



UNIVERSITÀ  
POLITECNICA  
DELLE MARCHE



WEBINAR

Ancona - Anno Accademico 2023/2024

Corso di perfezionamento universitario in  
**COMUNICARE IL CANCRO, LA MEDICINA E LA SALUTE**



# PRINCIPI DI FORMAZIONE PSICO-ONCOLOGICA DI CHI COMUNICA IN ONCOLOGIA.

Dott.ssa Cristina BILANCI  
*Psicologa Psicoterapeuta Psico-oncologa*  
Consigliere S.I.P.O. Marche

Ancona, 14 giugno 2024

La **Psico-oncologia** si situa come interfaccia tra l'oncologia, da un lato, e la psicologia clinica e la psichiatria, dall'altro.

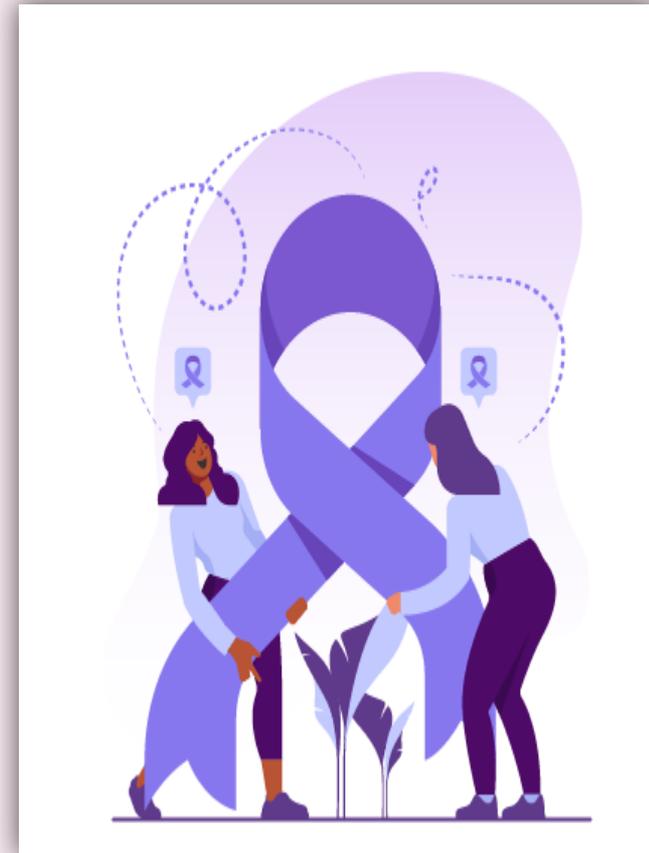
In *un'ottica transculturale* analizza due significative dimensioni legate al cancro:

- l'**impatto** psicologico, comportamentale, sociale e spirituale della malattia sul paziente, la sua famiglia e l'équipe curante;
- il **ruolo** dei fattori psicologici e comportamentali nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella cura delle neoplasie.

La specificità della Psico-oncologia consiste nel suo rivolgersi a pazienti il cui disagio psicologico **non dipende primariamente** da un disturbo psicopatologico nel senso specifico del termine, ma è generato **dalla situazione traumatizzante** della malattia.

Obiettivo primario diventa quindi la **PREVENZIONE**.

## UN ACCENNO ALLA PSICO-ONCOLOGIA



# COS'È LA S.I.P.O.?

La SIPO è stata fondata a Milano il 26 settembre 1985 con l'obiettivo di integrare le figure professionali che operano nell'ambito dell'oncologia e dell'assistenza alle persone malate di cancro e alle loro famiglie.

I principi su cui si basa la SIPO riguardano molteplici attività che rappresentano il focus del lavoro assistenziale, di ricerca e formativo: **dalle campagne informative alla formazione del personale sanitario e dei volontari; dalla ricerca all'applicabilità clinica di tali interventi, con un controllo continuo sulla qualità dell'assistenza.**

Nel 1993 la SIPO contava 250 membri, in cui erano rappresentati psicologi, psichiatri e oncologi e dal giugno 1996, la Società ha ampliato la partecipazione anche ad altre figure professionali che operano in oncologia.

Dal 1997 la SIPO si è articolata territorialmente in sezioni regionali, finalizzate a favorire quella **capillarità e uniformità necessarie per la diffusione delle linee di intervento e di ricerca della disciplina.**

Questo processo è continuato negli anni successivi, portando la SIPO ad interagire e a collaborare con altre società scientifiche del settore oncologico, quali l'*Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)*, l'*Associazione Italiana di Ematologia e Oncologica Pediatrica (AIEOP)*, la *Società Italiana di Cure Palliative (SICP)*, l'*Associazione di Infermieri Oncologici (AIIO)* e all'ampia rappresentanza del volontariato e dei movimenti per i diritti delle persone con cancro presenti in Italia. Dal 2008, la SIPO è inoltre società membro dell'*International Federation of Psycho-Oncology Societies*, nata con l'obiettivo di unire gli sforzi per la creazione di linee-guida e collaborazioni tra le società e i gruppi di lavoro di psico-oncologia a livello internazionale ([www.ipossociety.org/federation.aspx](http://www.ipossociety.org/federation.aspx)).





**Lo Psico-oncologo è  
l'esperto della mediazione  
tra gli operatori sanitari e  
il paziente; tra il paziente  
e i suoi familiari;  
tra le emozioni del  
paziente e le sue scelte.  
(L. Valera)**

# TRE CONCETTI PRINCIPALI: CRISI, COPING, ADATTAMENTO PSICOLOGICO

Il concetto di **CRISI** è considerato come “momento di cambiamento”, nell’ambito del quale possiamo distinguere tre fasi:

1. **l’esplicitazione del problema**  
(specificamente, il cambiamento nel rapporto con se stessi e con gli altri, la consapevolezza della propria vulnerabilità e dell’eventualità della propria morte), che ha il valore di **una richiesta di aiuto** e testimonia il fatto che quanto sta accadendo va oltre le capacità di autogestione del problema da parte del soggetto;
2. **la mobilitazione della rete sociale** prossima al paziente (ad es. i familiari, gli amici, il personale curante);
3. **lo sviluppo di un nuovo equilibrio** attraverso l’individuazione di soluzioni adattive e l’accettazione del cambiamento.



# STRATEGIE DI COPING.

Il concetto di **STRATEGIA DI ADATTAMENTO, o COPING**, è stato proposto dalla psicologia cognitiva anglosassone e indica l'insieme delle strategie che ciascuno sviluppa per gestire o diminuire l'impatto di un evento minaccioso per il proprio benessere fisico e/o psichico.

Lo stile di *coping* dipende:

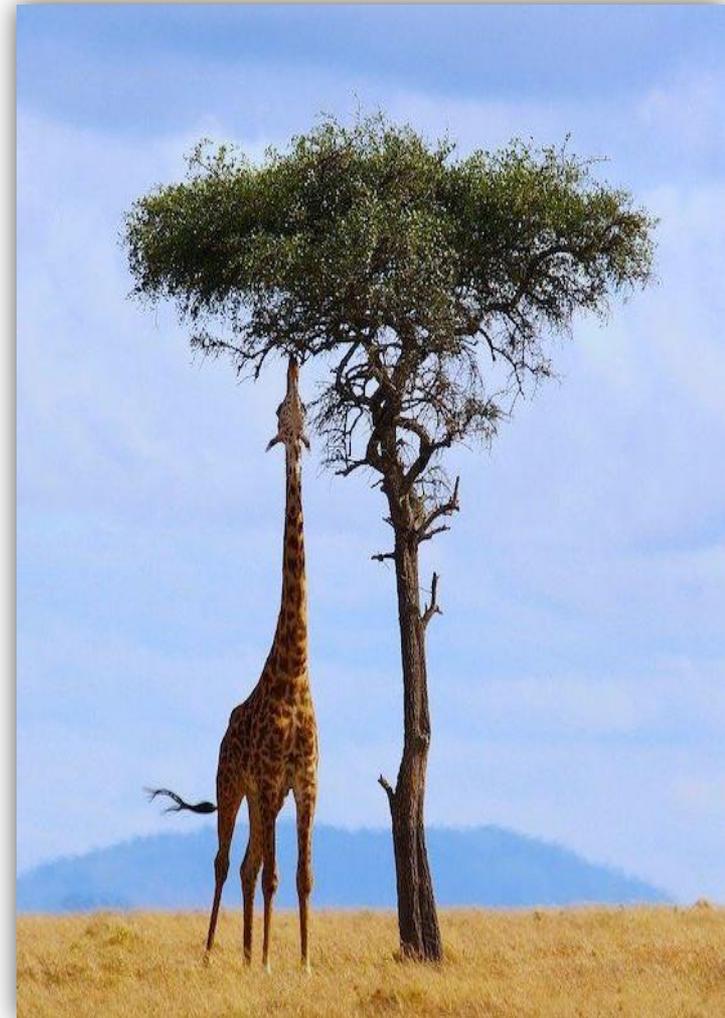
- **dalla valutazione cognitiva** dell'evento e delle risorse disponibili;
- **dal comportamento** che la persona adotta per far fronte al problema in termini di intervento (attivo) o di evitamento (passivo);
- **dal tipo di controllo emotivo** utilizzato.

