Università degli Studi Suor Orsola Benincasa

ANNALI

2024



ANNALI

2024

SUOR ORSOLA
BENINCASA
UNIVERSITÀ EDITRICE

Direttore
Vincenzo Omaggio

Direttore responsabile
Arturo Lando

Comitato scientifico
Lucio d'Alessandro
Francesco M. De Sanctis
Enricomaria Corbi
Tommaso Edoardo Frosini
Emma Giammattei
Aldo Sandulli
Paola Villani

Redazione
Luciana Trama (responsabile)
Flavia Soprani

Gli articoli negli «Annali» dell'Università Suor Orsola Benincasa sono preliminarmente sottoposti a un giudizio di referaggio nel rispetto dell'anonimato sia dell'autore che dei revisori (a doppio cieco). La valutazione è affidata a uno o più specialisti del tema trattato, designati dal Direttore degli «Annali» anche fra i componenti del Comitato Scientifico, che rivestano, o abbiano rivestito, la posizione di professore universitario nelle Università italiane o straniere ovvero si distinguano come esperti di chiara fama.

I revisori giudicano, entro 30 giorni dal ricevimento dell'elaborato, sull'opportunità di accogliere il lavoro scientifico tenendo conto dei parametri valutativi di cui alla vigente legislazione e formulando un giudizio motivato – senza modifiche o previo apporto di modifiche – di accoglimento o di rigetto. Il Direttore, infine, su propria responsabilità, può decidere di non assoggettare a revisione i lavori di particolare pregio o di autori di particolare prestigio.

—

Progetto grafico e impaginazione
Flavia Soprani

Realizzazione e stampa
Carmine Marra

© Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli 2024
Tutti i diritti sono riservati

ISSN *online* 2281-3241
ISSN *press* 2037-5867

SOMMARIO

7 GENNARO CATONE MIRELLA DONATO
Cancer-Related Fatigue Syndrome *(CRFS): il dolore del corpo e la sofferenza dell'anima*

45 CLAUDIA CERNICCHIARA GIOVANNI COPPOLA PIERO SCOGNAMIGLIO
Sul graffito perduto del labirinto della casa di Marco Lucrezio a Pompei

69 EMANUELE COLUCCIA
L'apprendimento di percorsi

109 EDOARDO D'ANGELO
La Basilicata nella documentazione fridericiana

121 ALMERINDA DI GAETANO
Il contributo della linguistica educativa alla formazione professionale: uno studio pilota

137 RICCARDO FINOCCHI ANTONIO PERRI
Le menti (e i programmi) significano? Forme di vita e Artificial Intelligence

155 ANTONELLA GRITTI TIZIANA SALVATI MARTINA ERRICO GENNARO CATONE
Consultazioni con studenti universitari: un osservatorio sulle forme di disagio giovanile

175 ANTONIO LUONGO
Capograssi e l'esperienza giuridica', ovvero dalla "preistoria spirituale" alla positivizzazione del diritto

193 DANIELA MANNO DIANA CATALDO
Diventare autori dell'inclusione. Appunti per la formazione degli insegnanti

217 SARA NAVATTI
L'uscita dall'anonimato: testimonianze di firme nella ceramica e nella statuaria dell'età greca arcaica

263 MARCO NIELI
Pigmei, Numidi, "Etiopi": per una lettura del tema "africano" nella produzione di IV stile a Pompei

303 GIUSEPPE PERTA
Napoli e il suo golfo nei portolani tardomedievali

325 PASQUALE ROSSI
Formazione professionale e tutela del territorio. Conservazione e restauro dei beni culturali all'Università Suor Orsola Benincasa: il valore della terza missione per la città di Napoli e dei suoi dintorni

345 NATASCIA VILLANI
Alle origini dell'etica della cura

357 ANTONIO ZAPELLI
De merito. *Per la critica di un'ideologia e delle sue retoriche*

GENNARO CATONE MIRELLA DONATO

Cancer-Related Fatigue Syndrome *(CRFS): il dolore del corpo e la sofferenza dell'anima*

La CRFS è riconosciuta dall'OMS quale entità nosologica indipendente, distinta da stanchezza/affaticamento e Sindrome da Stanchezza Cronica.

È un fenomeno quasi universale tra i malati di cancro, di eziologia non completamente chiarita, multifattoriale, multidimensionale, caratteristica dei pazienti in trattamento attivo e dei sopravvissuti, con persistenza variabile per numero di anni, spesso fino alla morte.

Sensazione di estrema stanchezza, scarsa energia, bisogno continuo di riposo, problematiche fisiche, emotive e cognitive persistenti la connotano. Di forte impatto sulla qualità della vita dei malati dal punto di vista fisico, familiare e della coppia, sociale, relazionale, psicologico, del rapporto con i clinici e compliance alle cure, essa appare di difficile riconoscimento, sia per il paziente che per i clinici.

Nel 2020 l'ESMO ha stilato Linee Guida europee per la diagnosi e il trattamento della CRFS, che individuano nel Pratical Assessment tre *steps* (*Screening*, *Diagnostic Assessment* e *Managment*) e quali campi di intervento *esercizio fisico*, *trattamenti farmacologici*, *trattamenti nutraceutici*, *interventi psicosociali*. Una breve sezione è dedicata all'estetica oncologica, la disciplina che declina i trattamenti estetici al paziente in terapia antineoplastica per alleviarne gli effetti collaterali. Sebbene non annoverata dalle Linee ESMO, essa appare

tassello innovativo del più ampio approccio alla sindrome.

Dall'esame della letteratura effettuato risulta chiaro il forte impatto della sindrome sulla qualità della vita del paziente in tutte le dimensioni e il carattere di variabilità da soggetto a soggetto in funzione della percezione del singolo, ferme restando le caratteristiche di base, cui non corrisponde un altrettanto risoluto sforzo nel riconoscimento e trattamento d'essa.

Parole chiave: cancro, sindrome da affaticamento cancro correlata, affaticamento, psicoterapia

CRFS is recognised by the WHO as an independent nosological entity, distinct from tiredness/fatigue and Chronic Fatigue Syndrome. It's an almost universal phenomenon among cancer patients, with etiology not completely clarified, multifactorial, multidimensional, characteristic of patients in active treatment and survivors, with persistence variable for number of years, often until death. Feeling of extreme tiredness, low energy, continuous need for rest, physical, persistent emotional and cognitive problems characterize it. It has a strong impact on the quality of life of patients, from different points of view: physical, family and couple, social, relational, psychological, the relationship with clinicians and compliance to care; it seems difficult to recognize, both for the patient and for the clinicians. In 2020, ESMO drew up European Guidelines for the Diagnosis and Treatment of CRFS, which identify in Pratical Assessment three steps (Screening, Diagnostic Assessment and Managment) and which fields of intervention are exercise, pharmacological treatments, nutraceutical treatments, psychosocial interventions. A short section is dedicated to oncological aesthetics, the discipline that declines aesthetic treatments to the patient in antineoplastic therapy to alleviate side effects. Although not included in the ESMO Lines, it appears to be an innovative piece of the broader approach to the syndrome. From the examination of the literature carried out, it is clear the strong impact of the syndrome on the Quality of

Life of the patient in all dimensions and the character of variability from subject to subject according to the perception of the individual, notwithstanding the basic characteristics, which does not correspond to an equally determined effort in the recognition and treatment of it.

Keywords: cancer, cancer related fatigue syndrome, fatigue disease, psychotherapy

1. *Introduzione*

Nell'epoca della robotica e della meccanica, viene quasi naturale guardare al corpo come macchina dagli ingranaggi in equilibrio perfetto, tanto sofisticati, quanto delicati.

Salute è armonia che il corpo silenziosamente preserva e che, tuttavia, non è esente da discrasia.

Nonostante i progressi, il cancro resta all'apice delle classifiche come causa di morte prematura. Secondo l'OMS, nel 2020 esso ha rappresentato la prima o seconda causa di morte in 112/183 Paesi in soggetti con età <70 anni e la terza o quarta in altri 23 Paesi[1]. Si tratta di dati che non tengono conto dell'impatto della sindrome da Sars-CoV-19, responsabile di notevoli ritardi in termini di prevenzione, diagnosi precoce ed intervento repentino[2].

[1] Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2020). Stime globali sulla salute 2020: decessi per causa, età, sesso, per paese e per regione, 2000-2019. Disponibile in *https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death* (verificato: settembre 2021).

