rapporti si infittiscono, a volte diventano più difficili, ma in genere la complicità tra loro tende ad aumentare.

Fortunatamente nel tempo è andata modificandosi la visione del trattamento del dolore prima e della terapia palliativa poi. Si è passati da un modello "sequenziale" in cui all'inizio del percorso ci si occupava della "terapia attiva" da parte dell'oncologo e poi (quando?) si inviava il paziente al palliativista di cui per altro non esiste una professionalità ben definita, se non dall'esperienza.

Ho sempre vissuto questo modello come quello del paziente come "pacco postale" che veniva inviato ai vari specialisti "al bisogno".

Successivamente il modello ha contemplato la co-presenza dei due aspetti di cure attive e palliative, con una prevalenza delle prime nelle fasi iniziali della malattia.

Oggi si sta espandendo il cosiddetto modello delle "simultaneous care" che prevede la presenza accanto al paziente di molte figure, certamente coordinate, a mio parere, dall'oncologo, che rispondono alle varie necessità del malato: mi riferisco allo psicologo, all'infermiere, al palliativista, al fisiatra ecc.

In questo modo il modello dovrebbe risolvere il problema del distacco tra malato e medico oncologo che passa in secondo piano quando le cure attive (preferisco chiamarle terapie antitumorali in generale) non hanno più senso.

Ma è proprio qui il problema: quando non hanno più senso? E per chi non hanno più senso.

Una prima considerazione è che questo tempo dipende da molti fattori che si riferiscono alla malattia, alla cura, al medico e soprattutto al paziente.

Ci sono infatti tumori che hanno un andamento lento e che si possono trattare, ad esempio con ormoni, anche fino a pochi giorni prima del decesso, senza che diano tossicità o problemi al malato.

Ci sono tumori che richiedono trattamenti molto più tossici e che devono essere interrotti prima che si configuri l'accanimento terapeutico: e qui il discorso potrebbe diventare lungo e insidioso.

Questo tempo dipende dal paziente, e mi riferisco non solo alle condizioni fisiche, che forse sono oggi più facilmente standardizzabili, ma soprattutto alle condizioni psicologiche. Ci sono malati che chiedono cure anche pericolose e tossiche anche per un piccolissimo vantaggio o presunto tale, e ci sono malati che accettano di smettere le cure attive perché hanno accettato l'idea della non guarigione o sono stanchi di essere trattati.

In tutto questo spesso si inserisce la richiesta dei parenti che non sempre coincide con la volontà del paziente e che molte volte interferisce nelle decisioni terapeutiche.

Da ultimo dipende anche dal medico. Non ho dubbi che tutti i colleghi siano in grado di valutare il proprio paziente e la sua capacità di tollerare un eventuale trattamento anche in ragione della profonda conoscenza e complicità che si è instaurata col proprio malato.

Il problema, che io ancora ho e credo possa essere anche di altri, è che quando si decide di interrompere il trattamento attivo, si vive questa scelta come una rinuncia, come il gettare la spugna, come una resa. Questa è una brutta sensazione che si prova nonostante si sappia bene che a questo punto (ma quale?) è meglio per il paziente essere seguito in altro modo, che non è l'abbandono ma una cura che mira alla qualità della vita e della morte.

Insomma io non so rispondere alla domanda di quando è il tempo del passaggio, quello che so è che questo tempo viene e se si vuole che sia il meno traumatico possibile, ci si deve preparare insieme al malato e a tutti quelli che sono coinvolti nel percorso di cura, in modo che questo passaggio non sia un trauma, un abbandono, una resa, ma un naturale continuum, condiviso e accettato da tutti.

## Appunti

## Appunti