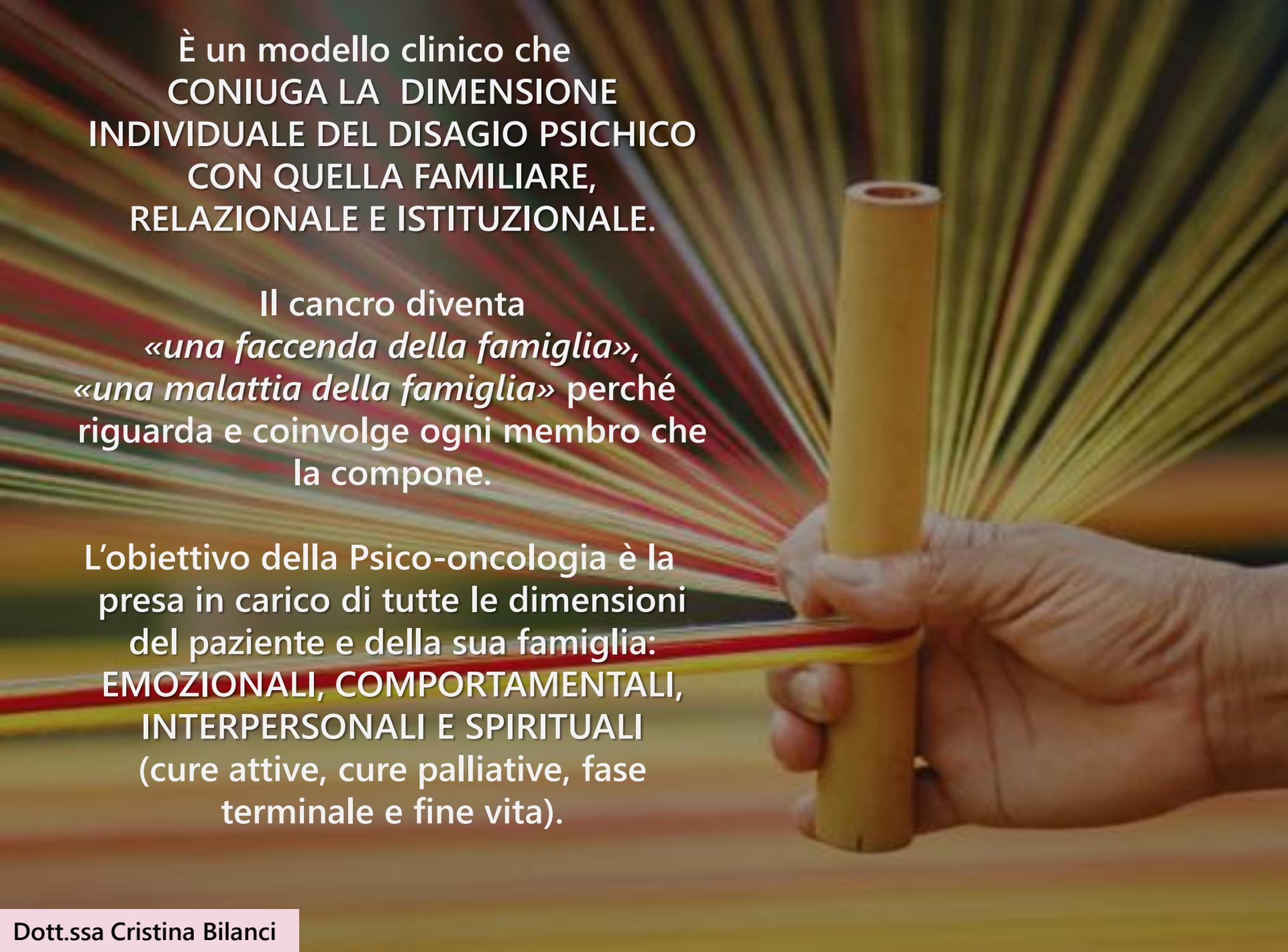


# ADATTAMENTO PSICOLOGICO

Il concetto di **ADATTAMENTO PSICOLOGICO PLURIFATTORIALE** distingue diverse categorie di fattori tra loro interdipendenti.

- In relazione ai pazienti:
  - i “**predittori**” (ad es. eventi di vita, status sociale, costituzione biologica, caratteristiche di personalità),
  - i “**moderatori**” (specifiche strategie di adattamento utilizzate dal soggetto, caratteristiche personologiche suscettibili di mutazioni nel tempo),
  - il tipo di **adattamento** che ne risulta.
- In relazione al trattamento:
  - l’**organizzazione** delle cure,
  - le **tecniche terapeutiche** utilizzate.



A hand holding a wooden staff with colorful rays emanating from it. The background is a soft, warm glow with many thin, radiating lines in shades of yellow, orange, and red, creating a sunburst effect. The hand is positioned on the right side of the frame, gripping the staff. The staff is a light brown color and has a hollow end. The overall mood is hopeful and supportive.

È un modello clinico che  
CONIUGA LA DIMENSIONE  
INDIVIDUALE DEL DISAGIO PSICHICO  
CON QUELLA FAMILIARE,  
RELAZIONALE E ISTITUZIONALE.

Il cancro diventa  
*«una faccenda della famiglia»*,  
*«una malattia della famiglia»* perché  
riguarda e coinvolge ogni membro che  
la compone.

L'obiettivo della Psico-oncologia è la  
presa in carico di tutte le dimensioni  
del paziente e della sua famiglia:  
EMOZIONALI, COMPORTAMENTALI,  
INTERPERSONALI E SPIRITUALI  
(cure attive, cure palliative, fase  
terminale e fine vita).

# PSICO-ONCOLOGIA E L'ÉQUIPE CURANTE.

Il lavoro con l'équipe in ospedale è un **asse importante** del lavoro dello psicologo/psico-oncologo.

L'attenzione viene posta sull'équipe curante, in particolare **sugli aspetti emozionali e relazionali** dell'équipe che interagisce e comunica con il paziente e la sua famiglia.



## Perché?

- ➔ gli studi hanno dimostrato che l'adattamento del paziente alla malattia e ai trattamenti dipende in larga misura dalla **qualità dell'approccio relazionale/comunicativo** dell'équipe curante.
- ➔ gli studi mostrano che l'équipe oncologica è ad alto rischio di *burn out*.

# L'INCONTRO CON I PAZIENTI ONCOLOGICI ...

*“Dal dolore indicibile alle parole per dirlo” :*

dalla valutazione/consulenza ➡ al supporto psicologico ➡ alla psicoterapia.

Importanza viene data a:

- ✓ il contenuto manifesto.
- ✓ il contenuto latente.
- ✓ gli aspetti transferali/controtransferali.
- ✓ i significati personali/familiari.  
i significati emotivi/relazionali.



# LA MALATTIA ONCOLOGICA



Come il terremoto, la diagnosi irrompe nella vita di una persona fermando il tempo ...

... una persona che ha una famiglia, riveste un determinato ruolo sociale e ha un progetto di vita (personale, familiare, lavorativo)

**TUTTO SEMBRA DISTRUTTO: PROGETTI, SOGNI, DESIDERI, SPERANZE.**

# IL CANCRO COME EVENTO CRITICO.

Gli eventi critici sono sempre caratterizzati da alcune precise connotazioni:

- ❖ sono improvvisi ed inaspettati;
- ❖ travolgono la personale sensazione di avere il controllo delle situazioni;
- ❖ comportano la percezione di una minaccia potenzialmente letale;
- ❖ possono comprendere perdite emotive e/o fisiche;
- ❖ violano i presupposti su come secondo noi funziona il mondo (mappe cognitive).