[2] D.A. Corley, M. Sedki, D.P. Ritzwoller, R.T. Greenlee, C. Neslund-Dudas, K.A. Rendle, S.A. Honda, J.E. Schottinger, N. Udaltsova, A. Vachani, S. Kobrin, C.I. Li, & J.S. Haas, *Cancer Screening During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic: A Perspective From the National Cancer Institute's PROSPR Consortium*, in «Gastroenterology», CLX(4) (2021), pp. 999-1002, *https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.10.030*.

La malattia non è mai solo evento biologico. Ne è coinvolta la biografia della persona e gli affetti. Si calcola che la malattia oncologica coinvolge, per ciascun paziente, almeno due familiari sul piano umano ed assistenziale. Ne è coinvolto il contesto socio-relazionale, quello lavorativo, i clinici ed il servizio di assistenza sanitaria[3].

La risultante è la Fatigue cancro-correlata, «senso angosciante, persistente, soggettivo di stanchezza correlata al cancro o al trattamento del cancro che interferisce con il normale funzionamento»[4].

La CRFS è riconosciuta dall'OMS nella Int*ernational Classification of Disease 10th edition* come *entità nosologica indipendente*, ovvero malattia vera e propria, che si può e si deve diagnosticare, valutare e trattare, e ben distinta da stanchezza/affaticamento e Sindrome da Stanchezza Cronica, con le quali condivide molti dei sintomi, senza mai coincidere con esse.

Le criticità connesse ad una sì complessa sindrome hanno reso necessario dotare i sanitari specializzati in oncologia di strumenti adeguati alla rilevazione, misurazione e trattamento dei sintomi ad essa associati. Vero punto di svolta a riguardo sono state le Linee Guida europee per la diagnosi e il trattamento della Fatigue da cancro, approvate dall'European Society of Medical Oncology (ESMO) nel 2020 e pubblicate sulla rivista Annals of Oncology, prezioso strumento a tutela del paziente e supporto per i clinici in un momento storico in cui la cura del cancro è aggravata dall'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 e in cui si assiste nei pazienti on-

[3] C. Stefano, C. Montarnari, *La psicologia nel trattamento dei tumori*, in «Integrazione nelle psicoterapie e nel *counseling*», XXIII/XXIV (2008), pp. 89-107.

[4] G.R. Morrow, *Stanchezza correlata al cancro: cause, conseguenze e gestione*, in «L'oncologo», XII (2007), pp. 1-3.

cologici all'aumento della predisposizione alla Fatigue. Alla luce della recente sistematizzazione nosografica della CRFS, l'obiettivo di questo lavoro è stato quello di effettuare uno studio di revisione al fine di sintetizzare e ordinare i maggiori contributi scientifici sull'argomento, dato che la CRFS è ancora sindrome scarsamente indagata[5].

2. *Metodi*

Il presente lavoro di ricerca si propone di raggiungere gli obiettivi prefissati attraverso una revisione non sistematica della letteratura sull'argomento. La ricerca è stata eseguita attraverso la consultazione della letteratura disponibile su database generali quali PUBMED, Psycinfo e Google Scholar. I criteri di ricerca sono stati i seguenti: articoli scritti in lingua italiana ed inglese dal 2000 al 2023 che contenevano le stringhe/parole «Cancer Fatigue Related Syndrome» o «Fatigue Cancro correlata» o «Fatigue». Gli articoli sono stati analizzati da entrambi gli autori relativamente al contenuto e alla bibliografia corrispondente ed eventuali contributi sull'argomento precedenti al 2000 ma giudicati di interesse per il presente lavoro sono stati consultati. Ai fini della stesura dell'introduzione, discussione, nonché dell'approfondimento di tematiche emerse dalla revisione sono stati consultati libri e riviste con *focus* attinente alla materia. L'analisi dei documenti ha permesso una struttura dell'articolo così suddivisa: epidemiologia; eziologia, clinica; diagnosi e trattamen-

[5] A. Fabi, C. Falcicchio, D. Giannarelli, G. Maggi, F. Cognetti, P. Pugliese, *The course of cancer related fatigue up to ten years in early breast cancer patients: What impact in clinical practice?*, in «Breast», XXXIV (2017), pp. 44-52. doi: 10.1016/j.breast.2017.04.012. Epub 2017 May 11. PMID: 28500901.

ti. Una sezione a parte è stata dedicata all'estetica oncologica in quanto argomento parallelo e perpendicolare di grande importanza clinica.

3. *Cancer Related Fatigue Syndrome (CRFS)*

3.1 Epidemiologia

L'affaticamento rappresenta per il paziente oncologico l'effetto più dirompente, persistente ed invalidante.

Colpisce il 65% dei pazienti oncologici. Circa il 40% la esperisce già alla diagnosi, l'80-90% durante la chemioterapia e/o radioterapia, il 12-37% durante l'immunoterapia, fino al 71% quando è associata a chemioterapia, terapia con anticorpi monoclonali, agenti antiangiogeni e terapie mirate. Può accompagnare i sopravvissuti per un variabile numero di anni dopo il completamento delle terapie, spesso fino alla morte[6].

Nelle pazienti con carcinoma mammario, la sua prevalenza è fino al 50%, con persistenza a due anni dopo la remissione del cancro per il 30% delle pazienti e a cinque anni per il 20%[7]. Uno studio prospettico, condotto nel 2017 dall'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, che ha interessato 78 pazienti con diagnosi precoce di cancro alla mammella, sottoposte a chemioterapia seguita o meno da trattamento an-

[6] A. Fabi, R. Bhargava, S. Fatigoni, M. Guglielmo, M. Horneber, F. Roila, J. Weis, K. Jordan, C.I. Ripamonti, *Affaticamento correlato al cancro: linee guida di pratica clinica ESMO per la diagnosi e il trattamento*, in «Annals of Oncology», XXXI(6) (2020), pp. 713-723, *https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016*.

[7] J. Bower, P.A. Ganz, K.A. Desmond, J.H. Rowland, B.E. Meyerowitz, T.R. Belin, *Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life*, in «Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology», XVIII (2000), pp. 743-753. *https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.4.743*.

ti-ormonale sulla base della ormono-responsività del tumore, ha mostrato che essa tende a persistere, seppur in misura ridotta, fino al decimo anno di *follow-up*, senza mai scomparire, e trova in ansia e depressione, precedenti alla malattia, fattori predittivi della sua insorgenza[8].

La Fatigue è, dunque, fenomeno quasi universale tra i malati di cancro, di eziologia non completamente chiarita, ove componenti fisiche, psicologiche, emozionali e sociali si intrecciano a creare uno stato fisiologico soggettivo di malessere, che diviene *malattia nella malattia*, attentato al primo vero motore della cura, la motivazione.

3.2 Eziopatogenesi della CRFS

La CRFS è, *in primis*, parte integrante del quadro sintomatologico di base. Al cancro, infatti, si devono squilibri metabolici causa di deperimento, nelle forme più gravi *cachessia*, con involontaria perdita di massa muscolare, alle volte precedente alla diagnosi, altre risultante dei trattamenti antineoplastici[9]. Essa è anche effetto collaterale dei trattamenti. La disgeusia, prodotta dai trattamenti antineoplastici nel 50-70% dei pazienti, riduce fortemente il desiderio di alimentarsi con pregiudizio della risposta immunitaria, della qualità di vita e della *compliance* al trattamento[10].

[8] A. Fabi, C. Falcicchio, D. Giannarelli, G. Maggi, F. Cognetti, P. Pugliese, *The course of cancer related fatigue up to ten years in early breast cancer patients: What impact in clinical practice?*, in «Breast», XXXIV (2017), pp. 44-52. doi: 10.1016/j.breast.2017.04.012. Epub 2017 May 11. PMID: 28500901.

[9] Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM) (2021), *Linee Guida edizione 2021: trattamento e prevenzione della cachessia neoplastica*. Pubblicate in Sistema nazionale Linee guida il 23 novembre 2021 e disponibile in: *https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2021-trattamento-e-prevenzione-della-cachessia-neoplastica* (verificato dicembre 2022).

[10] S. Pugnaloni, A. Vignini, F. Borroni, J. Sabbatinelli, S. Alia, M. Fabri, M. Taus, L. Mazzanti, R. Berardi, *Modifications of taste sensitivity in*

La chirurgia determina in misura diversa l'insorgenza e la gravità di CRFS peri-operatoria, conseguenza delle variazioni dei livelli di noradrenalina e di IL-6, molecola proteica pro-infiammatoria prodotta in risposta a traumi o danni tissutali e responsabile dell'alterazione dei normali meccanismi metabolici[11].