# IL MALATO E LA MALATTIA

- È vissuta come un **processo incontrollabile** che invade, trasforma e lentamente porta a morte.
- È tra gli eventi **più traumatici** e stressanti.
- È la malattia **più temuta** in assoluto.





## ... il TRAUMA: QUALE SIGNIFICATO?

**"Il trauma è il risultato mentale** di un evento o una serie di eventi improvvisi ed esterni, in grado di rendere l'individuo **temporaneamente inerme** e di disgregare le sue strategie di difesa e di adattamento."  
*(OMS, 2002)*

**"Qualsiasi evento può assumere una valenza traumatica** a patto che il viverlo implichi l'esperienza di un **senso di impotenza e vulnerabilità** a fronte di una minaccia, soggettiva o oggettiva, che può riguardare l'integrità e condizione fisica della persona, il contatto con la morte oppure elementi della realtà da cui dipende il senso di sicurezza psicologica dell'individuo."

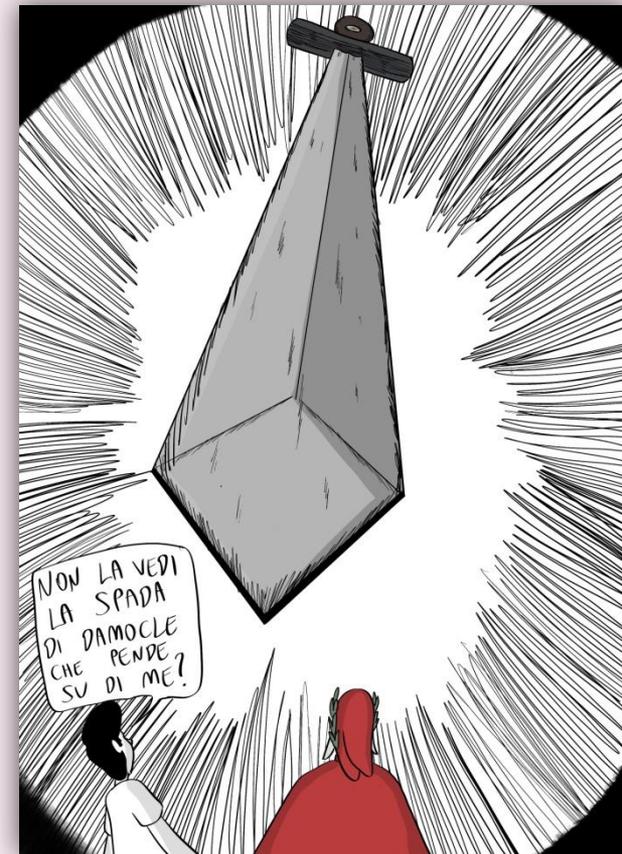
*(Freud, Bowlby, Caretti e Craparo)*

## LA SPECIFICITÀ DEL TRAUMA IN ONCOLOGIA

Qual è l'immaginario legato al cancro?

- «Il trauma arriva dall'interno, dal proprio corpo»: **vissuto di tradimento, sfiducia.**
- All'inizio, non c'è un «piccolo tumore»: a livello emotivo ci sono **il tumore e la paura di morire.**

**Il tumore è vissuto sin dall'inizio come una condanna ed è associato all'incertezza della guarigione**  
*(Sindrome della Spada di Damocle)*



# LA MALATTIA ONCOLOGICA

**DIAGNOSI**

**IDENTITÀ**

insieme di caratteristiche  
che rende l'individuo  
unico e inconfondibile



Corpo  
Psiche  
Relazioni  
Progetti  
Spiritualità

# IL DOLORE FISICO

- ▶ **La modificazione violenta della propria immagine corporea**
- ▶ **Comparsa di numerosi sintomi fisici** che interferiscono con il benessere psicofisico
- ▶ **La perdita parziale della propria autonomia**
- ▶ **Problemi** relativi al sonno, all'alimentazione, alla sessualità, al lavoro, al tempo libero ...

***... Cosa sono diventato?***



# IL DOLORE PSICOLOGICO

- ▶ Contatto con la **finitezza della vita e con la propria fragilità**
- ▶ Paura della **sofferenza** e della **morte**
- ▶ Perdita del **controllo sugli eventi**
- ▶ **Senso di instabilità**, minaccia
- ▶ **Perdita della propria autostima**
- ▶ **Alterazione dell'equilibrio precedente**
- ▶ **Dolore, tristezza, paura**, irritabilità, pensieri intrusivi, difficoltà di concentrazione ...
- ▶ **Stravolgimento della quotidianità**
- ▶ Da persona sana a persona malata:  
**senso di solitudine e di incomprensione**

***... Non sono più io!***



# IL DOLORE RELAZIONALE

- ▶ Interruzione **dell'attività lavorativa**
- ▶ **Cambiamento** dei ruoli familiari
- ▶ **Modificazioni** relative a come si percepiscono gli altri e a come dagli altri si è percepiti
- ▶ **Senso di minaccia** verso i rapporti sociali
- ▶ **Interruzione dei rapporti sociali**



**ISOLAMENTO**



# PROGETTI E SPIRITUALITÀ

- ▶ Consapevolezza che la vita può finire
- ▶ Difficoltà a **programmare e pensare il futuro**
- ▶ Cambiano le priorità e i valori: **si riscopre l'essenziale**
- ▶ Perché proprio a me?
- ▶ Ci si interroga sul **senso** della vita e della morte e sul **significato** del tempo
- ▶ Abbraccio o rifiuto della fede/ di una fede

*... lo non lo meritavo!*



# FASI DI REAZIONE ALLA CRISI (E. Kübler-Ross)

Una malattia grave, per il suo **significato di perdita** (perdita della salute, del benessere), scatena sempre una reazione di lutto: *ammalarsi di cancro è un po' come morire in parte.*



*("La morte e il morire", 1969)*



# FASE DELLO SHOCK/RIFIUTO



La persona "agisce" il rigetto dell'esame di realtà perchè ritiene **impossibile avere quella malattia.**

Il rifiuto (o negazione nevrotica) della verità sul proprio stato di salute può essere utile alla persona per **proteggersi dall'eccessiva ansia di morte e per prendersi il tempo necessario** per organizzarsi.

# FASE DELLA REAZIONE/RABBIA

Le forti emozioni sperimentate esplodono in tutte le direzioni: investono i familiari, il personale ospedaliero, gli amici.

**Una tipica domanda è:  
"Perché proprio a me?".**

- È una fase molto delicata dell'iter psicologico e relazionale del paziente: corrisponde alla **ricerca di un senso** (per tentare di gestire il senso di impotenza).
- Rappresenta un momento critico che può essere sia il **momento di massima richiesta di aiuto**, (l'lo si rifornisce di energia) ma anche **il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé** (fase depressiva).
- Rischio di **auto-colpevolizzazione** (alla ricerca di un senso) e di depressione.



# FASE DELLA ELABORAZIONE

**Elaborazione del Lutto:** lutto inteso come un **susseguirsi di perdite.**

Nell'intervento psicologico si tratta di incoraggiare l'elaborazione di questo lutto, cioè di questa esperienza tragica, di ***questo morire in parte*** (e della paura di morire) generato dalla diagnosi e da certi interventi chirurgici. Aiutare il paziente ***a liberarsi dai "pesi" emotivi*** che ingombrano la mente e il corpo per fare spazio e/o per riscoprire nuove energie.



# FASE DEL PATTEGGIAMENTO



La persona comincia a pensare a che cosa può fare attivamente e in quali progetti può orientare e investire la speranza:

***“Se prendo le medicine,  
crede che potrò ...”,  
“Se guarisco, poi farò ...”.***

La persona **riprende il controllo della sua vita e cerca di riparare il riparabile.**

# FASE DELLA DEPRESSIONE

La persona inizia ad acquisire consapevolezza delle perdite che sta subendo o sta per subire:

## AFFRONTA IL PIANO DI REALTÀ.

Solitamente vengono distinte due tipologie di Depressione:

- ❖ La **Depressione Reattiva** (vissuto di perdita) è connessa alla **presa di coscienza** di quanti aspetti della propria identità, della propria immagine corporea e a volte delle proprie relazioni sociali, sono andati persi.
- ❖ La **Depressione Preparatoria** ha un aspetto anticipatorio rispetto alle perdite che si stanno per subire.

In questa fase della malattia la persona **non nega la sua condizione di salute.**



# FASE DELL'ACCETTAZIONE

Dopo aver affrontato la fase di shock e rifiuto, il paziente ha tentato di elaborare i vissuti emotivi e relazionali conseguenti alla diagnosi: elaborazione che accompagna tutto l'iter terapeutico.

Se adeguatamente supportato, il paziente può giungere all'**accettazione (o ad una capacità di oggettivazione) della propria condizione e a una consapevolezza di quanto sta per accadere.**



# FASE DELL'ACCETTAZIONE

Sono frequenti momenti di profonda comunicazione:  
è il momento dei saluti e della restituzione  
a chi è stato vicino al paziente.

**È il momento del "testamento" e della sistemazione di quanto può essere sistemato:** ci si prende cura dei propri "oggetti".  
(sia in senso pratico, sia in senso psicologico «gli oggetti interni»).

***La fase dell'accettazione non coincide necessariamente con lo stadio terminale della malattia.***



## CRISI/SHOCK:

- × Sentimento di irrealtà
- × Vulnerabilità
- × Tristezza
- × Paura, pensieri intrusivi
- × Demoralizzazione
- × Preoccupazione
- × Irritabilità
- × Sconforto
- × Forti tensioni fisiche/insonnia

# IL CONTINUUM DEL DISTRESS IN ONCOLOGIA

## DIFFICOLTA' NEL PROCESSO DI ADATTAMENTO:

- × Abbattimento del tono dell'umore marcato e prolungato;
- × Demoralizzazione secondaria ad un accumulo di eventi stressanti
- × Ansia
- × Colpa eccessiva, patologica
- × Rabbia duratura ed eccessiva
- × Isolamento sociale

REAZIONI NORMALI

DISTURBO

***DISTURBO DELL'ADATTAMENTO***  
***Disturbo Depressivo***

# PERCHÉ OCCUPARSI DI PSICOLOGIA IN ONCOLOGIA?

I fattori di rischio per sviluppare un disturbo dell'adattamento sono molto numerosi.

I disturbi conclamati o uno stile di *coping* disfunzionale influenzano negativamente:

- **la *compliance***
- **il dolore**
- **la qualità di vita**
- **la prognosi**
- **costi/durata ricoveri.**

(McDaniel et al, 1995; Carlson & Bultz, 2004)





## IL CANCRO: UNA MALATTIA DELLA FAMIGLIA

La Psico-oncologia pone l'accento sull'importanza delle relazioni familiari in quanto **non è pensabile prendersi cura di un paziente oncologico senza considerare le relazioni con le persone per lui significative.**

*Il cancro fa da terzo incomodo nella coppia, s'insinua nella relazione con i figli, e detta nuove regole di comportamento per tutti i componenti familiari.*



# IL SISTEMA FAMILIARE

---

## IL SISTEMA FAMILIARE

ha una dimensione temporale:  
la famiglia *ha un passato, un presente  
ed una prospettiva di vita futura.*

Il suo compito è *l'integrazione dell'orizzonte  
futuro con il vissuto e  
l'esperienza passata ...  
del "nuovo" con il "vecchio" ...*

# IL CICLO VITALE DELLA FAMIGLIA.

Le fasi, ovvero gli **EVENTI  
NORMATIVI (ATTESI)**

*Cambiamenti fisiologici,  
cioè eventi che  
determinano periodiche  
trasformazioni globali  
della struttura.*

Gli **EVENTI PARANORMATIVI  
(INATTESI)**

*Cambiamenti non previsti,  
cioè eventi difficilmente  
prevedibili che richiedono  
ulteriori modificazioni del  
sistema famiglia.*



# LA MALATTIA: L'EVENTO PARANORMATIVO PER ECCELLENZA.

La *malattia*:  
detonatore pericoloso  
**oppure**  
occasione di crescita?

Dipende  
*dallo specifico significato che la  
malattia assume all'interno  
della storia familiare.*



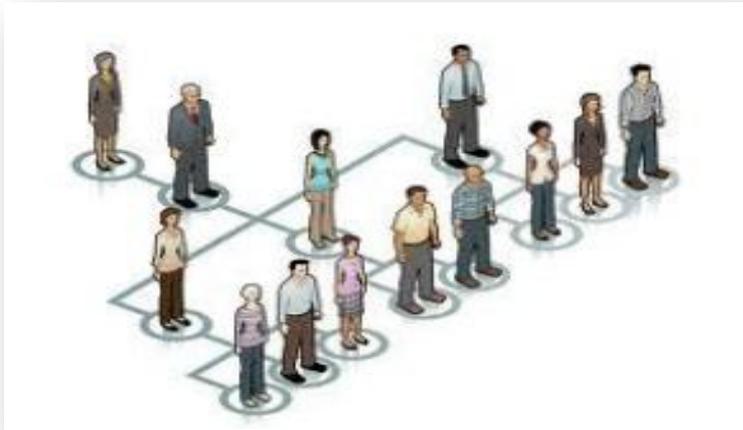
## La percezione del rischio



Il superamento dei momenti critici appare, pertanto, legato al **grado di minaccia** che viene loro attribuito dalla famiglia ed alle **risorse** che essa è in grado di mettere in campo.

La ridefinizione dei RUOLI ...

... perdere per RI-COSTRUIRE!



Ogni membro di una famiglia nasce in una *posizione definita* e deve sottostare inconsapevolmente a quei processi che dirigono la **trasmissione intergenerazionale di norme, valori, comportamenti**

Deve avvenire un *mutamento nell'assetto relazionale della famiglia*.

Ovvero prendere atto che vi sarà una **perdita del ruolo** fino a quel momento svolto, a favore di una

**RI-DEFINIZIONE  
DELL'INTERO SISTEMA**



# LE REAZIONI DEL SISTEMA FAMILIARE.

- \* **Fase di shock**: incredulità (sentenza di morte, vissuto di catastrofe).
- \* **Fase di transizione**: confronto con la realtà, con le emozioni (oscillazione dell'umore fra negazione e riconoscimento della realtà).
- \* **Riorganizzazione**: fase dell'individuazione di strategie di *coping* funzionali.
- \* **Fase di elaborazione e accettazione degli eventi**: s'impara a convivere con il cambiamento introdotto dall'evento critico; integrazione ("prima e dopo").



**Rischio dello stress cronico e cumulativo dei caregiver;  
logora le risorse positive, l'energia vitale, crea fatica:  
DEMORALIZZAZIONE e DEPRESSIONE.**

# UNA DOMANDA FONDAMENTALE: “LA MALATTIA È UN FATTO PRIVATO?”

“Non è il caso traumatico in sé a rendere malati, ma il **non poter esprimere ciò che si è subito, il non avere il diritto di manifestare sentimenti di collera, di umiliazione, di disperazione, di impotenza o di tristezza, e nemmeno di avere il diritto a vivere [...]**.

L'animo umano è indistruttibile,  
l'essere umano ha più risorse di quanto si creda e le **POSSIBILITÀ DI RIPRENDERSI PERMANGONO FINTANTO CHE IL CORPO È IN VITA**” .



# OGNUNO A MODO SUO ...



- chi **ricerca un'informazione** maggiore o valuta diverse alternative (*razionalizzazione*)
- chi **ricerca la rassicurazione** degli altri (*timore di essere allontanato*)
- chi **sottovaluta o minimizza** la gravità della diagnosi
- chi **accetta** la diagnosi trovandone aspetti favorevoli
- chi **intraprende** nuove azioni (*acting-out*)
- chi **subisce** l'inevitabile rassegnandosi (*malattia come punizione*)
- chi **si rifugia** in dipendenze per ridurre la tensione
- chi **si isola**
- chi **se la prende** con qualcuno o qualcosa (*proiezione*)
- chi **si affida** a qualcuno (*curanti, guru*)
- chi **cerca di non pensarci** (*repressione*) o si impegna in altre attività per non pensarci (*spostamento*)
- chi **affronta** il problema (*la malattia è un nemico da combattere*)

# L'IMPORTANZA DELLA BUONA COMUNICAZIONE

La comunicazione è una **competenza che deve essere coltivata**: gli specialisti *"entrano in scena"* ogni volta che interagiscono con i pazienti e con i loro familiari per fornire informazioni, dare consigli, offrire incoraggiamento e supporto. Il modello di intervento **centrato sulla relazione** richiede che i professionisti adottino un approccio coerente con l'idea che i **pazienti hanno il DIRITTO di essere informati** rispetto al loro quadro clinico e di partecipare al processo decisionale.