Altresì imputabili di affaticamento sono le condizioni mediche di comorbilità, in particolare l'anemia, già presente alla diagnosi nel 35% dei pazienti con tumore solido e nel 50% di quelli con tumore delle cellule del sangue e della quale sono responsabili le cellule cancerose in sé, le microperdite di sangue, le carenze nutrizionali, i farmaci antitumorali[12].

Concorrono, infine, alla CRFS importanti fattori connessi al contesto socio-culturale di appartenenza, ove spesso la malattia è *stigma* e il confine tra ciò che si considera normale e ciò che lo oltrepassa appare ancora delicato[13]. Il corpo malato è continuamente oggetto di interpretazione tanto da trasformare lo stigma in *auto-stigma*.

Determinante per insorgenza e persistenza della CRF è il *dolore*. È esperito dal 30-50% dei pazienti oncologici e

cancer patients: a method for the evaluations of dysgeusia, in «Terapia di supporto nel cancro: Gazzetta ufficiale dell'Associazione multinazionale delle cure di supporto nel cancro», XXVIII(3) (2020), pp. 1173-1181. DOI: 10.1007/s00520-019-04930-x.

[11] S. Spazzapan, M. Tavio, U. Tirelli, *Astenia correlata ai tumori*, n.d., p. 1821.

[12] Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) (2021). *Conosci il cancro. Affronta la malattia. Come affrontare la malattia. Anemia e coaguli: un delicato equilibrio*. Disponibile in: *https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/anemia-coaguli* (verificato: novembre 2021).

[13] E. Goffman (1922-1982) in *Stigma. Notes on management of spoiled identity* (1963), individua diverse categorie di stigma, la prima delle quali è rappresentata proprio dallo stigma per le deformazioni del corpo (E. Goffman, *Stigma. Notes on management of spoiled identity*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, NJ 1963).

cresce per incidenza ed intensità contestualmente al crescere della severità della patologia, senza però essere direttamente proporzionale alla crescita della massa neoplastica[14].

Il dolore da cancro è sintomo multifattoriale, associabile certamente alla patologia (65-70%), ai trattamenti (25-30%) e a quadri clinici non direttamente associati al cancro (0-10%) e diversamente qualificabili[15].

Rilevarlo e trattarlo è prioritario. Se intenso e persistente, infatti, esso interferisce tanto con l'abilità funzionale dell'individuo, quanto con il livello d'umore, pregiudicandone fortemente motivazione, adesione alle cure e qualità di vita (QoL), costrutto assai ampio e dinamico slegato da parametri oggettivi e più legato alla «percezione di un individuo della propria posizione nella vita nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vive e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni»[16], di difficile misurazione e quantificazione, risultante dall'intrec-

[14] European Society for Medical Oncology (ESMO) (2019), *Che cos'è il dolore da cancro? Siamo qui per rispondere alle tue domande* (pp. 5-7). In ESMO – Guide ESMO per il paziente. Disponibile in: *https://www.esmo.org/content/download/303254/6033095/1/IT-Dolore-da-Cancro-Guida-per-il-Paziente.pdf* (verificato: novembre 2021).

[15] Il dolore da cancro è sia *nocicettivo* sia *neuropatico*. Può essere *acuto*, con esordio ben definito e sintomi legati all'iperattività del sistema nervoso autonomo, o *cronico*, ad esordio meno definito, di durata superiore rispetto al tempo di risoluzione della patologia acuta, associato ad alterazioni funzionali, comportamentali e relazionali e, a sua volta, sottoclassificato dall'ICD-11 in *dolore cronico da cancro*, infiammatorio e neuropatico, effetto diretto del cancro primario e delle metastasi, e *dolore cronico post-cancro*, conseguenza a posteriori degli interventi e dei trattamenti antineoplastici (OMS, *Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Correlati 11° versione (ICD-11)* (2021), disponibile in *https://icd.who.int/en* (verificato dicembre 2022). Può essere, altresì, procedurale, ovvero corredo di procedure e trattamenti diagnostici. Seppure generalmente localizzato e circoscritto nel tempo, esso risulta particolarmente stressante per il paziente.

[16] OMS, WHOQOL: Misurare la qualità della vita (1995), disponibile in *https://www.who.int/toolkits/whoqol* (verificato: novembre 2021).

cio di sei dimensioni strettamente interconnesse (dimensione fisica, psicologica, livello d'indipendenza, relazioni sociali, ambiente, credenze personali/spiritualità). È per tali ragioni che l'OMS, nell'ultima serie di *Linee Guida per il Trattamento Farmacologico e Radioterapico del Dolore da Cancro negli Adulti e negli Adolescenti*, ha sottolineato la possibilità e il dovere del clinico di valutare il dolore oncologico attraverso scale, per lo più numeriche, *unidimensionali* e *multidimensionali*, che consentano la sua classificazione in dolore di intensità *lieve*, *moderata* e *severa* e il suo trattamento mediante somministrazione di farmaci a gradini progressivi (analgesici *non oppiacei*, *oppiacei deboli*, *oppiacei forti*), che rechino sollievo e garantiscano maggiore qualità del sonno e del riposo, già di per sé potenti strumenti di cura. L'obiettivo non è la soppressione del dolore, non sempre possibile, ma la sua gestione, ovvero la riduzione a livelli che consentano una QoL accettabile per il paziente[17].

In Italia, la rilevazione del dolore è divenuta obbligatoria con legge 38/2010, che impegna il SSN a garantire

> «le cure palliative, finalizzate alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più ai trattamenti specifici» (G.U., 65/2010, art. 2 c.1 lettera a), e «la terapia del dolore», ovvero «interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare ed applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro

[17] OMS, *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*, 2018, p. 16. Disponibile in *World Health Organization*, *https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390* (verificato: novembre 2021).

variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore» (G.U. 49/2001, art. 2, c. 1, lettera b).

Il dolore diviene, quindi, dimensione evitabile o, perlomeno, controllabile della malattia, tanto nell'*iter* di cura quanto nell'eventualità di prognosi infausta, riconoscendo e/o restituendo al paziente la dignità e l'autonomia di persona.

3.3 Aspetti clinici della CRFS

Quando la patologia non è curabile ed il dolore sopprimibile, diviene prioritario garantire al paziente non solo salute come «completo stato di benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale»[18], ma soprattutto *qualità di vita* (QoL) in tutte le sue dimensioni su ciascuna delle quali il cancro impatta in misura variabile da soggetto a soggetto e in relazione alle diverse fasi di malattia, dei trattamenti e del post-trattamento.

Sul piano fisico, le terapie richiedono un impiego corposo di energie e, al contempo, le tolgono. La Fatigue che ne deriva pregiudica il livello di indipendenza del paziente, non più in grado di svolgere autonomamente i compiti connessi al proprio ruolo in ambito familiare e lavorativo, ove difficoltà di concentrazione, minore lucidità, vuoti di memoria spesso determinano abbandono del posto di lavoro[19].

[18] OMS, *Salute* (1948). In *www.who.int* (verificato: novembre 2021).

[19] La ricerca *Ad alta voce*, presentata a Roma nel novembre 2011, ha stimato che in Italia il 78% dei pazienti oncologici ha subito un cambiamento in ambito lavorativo a seguito della diagnosi (licenziamento, richiesta di dimissioni, cessazione della propria attività), comprovando così l'esistenza di non poche criticità nella conciliazione tra tempi del lavoro e tempi del paziente oncologico (Censis, Roche & F.A.V.O, *Ad alta voce* (2011). Disponibile in: *https://www.favo.it/pubblicazioni/ad-alta-voce.html*, verificato: novembre 2021).

Dal punto di vista psicologico, la CRFS influenza gli stati d'umore del paziente. L'ansia e l'insonnia lo rendono alle volte scontroso ed irritabile, altre emotivo.

Dal punto di vista socio-relazionale, la sensazione che i rapporti sociali richiedano sforzo, il timore di apparire eccessivi, la fatica nel prendersi cura di sé, la poca pazienza, l'irritabilità, inducono all'evitamento sociale. La famiglia è investita da cambiamenti cui non è preparata. Il malato è persona nuova, con nuovi bisogni e fragilità. Si riformulano competenze e ruoli. I figli si sentono strappati dalle attività prima condivise col genitore, emarginati dalla gestione della malattia, spesso loro nascosta, parzialmente rivelata o attenuata[20].

La coppia ne è investita. La solitudine provata è barriera per la comunicazione verbale e non. Il rapporto col partner è provato dal malessere di un corpo che è prigione e dalla vergogna, specie se la lesione neoplastica interessa parti che segnano l'identità di genere, riducendo il desiderio sessuale. Un'indagine svolta nel 2006 da *Amunni et al.* su un campione di 50 donne con tumore femminile, di cui 31 in trattamento e 19 in fase si remissione della malattia, diverse per età e per stato civile, ha evidenziato come, dopo una prima fase in cui il supporto del partner è percepito come alto, la coppia sembra entrare in conflitto[21].

La CRFS si ripercuote, altresì, nel rapporto con i clinici e nella compliance alle cure. Il paziente ne avverte i sintomi, ma tende a valutarli come effetto indesiderato delle terapie e dei ritmi che la malattia impone. Il medico, quand'anche ne venga notiziato, tende ad ascriverne le manifestazioni ad an-

[20] M. Provantini, *Chi aiuta i caregiver? Quando un famigliare si ammala di cancro*, in FrancoAngeli, 2016, p. 8.

[21] G. Amunni, C. Stefanile, P. Meringolo, E. Serafini, *Le pazienti oncologiche*, in «Salute e territorio», CLVI (2006), pp. 177-181.

sia e depressione. Gli operatori oncologici, sebbene abbiano iniziato a prendere coscienza del problema, risultano ancora impreparati per conoscenze, capacità professionali e modalità organizzative[22].

3.4 *Screening* e *Assessment* diagnostico

Le Linee ESMO, dopo una breve introduzione su eziologia ed epidemiologia della CRFS, ne tracciano i principi generali di cura, base indiscutibile dell'operato dei clinici. L'elemento-chiave sembra essere informazione, come diritto del paziente e dovere per l'operatore, tanto nell'*iter* terapeutico quanto nell'attività prodromica alla cura[23], e come bussola per paziente e familiari in un 'sistema' ove è difficile orientarsi. Cura è processo condiviso. La decisionalità appartiene tanto al clinico quanto al paziente in tutte le fasi.

Esse individuano nel *Pratical Assessment* della CRF tre *steps* (*Screening*, *Diagnostic Assessment* e *Managment*), ciascuno tassello imprescindibile per il miglioramento della QoL del paziente in ciascuna delle sue dimensioni. *Screening* e *Diagnostic Assessment*, sebbene per alcuni aspetti sovrapponibili, sono momenti separati ma complementari per la valutazione e, quindi, il trattamento della CRF. *Screening*, in medicina, è protocollo di una o più indagini, volte all'identificazione, su una popolazione o parte di essa considerata a rischio per una specifica malattia, dei soggetti con maggiore probabilità statistica di soffrirne[24]. Come per le campagne per la diagnosi

[22] C. Grillo, M. Demasi, R. Valente, E. Puccio, V. Marsico, M. Iocco, *Riabilitazione oncologica: esercizio fisico e "Fatigue"*, in «La Medicina Fisica e Riabilitativa: dalla presa in carico al reinserimento della persona», XXV. Edizioni Minerva Medica, 2011.

[23] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

[24] Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, *Screening oncologici. Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione de-*

precoce di patologie più diffuse per fasce d'età e sesso delle quali il SSN si fa promotore, la CRF è sindrome per la quale le Linee ESMO ritengono necessarie indagini di *screening* di *routine* come parte di una valutazione olistica dei bisogni dalla diagnosi in poi, ad intervalli regolari durante l'iter terapeutico e post-terapeutico e se clinicamente indicato[25].

Prioritario è rilevarne presenza ed entità con strumenti brevi e convalidati con valori soglia stabili per la gravità, quale la *Numerical Rating Scale* (NRS), scala unidimensionale di valutazione numerica a dieci punti già impiegata per la valutazione del dolore fisico. Lo strumento, tuttavia, risulta alquanto generico e, quindi, inadeguato a considerare la *Fatigue* in ciascuna delle sue dimensioni, meglio indagabili nell'ambito di un *Diagnostic Assessment*, secondo *step* del *Practical Assessment*, grazie a strumenti più specifici e più attenti al dolore come esperienza soggettiva e diversamente impattante su importanti domini funzionali[26]. L'*Assessment* diagnostico si articola in: valutazione della storia clinica del paziente, valutazione mirata della *Fatigue*, esame di eventuali elementi associati e revisione dei sistemi corporei.

Primo *step* è l'anamnesi e la descrizione dello stato patologico in atto, con la raccolta di dati relativi alla malattia maligna sottostante (tipologia, stadiazione, eventuale recidiva/progressione della malattia, tempo intercorso dalla diagnosi, presenza di metastasi, durata e tipologia dei trattamenti).

Valutare la *Fatigue* del paziente significa indagarla sotto importanti aspetti, quali esordio e durata, elementi atte-

gli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto, Tipografia Graffiti, Pavona, Roma 2006, p. 29. Disponibile in *https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf* (verificato: gennaio 2024).

[25] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

[26] *Ibidem.*

nuanti e recanti sollievo, grado di interferenza con le attività quotidiane e ricreative. Pazienti con intensità di fatica simile, infatti, possono manifestare livelli di disabilità divergenti e differenti capacità di svolgimento delle normali attività.

Esaminare eventuali elementi associati significa rilevare, attraverso il ricorso a test di laboratorio, la presenza di altri sintomi fisici, di natura cognitiva, disturbi del sonno, squilibri nutrizionali, distress emozionale.

La revisione dei sistemi corporei mira all'individuazione di fattori di comorbilità, quali malattie cardiovascolari, polmonari, tiroidee, neurologiche, epatiche e renali, di infezioni, alcolismo e abuso di sostanze, ciascuno contribuente in misura diversa alla *Fatigue*.

Una sì complessa articolazione appare funzionale alla verifica della presenza dei criteri stabiliti dall'ICD-10 per la diagnosi di CRFS: diminuzione di energia, bisogno di riposo sproporzionato rispetto ai livelli di attività, problemi fisici, cognitivi ed emotivi, che devono persistere per un prolungato periodo di tempo, impatto significativo sulla qualità di vita sociale e lavorativa del soggetto, i sintomi devono essere associati alla patologia cancerosa[27] e riesaminati alla luce del contesto sociale e culturale dell'ammalato[28]. È onere del clinico, altresì, condurre un esame differenziale rispetto ad altre patologie depressive, concomitanti e contribuenti alla *Fatigue*, ma non con essa coincidenti.

Sono strumenti di rilevazione e misurazione quantitativa più specifici e rispettosi della natura multidimensionale

[27] D. Cella, K. Davis, W. Breitbart, G. Curt, *Fatigue Coalition, Cancer-related Fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors*, in «Journal of clinical oncology», XIX(14) (2001), pp. 3385-3391, *https://doi.org/10.1200/JCO.2001.19.14.33*.

[28] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

della CRFS l'*EORTC Fatigue Module* (EORTC QLQ-FA13), strumento standardizzato per la valutazione oggettiva degli effetti della CRF con riferimento alla dimensione fisica, cognitiva ed emotiva del paziente, da utilizzarsi in combinazione con il questionario sulla qualità della vita EORT QLQ-C30[29], la *Piper Fatigue Scale*, questionario costituito da 22 *item* per la valutazione del senso complessivo di affaticamento e di quello percepito con riferimento a gravità, significato, percezione e umore, e 5 *item* funzionali alla raccolta di altre informazioni, e l'inventario della Fatica multidimensionale (MFI-20), strumento a 20 item per la valutazione della gravità della *Fatigue* in pazienti oncologici e non (pazienti con stanchezza cronica, studenti di medicina, reclute dell'esercito, studenti di psicologia, medici *junior*), in considerazione di fatica generale, fisica, mentale, ridotta attività, ridotta motivazione[30].

3.5 Trattamento della CRFS

Le Linee ESMO individuano, quali campi di intervento per la gestione e il contenimento dei sintomi ad essa collegati, esercizio fisico, trattamenti farmacologici, trattamenti nutraceutici, interventi psicosociali[31].

[29] J. Weis, K.A. Tomaszewski, E. Hammerlid, J. Ignacio Arraras, T. Conroy, A. Lanceley, H. Schmidt, M. Wirtz, S. Singer, M. Pinto, M. Alm El-Din, I. Compter, B. Holzner, D. Hofmeister, W.C. Chie, M. Czeladzki, A. Harle, L. Jones, S. Ritter, H. Flechtner, *ORTC Quality of Life Group, International Psychometric Validation of an EORTC Quality of Life Module Measuring Cancer Related Fatigue (EORTC QLQ-FA12)*, in «Journal of the National Cancer Institute», CIX(5) (2017), 10.1093/jnci/djw273, *https://doi.org/10.1093/jnci/djw273.*

[30] E.M. Smets, B. Garssen, B. Bonke, J.C. De Haes, *The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess Fatigue*, in «Journal of psychosomatic research», XXXIX(3) (1995), pp. 315-325. DOI: 10.1016/0022-3999(94)00125-0.