Ciò che diciamo ai nostri pazienti, e **COME lo diciamo**, può influenzare il loro stato d'animo e il loro modo di fronteggiare quanto è stato comunicato.

Il **NON DIRE la verità** può dare un'impronta di sfiducia alle relazioni che si instaurano con l'équipe curante e segnare la natura delle successive relazioni tra questa, paziente e familiari.

La comunicazione svolge un **effetto terapeutico, così come la relazione con l'équipe può essere terapeutica**: il team può diventare la "base sicura" per il paziente dandogli la certezza che lì troverà aiuto durante tutto il suo percorso di cura.

# IL RUMORE DI FONDO ...



Spazio fisico e  
spazio emotivo.

# LE COMUNCAZIONI DIFFICILI IN ONCOLOGIA.

- Diagnosi
- Prognosi
- Recidiva di malattia
- Fallimento delle cure
- Modificazione della terapia
- Argomenti quali sessualità/fertilità
- Procedure dolorose
- Passaggio alle terapie palliative/di fine vita e/o hospice
- Morte imprevista o improvvisa del paziente e/o insorgenza di complicanze
- Conversazioni di fine vita – pianificazione anticipata delle cure
- Discussione sulle DAT

*(A. Costantini, OncoTalk 2023)*

# A COSA DOBBIAMO PRESTARE PARTICOLARE ATTENZIONE?

1. Il confronto con l'incertezza.
2. Il confronto con gli effetti collaterali e le disabilità conseguenti alla malattia e ai trattamenti.
3. Il confronto con la dipendenza dagli altri.
4. Il bisogno di mantenere l'autostima.
5. La necessità di mantenere le relazioni importanti.
6. I grovigli familiari.

*(W. F. Bayle, A. Costantini, 2014)*



- 1. Il confronto con l'incertezza.** Di fronte alla diagnosi di una patologia potenzialmente mortale, il non sapere cosa succederà rappresenta una delle maggiori fonti di ansia. È fondamentale **identificare i tratti di personalità** predominanti per comprendere come questi influiscono sulle modalità con cui il paziente affronta la malattia e "modellare" una comunicazione più efficace.
- 2. Il confronto con gli effetti collaterali e le disabilità conseguenti alla malattia e ai trattamenti.** Il dolore fisico e la sofferenza emotiva sono degli *stressor* importanti. Per cui è necessario che questi aspetti (soprattutto se cronicizzati) vengano attentamente considerati e **NON banalizzati**.



- 3. Il confronto con la dipendenza dagli altri.** Diventare il punto di riferimento della vita di un'altra persona e dargli indicazioni e supporto spesso è dato per scontato; viceversa essere dipendente anche per le attività più semplici **può essere umiliante e quindi difficile, spesso impossibile, da sopportare.**
- 4. Il bisogno di mantenere l'autostima.** Quando ci si ammala di cancro, indipendenza e autonomia spesso vengono minate e con queste la possibilità di avere una buona autostima. Sapere di avere un'équipe che prende a cuore quanto sta accadendo **può essere vitale.**



5. **La necessità di mantenere le relazioni importanti.** La rete familiare e sociale rappresenta un'importante fonte di supporto e gratificazione. Sottoporsi a terapia oncologica o diventare disabili a causa della malattia può **improvvisamente modificare questi contatti e relazioni.**
  
6. **I grovigli familiari.** Spesso i familiari, nel loro desiderio/bisogno di proteggere chi si ammala, trattano i pazienti come bambini **NON** fornendo loro tutte le informazioni relative alla patologia: questo può **privare il paziente di conoscenze fondamentali** per affrontare la situazione.

# FATTORI DI STRESS DELLA PRATICA IN ONCOLOGIA

1. Dare cattive notizie.
2. Discutere di fine vita.
3. Le aspettative del paziente.
4. La negazione del paziente.
5. Il paziente con molta informazione.
6. Trattamenti pesanti che infliggono dolore e deturpazione.
7. La perdita del paziente

*(A. Costantini, OncoTalk 2023)*

# LE ABILITÀ COMUNICATIVE-CHIAVE PER I COLLOQUI CON I PAZIENTI E LE FAMIGLIE.



- **“Dietro la malattia c’è una PERSONA”.** La storia personale del paziente va conosciuta per trasmettergli la certezza che la relazione con il curante è umana e non solo medica.
- **“Chiedere prima di parlare”.** Il paziente è pronto ad ascoltare le informazioni? È in grado di comprenderle?
- **“Sequestro emozionale” (LeDoux, 1996).** Non è un meccanismo psicologico di negazione o rifiuto, ma una barriera neuroanatomica per la quale la presenza di un forte stato emotivo impedisce di processare nuove informazioni in modo razionale e quindi di ricordare cosa gli è stato detto.

*(L. Grassi, A. Costantini, M. Biondi, 2023)*



- **“Dare al paziente il suo tempo”**. Aspettare in silenzio o utilizzare alcune frasi empatiche fa sì che la carica emotiva possa attenuarsi e che il paziente possa recuperare un “ruolo attivo” nella comunicazione.
- **“Familiari che vogliono bloccare la comunicazione”**. *Chiedere-ascoltare-dire-negoziare*: favorisce un’alleanza tra familiari e curanti e permette ai familiari di accettare l’idea che il paziente ha il diritto, se lo desidera, di ricevere tutte le informazioni e che il medico ha il dovere di fornirle.
- **“Rispondere alle domande difficili”**. I pazienti spesso non esprimono direttamente ciò che sentono. *‘Mi dica di più’* è una frase potente che permette di avvicinarsi al mondo emotivo del paziente.

(L. Grassi, A. Costantini, M. Biondi, 2023)



- **“Affrontare le emozioni”**. Per l'équipe è importante resistere al desiderio di risolvere lo stato emotivo del paziente fornendo, magari, rassicurazioni eccessive o premature. Comprendere, empatizzare significa discutere veramente di ciò che il paziente sente, fornendo un supporto emotivo sano e competente.
- **“Dare speranza”**. Il paziente ha bisogno di essere rassicurato, di sapere che riceverà le migliori cure possibili e, soprattutto, che NON verrà abbandonato nonostante l'evoluzione della sua malattia.

*(L. Grassi, A. Costantini, M. Biondi, 2023)*

# ALCUNI ESEMPI.

| Cosa sente/dice   | Il professionista può dire   |
|---|--|
| FAMILIARE: (Sconfitto) "Non so come potrò affrontare tutto questo da solo"            | "Si sente quanto sia difficile per lei ..."  |
| PAZIENTE: "sono veramente indeciso, non so cosa fare"                                 | (Normalizzare): "Molti pazienti hanno le sue stesse difficoltà nel prendere decisioni" |
| PAZIENTE: "Mi sento in colpa per aver trascinato la mia famiglia in tutto questo ..." | "Non ha nessuna colpa."  |
| FAMILIARE: "Non dica della recidiva, non lo sopporterebbe."                           | "Mi vuole dire cosa pensa che potrebbe accadere?"                                      |

# GLI ESITI DI BUONA COMUNICAZIONE.



- ❖ *Maggiore soddisfazione* per le cure mediche e migliore capacità di ricordare le informazioni.
- ❖ *Riduzione dei contenziosi* dovuti a *malpractice*.
- ❖ *Migliorata competenza* nella sperimentazione medica.
- ❖ Diminuzione delle probabilità che i pazienti possano ricevere *cure mediche futile nel fine vita*.
- ❖ *Ridotto rischio di burn-out* dei curanti in condizioni di stress e da scarsità di risorse.
- ❖ Aumentata capacità dei curanti di *affrontare argomenti difficili* come il passaggio a trattamenti palliativi.
- ❖ Miglioramento del **lavoro di gruppo** tra i membri dell'équipe
- ❖ Aumentata sensazione, da parte dei pazienti, di *venire supportati* nei momenti di crisi.

(W. F. Bayle, A. Costantini, 2014)

# LE PAROLE CREANO ILLUSIONI E DELUSIONI ...

Cura.

Guarigione.

Remissione completa

Risposta parziale.

Stabilizzazione della malattia.

Progressione.