[31] A. Fabi *et al.*, cit,, pp. 713-723.

3.5.1 Esercizio fisico

In un tempo in cui la malattia sembra essere la regola, si guarda ancora ad essa come esclusione dal mondo dei sani. Se nell'immaginario collettivo essa estrae dalla vita sociale e lavorativa e da qualsiasi attività ricreativa, le Linee ESMO sembrano non mostrare alcun dubbio circa il valore terapeutico dell'attività fisica. Non sbagliava, dunque, il saggio Ippocrate (460-377 a.C.), quando, sul nascere della medicina, individuava come strada della salute la giusta dose di nutrimento e di esercizio fisico.

Come dimostrato da studi su un considerevole numero di pazienti oncologici, sottoposti ad esercizio aerobico con evidente miglioramento complessivo della CRF con effetti moderatamente significativi per tutte le età e tutti i tipi di cancro [32, 33, 34, 35], l'esercizio fisico è *farmaco*, rimedio efficace più di altri nel miglioramento di stanchezza, forza fisica e muscolare, massa corporea magra, nell'ottimizzazione dell'attività immunitaria, nel mantenimento della capacità funzionale,

[32] K.M. Mustian, C.M. Alfano, C. Heckler, A.S. Kleckner, I.R. Kleckner, C.R. Leach, D. Mohr, O.G. Palesh, L.J. Peppone, B.F. Piper, J. Scarpato, T. Smith, L.K. Sprod, S.M. Miller, *Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: a Meta-analysis*, in «JAMA Oncologia», III(7) (2017), pp. 961-968. doi:10.1001/jamaoncol.(2016).6914.

[33] L. Tian, H.J. Lu, L. Lin, Y. Hu, *Effects of aerobic exercise on cancer-related fatigue: a meta-analysis of randomized controlled trials*, in «Support Care Cancer», XXIV(2) (2016), pp. 969-983. doi: 10.1007/s00520-015-2953-9. PMID: 26482381.

[34] J.F. Meneses-Echávez, E. González-Jiménez, R. Ramírez-Vélez, *L'esercizio supervisionato riduce l'affaticamento correlato al cancro: una revisione sistematica*, in «J Physiother», LXI(1), pp. 3-9. DOI: 10.1016/j.jphys.2014.08.019. Epub 13 dicembre (2014). PMID: 25511250.

[35] D. Tomlinson, C. Diorio, J. Beyene, L. Sung, *Effetto dell'esercizio fisico sull'affaticamento correlato al cancro: una meta-analisi,* in «Am J Phys Med Rehabil», XCIII(8) (2014), pp. 675-86. DOI: 10.1097/PHM.0000000000000083. PMID: 24743466.

nella riduzione dello stato infiammatorio e degli altri effetti collaterali delle terapie antineoplastiche, in generale nel miglioramento della QoL del paziente oncologico anche con cachessia[36].

Sebbene le ragioni dell'inversa proporzionalità tra attività fisica e *Fatigue* non siano state del tutto chiarite, è fuori dubbio che l'esercizio fisico aumenti il livello di energia, forse per effetto dell'incremento del flusso ematico, forse per l'aumento dei livelli di betaendorfine[37], e che, di contro, il mancato/ridotto esercizio fisico determini perdita della forma cardiovascolare e della massa e forma corporea, con difficoltà nel compimento di semplici attività quotidiane, specie nei casi di ridotta mobilità da trattamenti[38]. La raccomandazione è di centocinquanta minuti a settimana (2/3 volte per 30-60 minuti) di attività aerobica (camminata veloce, *cyclette*, corsa, nuoto ad intensità moderata) e deambulazione domiciliare, nel caso di pazienti con ridotta mobilità da trattamenti[39]. L'esercizio fisico richiede programmazione accurata e ponderata sulla base di una serie di indicatori circa condizioni del paziente e tipo di neoplasia. Studi, infatti, hanno dimostrato che esso produce benefici indiscussi nei casi di neoplasie al seno e alla prostata, ma non in quelli di neoplasie ematologiche, per le quali alcuni hanno addirittura riferito un maggiore senso di affaticamento con innalzamento della temperatura[40].

[36] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

[37] C. Grillo, M. Demasi, R. Valente, E. Puccio, V. Marsico, M. Iocco, *Riabilitazione oncologica: esercizio fisico e "Fatigue"*, in «La Medicina Fisica e Riabilitativa: dalla presa in carico al reinserimento della persona», XXV. Edizioni Minerva Medica, 2011.

[38] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

[39] *Ibidem.*

[40] E. Rossi, P. Monni, I.M. Rosi, *Non solo semplice stanchezza: uno studio qualitativo sulla Fatigue cancro-correlata nel malato sottoposto a chemioterapia*, in «L'infermiere», V (2015).

L'esercizio fisico reca benefici anche alla mente. Beta-endorfine, dopamina e serotonina producono un generale stato di benessere, sollievo dal dolore ed aumento della concentrazione, migliorano il sonno per qualità e quantità, riducono i livelli di cortisolo[41].

Non meno importante è la correlazione tra esercizio fisico ed autostima, cui concorrono diversi fattori e, *in primis*, la percezione fisica di sé.

3.5.2 Trattamenti farmacologici

Più complessa è la questione dei trattamenti farmacologici. Le Linee ESMO individuano quali farmaci normalmente prescritti per il trattamento della CRF: psicostimolanti (metilfenidato e dexmetilfenidato, metilfenidato a lunga durata d'azione, desametamina, modafinil, armodafinil); antidepressivi (paroxetina, inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina); inibitori dell'acetilcolinesterasi (Donepezil, inibitore selettivo dell'acetilcolinesterasi a lunga durata d'azione); corticosteroidi (desametasone e metilprednisolone); altri farmaci (eszopiclone, farmaci ipnotico sedativi, megestrolo acetato, melatonina)[42]. I risultati sono per lo più insoddisfacenti. Fatta eccezione per metilfenidato, dexmetilfenidato e doneprezil, il cui impiego ha fatto registrare un miglioramento della *Fatigue* lieve ma non significativo, l'unico farmaco che si è mostrato efficace è il desametasone[43] nei pazienti con cancro metastatico. Si può, dunque, ragionevolmente concludere che i trattamenti farmacologici non si dimostrano tanto efficaci quanto l'esercizio fisico e gli interventi psicologici, meglio se combinati[44].

[41] D. Tomlinson, C. Diorio, *et al.*, cit., pp. 675-86.
[42] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.
[43] Nel dosaggio di 4 mg/2 volte al giorno per 14 giorni.
[44] K.M. Mustian, C.M. Alfano, *et al.*, cit., pp. 961-968.

3.5.3 Nutraceutici e alimentazione

Utile è il ricorso a *nutraceutici*, alimenti che «grazie al contenuto di particolari costituenti, sono in grado di rivendicare un effetto benefico svolto su una specifica funzione dell'organismo», che «può arrivare a riguardare anche la riduzione di un fattore di rischio di malattia»[45], per migliorare lo stato generale di salute e alcune funzioni corporee, rafforzare il sistema immunitario e supportare l'organismo durante l'attività fisica.

Sono generalmente prescritti per il trattamento della CRFS: L-carnitina, particolarmente efficace in pazienti con carcinoma mammario; astragalo; vischio, coenzima Q10, guaranà, utili, seppur in misura diversa e con le differenze del caso, nei pazienti terminali; ginseng del Winsconsin[46] (comune ginseng americano)[47].

I nutraceutici non devono, tuttavia, considerarsi alternativa ad una corretta alimentazione, che da sola è in grado di fornire tutte le sostanze nutritive di cui l'organismo necessita, così come ricordato dal Ministero della Salute che, al punto 1 del Decalogo per il corretto uso degli integratori alimentari afferma: «L'uso di un integratore alimentare [...] non deve mai essere dettato dalla convinzione, erronea, di poter compensare gli effetti negativi di comportamenti scorretti»[48].

[45] Ministero della Salute, *Nutrire il pianeta, nutrirlo in salute. Equilibri nutrizionali di una sana alimentazione*, in «Quaderni del Ministero della Salute», XXV (2015), p. 61. Disponibile in: *https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2556_allegato.pdf* (verificato: dicembre 2021).

[46] Nella misura di 2.000 mg/1 die, con beneficio maggiore e impatto minimo in termini di effetti collaterali o interazioni farmacologiche nei *survivors* rispetto ai pazienti in trattamento contro il cancro.

[47] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

[48] Ministero della Salute, *Decalogo per il corretto uso degli integratori alimentari*, (2021). Disponibile in: *https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_191_allegato.pdf* (verificato: dicembre 2021).

Sebbene non esistano indicazioni specifiche relative alla nutrizione del paziente oncologico con CRFS, essa costituisce tassello fondamentale del trattamento. Una dieta corretta, come stile di vita da acquisire e conservare nel tempo, infatti, appare non solo funzionale al mantenimento dello stato di salute e alla prevenzione primaria e secondaria delle malattie, ma anche al loro fronteggiamento perché strategia efficace per il recupero delle forze, la risposta alle terapie e le possibili infezioni, l'ottimizzazione dell'effetto dei farmaci e il potenziamento del sistema immunitario[49]. Anche in tema di Fatigue da cancro restano pressoché valide le raccomandazioni del Fondo Mondiale sulla Ricerca sul cancro la cui parola chiave sembra essere moderazione: peso nella norma, consumo limitato di alimenti processati, ricchi in grassi e zuccheri, limitato consumo di carni rosse e di carni lavorate, di bevande zuccherate, di bevande alcoliche, nessun ricorso ad integratori alimentari come forma di prevenzione dei tumori, attività fisica e vita attiva, allattamento al seno per le donne, consumo di cereali integrali, frutta, verdura e legumi[50].

La Dieta Mediterranea rappresenta il modello che più rispetta le semplici e fondamentali regole della corretta alimentazione[51].

[49] AIRC, *Curare il cancro a tavola*, (2021). Disponibile in: *https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/la-fase-delle-terapie/corretta-alimentazione-durante-le-cure* (verificato: dicembre 2021).

[50] Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), *Raccomandazioni per la prevenzione oncologico del Fondo Mondiale per la ricerca sul cancro*, (n. d.). Disponibile in: *https://smartfood.ieo.it/media/2039/wcrf-raccomandazioni-documento-smartfood.pdf* (verificato: dicembre 2021).

[51] L. Schwingshackl, C. Schwedhelm, C. Galbete, G. Hoffmann, *Adherence to Mediterranean Diet and Risk of Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis*, in «Nutrients», IX (2017), p. 1063. DOI: 10.3390/nu9101063.

5.3.4 Trattamenti psicosociali

Le Linee ESMO individuano, inoltre, quale campo di intervento per il trattamento della CRF i trattamenti psicosociali, nella fattispecie: attività di informazione e consulenza; psicoeducazione; terapia cognitivo-comportamentale; interventi corpo-mente.

In-formare è letteralmente 'plasmare', ma anche 'istruire', significato questo, chiarificatorio della valenza degli interventi di informazione e consulenza del paziente con CRFS, 'messo al corrente' circa la sindrome in esame, la sua natura, le possibili cause e i fattori influenzanti, e 'plasmato, istruito' verso la riformulazione della propria vita, ove preservazione delle energie e definizione delle priorità e del ritmo delle attività risultano necessari.

Strettamente connessi ai primi sono gli interventi psicoeducativi, volti a promuovere nel paziente l'autogestione dell'affaticamento da cancro, l'adattamento alle condizioni correnti e ai trattamenti, l'equilibrio tra attività e riposo attraverso tecniche di rilassamento e meditazione, l'identificazione di strategie di *coping* che potenzino le capacità di gestione di ansia, depressione e disagio psicosociale[52].

Molto utile si rivela la psicoterapia. Di fronte alla patologia, il clinico tende di base a restringere il campo d'intervento al solo soma, perdendo di vista la persona, con i suoi bisogni emotivi, le paure e le angosce, che divengono degne di considerazione soltanto ove queste si rendono riconoscibili attraverso disturbi comportamentali. Le tecniche di intervento psicologico applicabili in oncologia differiscono a seconda del modello teorico di riferimento del terapeuta, dei bisogni del paziente e della famiglia, della fase della malattia

[52] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

e della sintomatologia. È importante che lo psicoterapeuta abbia conoscenze generali sulle patologie tumorali più diffuse, le possibilità di trattamento, le implicazioni sul sistema nervoso centrale, i possibili effetti collaterali dei trattamenti e il loro controllo. Tra i differenti modelli di intervento, l'approccio cognitivo-comportamentale sembra essere quello privilegiato, insieme alla psicoterapia di gruppo. Le tecniche cognitive mirano a guidare il paziente nel riconoscimento e nell'interpretazione più realistica, adeguata ed utile, di percezioni, immagini e aspettative legate alla patologia. Quelle comportamentali sono orientate, invece, al trattamento delle reazioni psicofisiologiche, reazioni condizionate e comportamenti operanti[53].

La psicoterapia di gruppo consente il trattamento di un numero maggiore di pazienti contemporaneamente con vantaggi in termini di costi/benefici a parità di efficacia terapeutica. Risulta, però, di difficile realizzazione in ambiente ospedaliero per problematiche legate alla natura acuta della malattia e di sviluppo della coesione del gruppo, mentre appare essere di più semplice inserimento nelle attività di *day hospital*. La finalità non è quella propria dei gruppi ad orientamento analitico di ristrutturazione della personalità, piuttosto quella di aiutare il paziente a confrontarsi con le implicazioni emozionali della malattia, favorendo il passaggio da una posizione passivo-regressiva ad una attiva di riadattamento alla nuova realtà[54].

In un organismo che è incontro dinamico di corpo e mente, che insieme creano esperienza e mappe di significato entro cui l'individuo si muove, non è possibile operare

[53] M. Biondi, *La psicosomatica nella pratica clinica*, 3, Il pensiero Scientifico Editore, Roma 1992, pp. 338-343.

[54] *Ibidem*.

separatamente su di essi. Sulla scia della cultura orientale, che guarda a corpo e mente come unicità, non due ma entità distinte in una medesima cosa, la vita[55], si sono sviluppati approcci diversi volti a promuoverne il dialogo. Più spesso, per il trattamento della CRFS, si ricorre a Yoga, Agopuntura, Meditazione seduta con consapevolezza del respiro e attenzione focalizzata, Meditazione camminata e Meditazione di intuizione[56].

Definito dal *National Institutes of Health* come modalità terapeutica complementare e alternativa in grado di promuove forza, resistenza, flessibilità, favorire le caratteristiche di cordialità, compassione e autocontrollo, e promuovere calma e benessere con evidenti cambiamenti nella prospettiva di vita, consapevolezza di sé e livelli di energia, lo Yoga produce uno stato fisiologico di interruzione delle normali risposte allo stress e conseguente senso di equilibrio tra mente e corpo[57]. Nei malati di cancro, studi hanno evidenziato una significativa riduzione di nausea[58], ansia, depressione e sintomi

[55] U. Veronesi, G. Pravettoni, *Senza Paura. Vincere il tumore con la medicina della persona*, Mondadori Electa S.p.A., Milano 2015, pp. 7-11.

[56] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

[57] Yoga è cammino dentro di sé eseguito a partire dagli strati più superficiali, quelli del corpo, per arrivare a quelli più profondi. Il termine Yoga (lett. *unione*) rimanda ad una concezione monistica per la quale dimensione materiale e dimensione spirituale risultano indissolubilmente connesse. La prima è espressione della seconda e il corpo è tempio di evoluzione spirituale. Lo Yogi è tanto cultore del proprio corpo, grazie all'amorevole cura del proprio soma, quanto della psiche, come ricercatore della propria interiorità, e dello spirito, dedito alla profonda meditazione (D. Donnini, *Capire Lo Yoga*, Edizioni Mediterranee, 1988, pp. 10-16).

[58] Uno studio condotto su 62 pazienti ambulatoriali con carcinoma mammario operabile precoce in trattamento chemioterapico, 28 dei quali assegnati in modo casuale a ricevere yoga e 34 a ricevere intervento di terapia di supporto durante la chemioterapia, ha registrato, attraverso l'impiego dello strumento *Morrow Assessment of nausea and emesis* (MANE), una significativa diminuzione della frequenza della nausea indotta post-chemioterapia (P = 0,01), dell'intensità della nausea (P = 0,01), dell'intensità

angoscianti, punteggi di tossicità minori rispetto al gruppo di controllo, livelli significativamente più bassi di dolore e affaticamento e più elevati di rinvigorimento, accettazione e rilassamento[59].