*(A. Costantini, OncoTalk 2023)*

Studi osservazionali su pazienti con small cell lung cancer mostrano come medici e pazienti colludono in un comportamento che porta a favorire **un falso ottimismo sulla guarigione.**

*(The AM et al BMJ, 2000)*

# ALCUNI STUDI SUI PAZIENTI ONCOLOGICI.

- I pazienti hanno un elevato **desiderio di autodeterminazione** (*Seifart C. Support Care Cancer, 2020*)
- I pazienti, in generale, preferiscono **avere tardi conversazioni di fine vita** (*Seifart, 2020*)
- I pazienti **hanno bisogno di informazioni** su malattia, sintomi futuri e loro gestione, opzioni di trattamento e aspettativa di vita (*Parker SM et al, J Pain Symptom Manage, 2007*)
- Un **minoranza vuole informazioni quantitative** e dettagliate anche sulla morte (*Barnett, Psycho-Oncology, 2006*)
- Desiderio di negoziare e di interagire **con un medico empatico** che solleciti domande (*Parker, 2007*)
- Hanno diverse fonti di **speranza** (*Clayton et al, Psycho-Oncology, 2008*)

(A. Costantini, OncoTalk 2023)



Se comunicati nel modo sbagliato, informazioni e consigli **possono portare il paziente su una strada sbagliata**. Se i professionisti non sono in grado di mostrarsi empatici, i pazienti li percepiranno come distanti e non solidali.

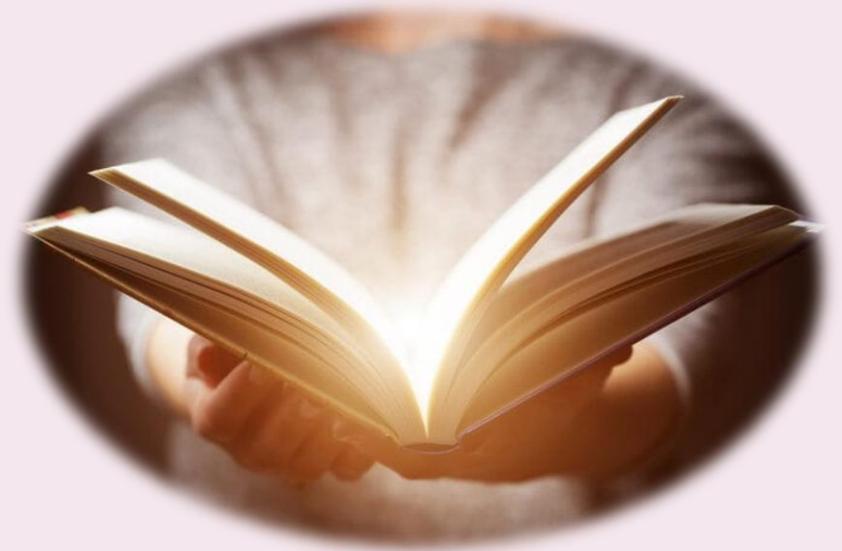
*La capacità comunicativa dello specialista può fare la differenza* tra un paziente che trova la forza di andare fino in fondo ai trattamenti e chi, invece, decide di rinunciare alle cure e di "affidarsi" ad altro ...

# COSA CI SPINGE A CHIEDERE AIUTO AL "DOTT. GOOGLE"?



L'urgenza ...

... il bisogno di sapere!

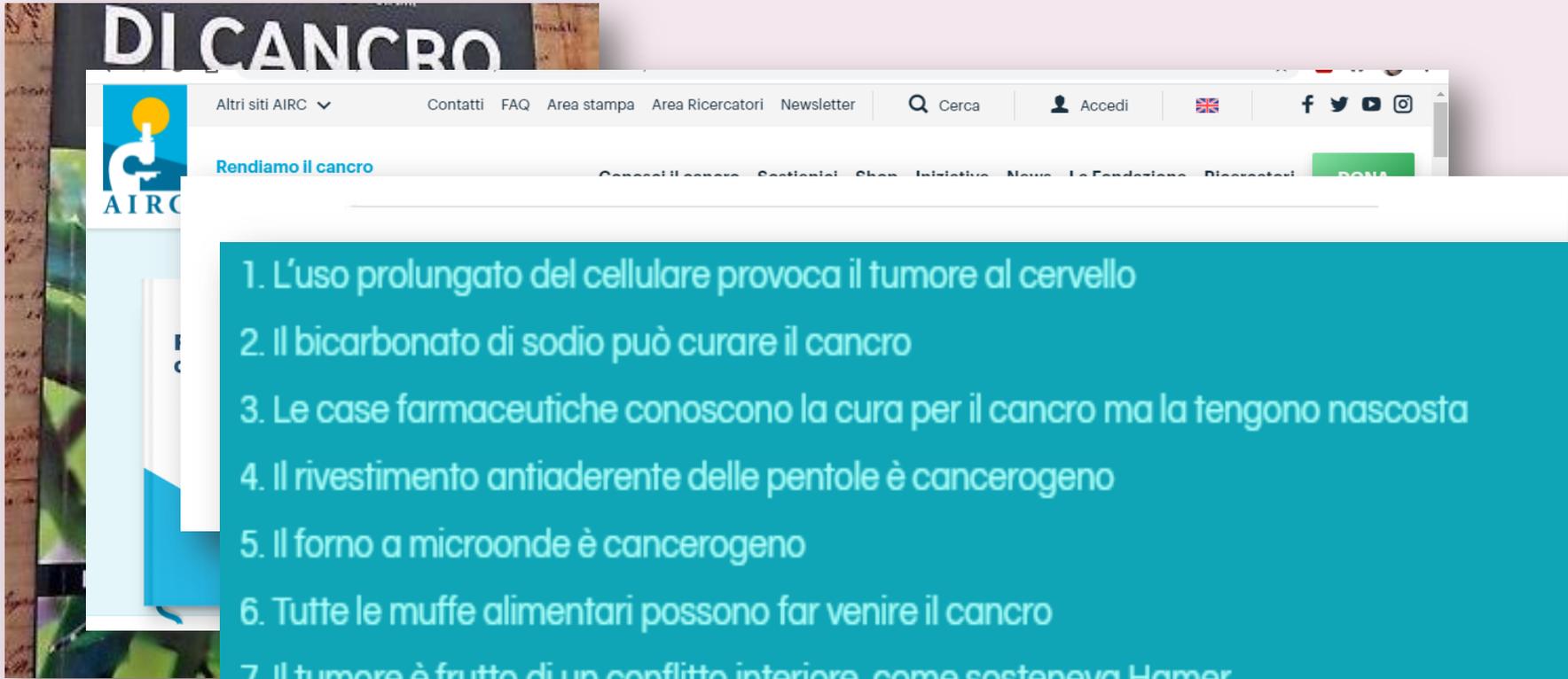


# UN PICCOLO ESPERIMENTO ...

The screenshot shows a Google search interface with the following elements:

- Search Bar:** Contains the text "cure alternative per il cancro".
- Navigation:** Includes "Tutti", "Notizie", "Shopping", "Immagini", "Video", "Altro", and "Strumenti".
- Results:**
  - Approximately 604,000 results found in 0.54 seconds.
  - Text snippet: "Alcuni studi hanno evidenziato che il ricorso all'agopuntura, allo yoga e alla meditazione possono migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici, ma queste discipline non devono mai escludere le terapie standard. 3 ago 2018".
  - Source: <https://www.fondazioneveronesi.it> > Magazine > Oncologia.
  - Link: [Tumori: muore di più chi opta per le cure alternative](#)
  - Information icon: "Informazioni sugli snippet in primo piano" and "Feedback".
  - Source: <https://www.aimac.it> > libretti-tumore > trattamenti-non-... >
  - Link: [I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico - Aimac](#)
  - Text: "Terapie **alternative** e complementari **per** la **cura** dei tumori: dall'approccio psicologico alla manipolazione fino ai rimedi di natura biologica."
  - Section: "Le persone hanno chiesto anche" with expandable items:
    - Come curare il cancro senza chemio?
    - Come ridurre le metastasi?
    - Cosa sono le cure alternative?
- Advertisements:**
  - VALTER LONGO IL CANCRO A DIGIUNO**: "Il cancro a digiuno. Come digiuno e nutritecnologia stanno..." Price: 17,96 €. Amazon.it. Da Google.
  - GUARITI DAL CANCRO SENZA CHEMIO**: "Guariti dal Cancro Senza Chemo". Price: 13,30 €. IIGiardinodeiLibri.it. Da Google.