L'agopuntura è una delle tecniche della medicina cinese introdottasi in Italia ed in Europa nel secondo dopoguerra. Dal 1982 essa rappresenta vero e proprio 'atto medico', praticabile, pertanto, da soli medici, riconosciuto come tale dapprima con sentenza numero 500 della II Sezione Penale della Corte di Cassazione e, poi, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità[60, 61]. La pratica appare particolarmente utile per il trattamento di sintomi tipici della CRF, quali disturbi del sonno, dolori articolari, dolore post-operatorio e cronico[62], indipen-

della nausea anticipatoria (P = 0,01) e del vomito anticipatorio (P = 0,05) rispetto al gruppo di controllo, ed una significativa correlazione positiva tra i punteggi MANE e ansia, depressione e sintomi angoscianti (R.M. Raghavendra, R. Nagarathna, H.R.Nagendra, K.S. Gopinath, B.S. Srinath, B.D.Ravi, R. Nalini, *Effetti di un programma integrato di yoga sulla nausea e l'emesi indotte da chemioterapia nei pazienti con carcinoma mammario,* in «Giornale europeo di cura del cancro», XVI(6), pp. 462-474, *https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00739.x*).

[59] C. Woodyard, *Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life*, in «International journal of yoga», IV(2) (2011), p. 49. doi: 10.4103/0973-6131.85485.

[60] L. Sotte, *Agopuntura e medicina tradizionale cinese*, in «Annali-Istituto Superiore di Sanità», XXXV(4) (1999), pp. 509-516.

[61] La tecnica prevede l'infissione di sottilissimi aghi metallici, sterili e monouso, nello strato superficiale cutaneo. L'idea è che il corpo umano presenti una rete di canali, cosiddetti *meridiani*, attraverso cui scorre la forza vitale (Qi). Perché questa fluisca liberamente, garantendo benessere all'individuo, è necessario che essi siano pervi. Una loro ostruzione determinerebbe un'alterazione del flusso della Qi con l'insorgenza di problematiche diverse. L'inserimento dei piccoli aghi in determinati punti è finalizzata proprio alla disostruzione dei meridiani e al ripristino del flusso dell'energia vitale.

[62] Uno studio clinico, pragmatico, randomizzato e controllato che, nel 2012, ha riguardato 302 pazienti ambulatoriali con tumore al seno, 75 delle quali assegnate alle cure tradizionali e 227 all'agopuntura in aggiunta ai trattamenti tradizionali, applicata una volta a settimana per 6 settimane,

dentemente dal trattamento antitumorale concomitante, in particolare tra i pazienti con cancro al seno[63].

Le pratiche di *Mindfulness* muovono dall'idea che nessuno è padrone di sé stesso se non possiede capacità di giudizio, carattere e volontà[64]. Esse, pertanto, mirano all'attivazione del processo di ridirezionamento intenzionale dell'attenzione che vaga e del lavoro trasformativo su mente-corpo a scopo liberatorio, terapeutico e decondizionante[65]. *Mindfulness* è l'abilità di «porre attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in maniera non giudicante»[66]. Nella Meditazione camminata, in particolare, l'attenzione non giudicante è orientata alle sensazioni delle piante dei piedi nel camminare avanti e dietro in uno dato spazio[67]. Nella Me-

ha registrato risultati soddisfacenti in termini di miglioramento del senso di affaticamento e della generale qualità di vita delle pazienti (A. Molassiotis, J. Bardy, J. Finnegan-John, P. Mackereth, D.W. Ryder, J. Filshie, E. Ream, A. Richardson, *Agopuntura per l'affaticamento correlato al cancro in pazienti con carcinoma mammario: uno studio controllato randomizzato pragmatico*, in «Giornale di oncologia clinica: giornale ufficiale della Società Americana di Oncologia Clinica», XXX(36), (2012), pp. 4470-4476, *https://doi.org/10.1200/JCO.2012.41.6222*).

[63] Y. Zhang, L. Lin, H. Li, Y. Hu, L. Tian, *Effects of acupuncture on cancer-related fatigue: a meta-analysis*, in «Support Care Cancer», XXVI(2) (2018), pp. 415-425. doi: 10.1007/s00520-017-3955-6. Epub 2017 Nov 11. PMID: 29128952.

[64] William James, a tal proposito, scrive: «The faculty of voluntarily bringing back a wandering attention, over and over again, is the very root of judgment, character, and will. No one is compos sui [master of himself] if he have it not. An education which should improve this faculty would be the education par excellence. But it is easier to define this ideal than to give practical directions for bringing it about» (W. James, *The Principles of Psychology*, Holt, New York 1890, p. 424).

[65] F. Giommi, S. Barbieri, *Consapevolezza intuitiva: il cuore della trasformazione terapeutica*, in «Costruttivismi», III (2016), pp. 76-90.

[66] J. Kabat-Zinn, *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*, Hyperion, New York 1994.

[67] A. Rainone, *La* Mindfulness*, Il non fare, l'accettare e il fare consapevole*, in «Cognitivismo clinico», IX(2) (2012).

ditazione di intuizione la 'presenza' alla propria esperienza fisica e psichica si realizza attraverso l'opera della coscienza, che, con modalità non discorsive, silenziose, non mediate dal linguaggio, apre ad intuizioni 'tanto immediate quanto spontanee'. Da seduti la meditazione risponde a precise regole di postura, associate a respirazione e presenza mentale[68].

I due interventi clinici basati sulla consapevolezza più utilizzati in oncologia sono la MBCT (terapia cognitiva basata sulla consapevolezza) e la MBSR (riduzione dello stress basata sulla consapevolezza). Quest'ultima in particolare, usata come intervento per i malati di cancro, ha registrato evidente miglioramento dello stress, dell'umore, dei livelli d'ansia, della quantità e qualità del sonno, dell'adattamento psicosociale, del funzionamento psicologico, della fatica, dei sintomi di *coping* e benessere, della QoL complessiva e della paura di recidiva. Tuttavia, come sottolineato dalle stesse Linee ESMO, la metodologia richiede studi randomizzati più prospettici, che utilizzino specificatamente la riduzione della CRFS come criterio di risultato, per determinare se essa è indiscutibilmente raccomandata per il suo trattamento[69, 70].

[68] F. Giommi, S. Barbieri, *Consapevolezza intuitiva: il cuore della trasformazione terapeutica*, in «Costruttivismi», III (2016), pp. 76-90.

[69] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

[70] Gli studi del radioterapista e oncologo americano C. Simonton, condotti per oltre 30 anni su pazienti con cancro in stadio avanzato, hanno dimostrato che emozioni, convinzioni e atteggiamenti mentali influenzano potentemente la salute, la QoL e il processo del morire e che l'applicazione di supporto psicologico associato a tecniche meditative determina un aumento significativo della QoL e della sopravvivenza anche di pazienti ritenuti clinicamente non curabili (S. Toti, G. Pagliaro, *La Meditazione in Oncologia. L'esperienza di Armoniosamente all'Ospedale Bellaria, Ausl di Bologna*, in «Scienze Dell'interazione», II(1) (2010), p. 70.).

4. *L'Estetica oncologica*

In aggiunta ai trattamenti raccomandati dalle Linee Guida ESMO, vera panacea si dimostra l'estetica oncologica, la disciplina che declina i trattamenti estetici alle esigenze dei pazienti in terapia antineoplastica per alleviarne gli effetti collaterali (prurito, rossore, ustioni), lenire i fastidi derivanti da posture antalgiche assunte dall'ammalato come protezione dal dolore, attraverso massaggi decontratturanti, e contrastare, con trattamenti drenanti, eventuali edemi. Il massaggio, in particolare, regala un rilassamento globale utile al miglioramento dello stato fisico, mentale ed emotivo. Il rapporto con il proprio corpo malato è, infatti, assai delicato. Applicare i protocolli di estetica oncologica significa comprovata diminuzione dei sintomi cutanei percepiti e di *distress*, con conseguente miglioramento della qualità di vita durante e dopo il trattamento antineoplastico[71, 72].

[71] S. Oliveri, F. Faccio, S. Pizzoli, D. Monzani, C. Redaelli, M. Indino, G. Pravettoni, *Uno studio pilota sui trattamenti estetici eseguiti da professionisti estetici qualificati: efficacia sulla qualità della vita correlata alla salute nei pazienti con cancro al seno*, in «Ricerca sulla qualità della vita: una rivista internazionale di aspetti di qualità della vita di trattamento, cura e riabilitazione», XXVIII(6) (2019), pp. 1543-1553.