# DALLE PRIME "BUFALE" ALLA TOP TEN DI OGGI ....



1. L'uso prolungato del cellulare provoca il tumore al cervello
2. Il bicarbonato di sodio può curare il cancro
3. Le case farmaceutiche conoscono la cura per il cancro ma la tengono nascosta
4. Il rivestimento antiaderente delle pentole è cancerogeno
5. Il forno a microonde è cancerogeno
6. Tutte le muffe alimentari possono far venire il cancro
7. Il tumore è frutto di un conflitto interiore, come sosteneva Hamer
8. Il talco incrementa il rischio di tumore all'ovaio
9. Il deodorante aumenta il rischio di tumore al seno
10. La pillola contraccettiva favorisce il tumore all'ovaio

# MA COSA SONO LE

A hand is shown pointing upwards towards a screen. The screen displays the words "FAKE NEWS" in a bold, blue, sans-serif font. The background of the screen is a blurred, bokeh-style image of light spots in shades of blue and yellow.

?

- **Macquarie Dictionary.** «identifica un'interessante evoluzione nella creazione di contenuti ingannevoli come mezzo per orientare le persone in una determinata direzione». (2016)
- **Collins Dictionary.** «falsa e talvolta sensazionalistica informazione presentata come fatto e pubblicata e diffusa su Internet». (2017)
- **Cambridge Dictionary.** «racconti falsi che appaiono come notizie, diffusi da Internet o attraverso altri media, creati solitamente per influenzare l'opinione pubblica o come scherzo».

# FAKE NEWS: UN ALLARME SOCIALE?

## Globalizzazione e digitalizzazione

- Incremento della diffusione
- Incremento del numero delle persone ingannate

## Social network

- Aumento della diffusione
- Aumento della penetrazione

## Media digitali

- Aumento della velocità (effetto valanga)
- Aumento della difficoltà della verifica e della smentita

# ALCUNE PRECISAZIONI.



Il termine *fake news* individua tre diverse aree semantiche.

- I. I **fattoidi**, cioè le notizie su eventi mai accaduti. Sono non-eventi che diventano «reali» perché qualcuno li fa «diventare» una notizia, ma anche «reali» per le conseguenze e gli effetti che producono (*Gili, 2001*)
- I. La **falsificazione** altera o deforma i dati della realtà e può riguardare le dimensioni quantitative di un evento oppure la sua natura, le sue caratteristiche qualitative.  
L'**omissione** opera preventivamente sul contenuto della notizia decidendo che cosa «non» mostrare (*Cirino, 1972*)
- III. Notizie false costruite «**per scherzo**» o **con intenti ironici e satirici** e le **white lies**, cioè menzogne concepite a beneficio di colui che viene ingannato.

# IL NOSTRO CERVELLO E LE *FAKE NEWS*.

Social media

```
graph TD; A[Social media] --> B[Eccesso di dati, notizie, informazioni]; B --> C[Dubbi e incertezze]; C --> D[Scorciatoie cognitive (euristiche)]; D --> E[Bias cognitivi];
```

The diagram consists of five horizontal bars of decreasing length, each containing a text label. The bars are colored in a gradient from purple to orange. Downward-pointing arrows connect the right side of each bar to the left side of the bar below it. The final bar, 'Bias cognitivi', is circled in red.

Eccesso di dati, notizie, informazioni

Dubbi e incertezze

Scorciatoie cognitive (euristiche)

Bias cognitivi

# MECCANISMI PSICOLOGICI: I *BIAS* COGNITIVI.

## ➤ PERSONALI.

- ***Framing effect***: tendenza a prendere decisioni sulla base di come le informazioni ci vengono presentate e discusse, anziché sull'effettivo contenuto di queste informazioni.
- ***Authority bias***: la tendenza ad attribuire una maggiore accuratezza alle opinioni di una figura che noi percepiamo come autorevole, e di conseguenza ne veniamo maggiormente influenzati.
- ***Implicit bias***: come esseri umani abbiamo la tendenza a raggruppare le persone in categorie. Inoltre abbiamo la tendenza a considerare più credibili e autorevoli le persone che sentiamo appartenere ad una categoria per noi significativa.

- ***Continued influence effect***: una volta costruita un'idea su di un argomento diventa molto difficile modificarla, anche qualora la prima informazione si dovesse rivelare errata.
- ***Fluency heuristic***: consideriamo un'informazione di maggiore valore rispetto alle altre perché più facilmente ricordabile ed elaborabile.
- ***Anchoring bias***: tendiamo a ritenere il primo pezzo di informazione che incontriamo come il più probabile.
- ***Information overload***: non è un *bias* di per sé, ma una condizione tipica della nostra società che impedisce un corretto ragionamento basato sui dati e che potenzia tutti i *bias* descritti. Il bombardamento delle informazioni a cui siamo sottoposti tutti i giorni causa un sovraccarico cognitivo che porta la nostra mente a difendersi rifugiandosi in strategie di risparmio energetico estremo.

# MECCANISMI PSICOLOGICI: I *BIAS* COGNITIVI.

## ➤ SOCIALI.

- ***Bandwagon effect***: quante più persone intorno a noi ritengono un'informazione corretta, tanto più anche noi saremo inclini a ritenerla tale, anche nel caso dovessimo avere dei dubbi. È un *bias* che si intreccia fortemente con la ***riprova sociale***, per cui se un nutrito numero di persone ritiene l'informazione corretta allora lo sarà sicuramente.
- ***Availability cascade***: una credenza collettiva guadagna sempre maggiore plausibilità attraverso la sua ripetizione in pubblico. Possiamo ritenere questo *bias* cognitivo la summa dei *bias* cognitivi sociali: tutto converge qui.

# CHI È PIÙ ESPOSTO E VULNERABILE ALLE *FAKE NEWS*?



Secondo Hovland e Lazarsfeld (1948, 1954):

- ✓ appare più vulnerabile chi ha **meno risorse intellettuali**, un più basso livello di istruzione, un minore grado di autostima;
- ✓ chi può accedere **a un numero ridotto di fonti informative** e, quindi, non è in grado di paragonare tra loro queste fonti e i contenuti dei diversi messaggi;
- ✓ chi «**vuole**» **credere**, poiché in quelle notizie (anche quando sono sospette o palesemente false) trova una conferma alle proprie idee, opinioni e credenze già preesistenti.



- ✓ ***echo chamber e filter bubble***, ovvero *un* gioco di specchi autoreferenziale che si rafforza attraverso la rete digitale (*Sunstein, 2009; Pariser, 2011*).
- ✓ **effetto terza persona**, cioè quell'atteggiamento per cui gli individui sono portati a sovrastimare gli effetti dei messaggi persuasivi sugli altri mentre sottostimano gli effetti che producono su loro stessi (*Davison, 1983; Brown, 1986; Gunther, 1991; Peiser & Peter, 2001*).

# COME RICONOSCERE QUESTE "TRAPPOLE"?

## Consapevolezza

Nell'articolo che stiamo leggendo è indicata la provenienza delle informazioni?

## Senso critico

Sono credibili o non sembrano degne di fiducia? Sono scientifiche o si basano sul "sentito dire"?

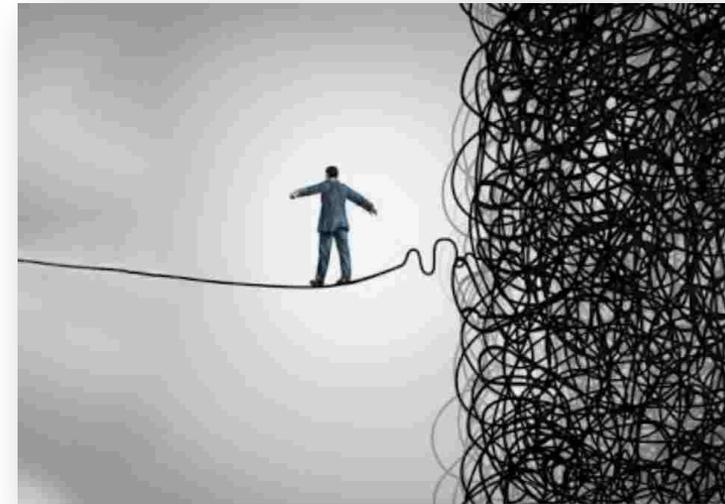
## Pensiero critico

Se più fonti attendibili espongono un determinato fatto, ci sarà più probabilità che lo stesso sia veritiero

# E QUANDO I PAZIENTI ONCOLOGICI SONO PIÙ VULNERABILI?

## DIAGNOSI/RECIDIVA

- ❖ **PAURA.** La ricerca di informazioni può funzionare da palliativo/antidolorifico.
- ❖ **AVERE MAGGIORI INFORMAZIONI.**  
*"Mi preparo a ciò che dovrò affrontare ..."* ; *"Magari non mi hanno detto la verità ..."*



## TRATTAMENTO.

- **DURATA.** Bisogno di 'accorciare' i tempi.
- **EFFICACIA.** *"Forse esiste qualcosa di più efficace ..."*
- **EFFETTI COLLATERALI.** Ricerca di una cura che 'non faccia male'.

## E LA FAMIGLIA?



Oltre a sostenere il paziente nella ricerca durante le fasi precedenti ...

### **FASE AVANZATA e TERMINALE.**

#### **➤ NON ACCETTAZIONE DELLA PERDITA.**

La ricerca del 'miracolo'.

*"Non ho fatto abbastanza ..."*

*"Non hanno fatto tutto quello  
Che si che si doveva fare ..."*

E QUAL È IL NOSTRO  
"RUOLO"?



# IL PUNTO DI PARTENZA ...

“ Se vogliamo  
aiutare qualcuno  
dobbiamo prima  
capire cosa desidera ”  
*(Kierkegaard )*



Studi condotti a partire dagli anni '80 hanno rilevato che la maggioranza dei pazienti **predilige una comunicazione franca e onesta su diagnosi, relativi trattamenti e prognosi** anche se infausta piuttosto che diagnosi camuffate, termini ambigui e informazioni confuse o addolcite.

Informazione per gradi e  
"in piccole dosi" risulta più  
tollerabile di un'invasione di dati e  
notizie.

# COMUNICAZIONE È RELAZIONE.



La relazione medico-paziente è **determinante nel modulare la soddisfazione** rispetto alla comunicazione ricevuta e al coinvolgimento attivo del paziente stesso (*engagement*).

**È fondamentale che il paziente possa percepire il medico come persona empatica e interessata; che ci sia un tempo sufficiente per discutere dei propri vissuti ed che si senta coinvolto nel processo decisionale.**

| Aspetti della relazione che il paziente vorrebbe   | Aspetti della relazione che il paziente NON vorrebbe  |
|--|---|
| Il medico assicura che sarà accanto e non lo abbandonerà, qualunque cosa accada                                      | Il medico informa prima i familiari e solo in un secondo tempo il paziente                              |
| Il medico si offre di rispondere a qualunque domanda   | Il medico si presenta nervoso e non a proprio agio  |
| Il medico garantisce il miglior trattamento possibile  | Il medico non desidera affrontare domande spinose   |
| Il medico discute onestamente col paziente tutte le opzioni possibili, incluse quelle relative a terapie alternative | Il medico si concentra solo sugli aspetti positivi e sottolinea che nella sfortuna si è stati fortunati |
| La diagnosi (e successive informazioni cruciali) è comunicata dal proprio medico (primary care)                      | La diagnosi è data da un medico sconosciuto   |
| Il medico favorisce l'espressione delle emozioni   | Il medico informa in presenza di estranei   |

*(L. Grassi, A. Costantini, M. Biondi, 2023)*



Appare evidente come il contesto risulti fondamentale in quanto **“cornice” e “contenitore” di ciò che accadrà durante il processo comunicativo**: rispetto della privacy, idoneità del luogo, modalità espressive accoglienti sottolineano il **rispetto del paziente in quanto PERSONA**.

**La comunicazione deve essere “individualizzata”, ovvero adatta a “quel paziente” in quel “sistema familiare”, in “quella determinata situazione” e in “quel determinato tempo” ... insomma ogni comunicazione è UNICA!**

# OSTACOLI NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE



## MEDICO.

- Timore di **ferire inutilmente il paziente** investigando aree dolorose (*se si evitano certi argomenti si ridurrà il disagio!*)
- Timore di **non essere in grado di affrontare** eventuali aspetti personali/intimi rivelati dal paziente.
- Timore che di **essere travolto dalle emozioni** del paziente e contagiato da angosce e sentimenti di impotenza
- Percezione che **il tempo sia troppo poco** per cui gli aspetti emozionali non possono essere "trattati".
- Pensiero (*o convinzione!*) che la propria **competenza sia unicamente la componente fisica della malattia** (*al resto ci penserà lo psicologo o lo psichiatra ...!*)

(L. Grassi, A. Costantini, M. Biondi, 2023)

# OSTACOLI NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE



## PAZIENTE.

- ❖ Percezione che **il tempo sia troppo poco** e che il medico sia troppo impegnato (*"Non posso disturbarlo!"*)
- ❖ Convinzione che con il medico si debba **parlare solo di problemi relativi al corpo e alla salute fisica** (*"Del resto abbiamo solo parlato della sintomatologia fisica!"*)
- ❖ Timore che problemi emotivi e/o personali **possano apparire banali** rispetto alla gravità della malattia o, al contrario, che siano troppo importanti da non poter essere affrontati durante una visita ambulatoriale.
- ❖ Timore che le proprie angosce **possano essere confermate o che non possano essere adeguatamente gestite** perché non comprese o "banalizzate".
- ❖ **Vergogna** di ammettere di avere difficoltà psicologiche ed essere considerati deboli, poco coraggiosi e inadeguati.

# PROVIAMO A RIASSUMERE ...



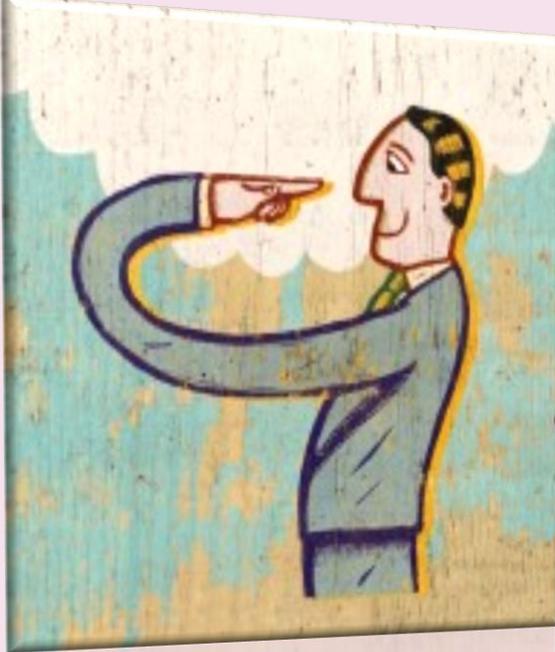
# RICORDIAMOLO!



L'**adattamento** alla malattia e ai trattamenti dipende in larga misura dalla **qualità dell'approccio relazionale dell'équipe curante** e, più in generale, delle figure che ruotano attorno al paziente.

Ciò è possibile attraverso una **presa in carico individualizzata del paziente** attraverso la disponibilità ad ascoltare e accogliere, oltre ai bisogni "di cura", anche quelli umani e relazionali.

Il paziente si sente "**preso per mano**" proprio nel momento di maggior disagio legato dapprima al sospetto e poi alla diagnosi di cancro e condotto in poco tempo a **definire un percorso attivo di "azione"** contro la sua malattia.



Ognuno di noi è chiamato a fare la propria parte: conoscere i meccanismi psicologici e sociali che determinano i principi di una buona comunicazione, contribuire all'acquisizione di **una maggiore consapevolezza** e tenere il "livello di guardia" costantemente alto. Come sempre, essendo noi "umani", la **vera soluzione è l'educazione** ... e non smettere mai di esercitare il **pensiero critico!**

É una valigia pesante, disordinata, a volte confusa, ma troviamo sempre un po' di spazio per metterci qualcosa di nuovo:

il nostro viaggio è ancora lungo!  
Da "ogni luogo" che abbiamo vissuto abbiamo portato un souvenir a volte doloroso, ma sicuramente utile:

**a noi e agli altri.**

Guardare dentro la nostra valigia significa prendere coscienza del contenuto:

**a questo punto potremmo affinare  
la nostra empatia verso  
i bisogni dell'altro!**

## LA NOSTRA VALIGIA!



*"La maggior parte degli errori che faccio nelle relazioni interpersonali, la maggior parte dei fallimenti cui sono andato incontro nella mia professione, si possono spiegare col fatto che, per qualche motivo di difesa, mi sono comportato in un modo, mentre in realtà sentivo un modo del tutto diverso".*

*(Rogers C., "La Terapia Centrata sul Cliente").*



# GRAZIE PER LA SOPPORTAZIONE!

*L'attenzione*  
è uno sguardo bellissimo.

@cleX71