[72] Uno studio clinico pilota, realizzato al Centro Benessere dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) su 170 donne in terapia per carcinoma mammario, tra aprile 2016 e agosto 2017, alle quali venivano applicati i protocolli estetici APEO (Associazione Italiana di Estetica Oncologica), ha dimostrato una significativa diminuzione dei sintomi cutanei percepiti (meno 60%) e di *distress* (meno 53%), con conseguente miglioramento della loro qualità di vita durante e dopo il trattamento antineoplastico (*ibidem*).

5. *Discussione*

Discutere di *Fatigue* è difficile, quanto definirla.

Stanchezza persistente, spossatezza, disturbi del sonno, bassi livelli di energia si intrecciano a componenti di natura emotiva, psicologica e relazionale. L'eziologia non è completamente chiarita, ma è certamente associabile alla patologia primaria cancro. Essa interessa la quasi totalità dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti, con persistenza variabile e significativo impatto su più dimensioni.

Come sindrome multidimensionale, la CRFS richiede comprensione in senso letterale, ovvero una valutazione accurata di ogni sua dimensione, ove il paziente è accompagnato ed 'educato' nell'acquisizione delle capacità di ascolto del proprio corpo, all'attenzione verso di sé, alla quantificazione di risorse ed energie per meglio dosarle, ben consapevoli, tuttavia, che nessun trattamento potrà dirsi risolutivo.

E di tutto questo tengono in gran conto le *Linee Guida europee per la diagnosi e il trattamento della Fatigue da Cancro*, prezioso documento che segna il riconoscimento formale e del giusto peso ad una sì complessa sindrome, le cui criticità risiedono, appunto, nel confine sottile tra ciò che appartiene all'effetto diretto dei trattamenti e quanto, invece, ne è effetto indiretto, ma più subdolo e sfiancante. Non a caso il primo dei principi generali di cura che, secondo le Linee ESMO, dovrebbero muovere l'operato dei clinici, è proprio il «riconoscere la realtà e l'impatto della condizione e dei sintomi, spesso ignorati e scarsamente considerati»[73]. L'informazione, del clinico e del paziente, spesso restio nel riferire i sintomi avvertiti, sembra essere la chiave per l'ottenimento del fine

[73] A. Fabi, R. Bhargava, *et al.*, cit., pp. 713-723.

ultimo per il quale esse nascono: il miglioramento della QoL del paziente in tutte le sue dimensioni.

Prevedere una fase di *screening* per la CRFS, appare 'rivoluzionario' perché significa non solo riconoscere la portata della sindrome e il suo impatto in termini di motivazione alla cura e QoL del paziente, ma anche riconoscere che molto si può fare in termini di prevenzione e previsione degli esiti. Rilevarne la presenza e quantificarne l'entità, processo affatto semplice, diviene importante per approcciarla e, quindi, trattarla in ogni sua dimensione.

Un corpo meno sofferente è una boccata d'ossigeno dopo una continua apnea. E l'esercizio fisico, primo dei rimedi contenitivi individuati dalle Linee ESMO, aiuta il paziente a piacersi di nuovo, anche se diverso, a prendersi cura di sé, a misurarsi con sé stesso, a conoscere il proprio corpo e ad amarlo così com'è, fragile eppure resiliente, ad accrescere la motivazione. Esso, tuttavia, non può prescindere da una corretta alimentazione. La *dieta* come 'arte di vivere'[74] è energia per il corpo, ristoro per l'anima. Il cibo è primo vero farmaco, da scegliersi e dosarsi con attenzione, cui associare eventualmente nutraceutici. «Se noi consideriamo la dietetica parte della medicina, per gli antichi è il contrario: è la medicina ad essere parte della dietetica. Semplicemente perché dare a ciascuno il cibo che serve a tenere in equilibrio corpo e anima è il primo e indispensabile presupposto di ogni cura» – scrive il professore Marino Niola, docente di antropologia presso l'Università Suor Orsola Benincasa di Napoli[75].

[74] Dal greco δίαιτα, dìaita, «stile di vita». Per Plinio il Giovane (61-114 d.C.) e Svetonio (70 d.C.), il termine dieta significa letteralmente 'appartamento, stanza', avvicinandolo concettualmente al significato di 'abitudine'(M. Niola, Homo dieteticus. *Viaggio nelle tribù alimentari*, Il Mulino, Bologna 2015, pp. 31-32).

[75] *Ibidem*.

Anima, dunque, è filtro di ogni sentire del corpo, capace tanto di ammortizzare, quanto di esacerbare ogni vissuto del soma. Ragione, questa, per la quale le Linee ESMO inseriscono, tra i trattamenti, quelli psicosociali, meglio articolati in attività di informazione e consulenza, psicoeducazione, terapia cognitivo-comportamentale, interventi mente-corpo.

Potente è l'effetto dei trattamenti psicosociali nella gestione e nel contenimento dei sintomi da CRF, spesso superiore a quello dei trattamenti farmacologici, che però, sebbene insoddisfacenti per risultati, meglio rispondono alle aspettative del paziente, che guarda loro come mezzo più immediato all'ottenimento del sollievo desiderato.

Le criticità dei trattamenti psicosociali risiedono proprio nell'ancora diffusa reticenza a 'guardare la malattia', a chiamarla per nome, a riconoscere la propria fragilità, con la disposizione d'animo di chi si pone in ascolto, aperto alla consapevolezza, al riconoscimento e, quindi, alla verbalizzazione del proprio malessere. È un atto di forza ancora vissuto come sconfitta, ove la sconfitta, invece, risiede solo nell'accettazione di una vita a metà, che non può 'essere diversamente'.

Il dialogo tra psiche e soma, con sguardo diretto verso la stessa direzione, appare la chiave per il vero sollievo e gli interventi mente-corpo solleticano lo scambio, l'intimità, l'intesa tra due entità che non hanno ragione di esistere separatamente.

Il controllo dei sintomi, della malattia e di sé stessi, per non esserne sopraffatti, sono strettamente legati alla capacità di sbrogliare la matassa nella quale si è finiti e dalla quale si rischia di rimanere soffocati. Ci si ascolta come si ascoltano le conchiglie, si cerca il filo che si è perso a più mani, quelle dell'*helpee* e quelle del terapeuta, pazientemente, con coraggio (lett. 'con il cuore'), testardaggine, a provare incastri, a lasciar

andare, a raccogliere pezzi di sé sparsi qua e là, a colorare sbiaditi e ad attenuare tinte troppo forti che accecano e che impediscono il guardare oltre, a riprendere fiducia nei venti, non sempre quelli gelidi da nord, nei 'ricominciamenti', nella luce all'improvviso che a volte si spegne, sì, ma si riaccende, a scovare risorse e piantare i semi di oggi che cresceranno domani o, forse dopodomani, ma daranno fiori e frutti, ad allenarsi a scorgere il bello, il sole che è ancora lì nascosto con qualche raggio che si infila testardamente tra le crepe, a mantenersi il bello, quello rimasto e che non si coglie perché forse piccolo rispetto ai macigni del cuore, ma non per questo 'meno bello', ad accogliersi, a ripartire da sé. Questa è la bellezza della psicoterapia, ancora troppo spesso considerata secondaria.

In ultima analisi, siamo profondamente legati «all'immagine che abbiamo della forma, delle dimensioni e della taglia del nostro corpo»[76], cui attribuiamo sentimenti e valore fortemente condizionati dagli standard fisici della società. E lo siamo ancora di più quando dolore e malattia la modificano e il metro di paragone non sono più i modelli proposti dai media, ma il nostro aspetto precedente. Si rischia di vivere le modificazioni del corpo come perdita d'identità. Sentirsi ospiti in un corpo che non sembra più appartenerci condiziona le relazioni. Il disagio con il proprio corpo diviene disagio con l'altro.

L'estetica oncologica nasce come forma di aiuto al paziente per meglio vivere la fase oncologica, attraverso azioni concrete volte tanto alla riduzione dei sintomi connessi alla tossicità cutanea dei trattamenti neoplastici, quanto a ché la persona ritrovi confidenza col proprio corpo, diverso, forse mutilato, e, quindi, con l'altro.

[76] P.D. Slade, *Body Image in Anorexia Nervosa*, in «British Journal of Psychiatry», CLIII(2) (1988), pp. 20-22, *https://doi.org/10.1192/S0007125000298930*.

6. *Conclusioni*

L'analisi degli aspetti clinici della CRFS suggerisce diverse riflessioni.

Ammalarsi di cancro è evento traumatico. Significa incontrare la possibilità della propria morte, la separazione dai cari, la rinuncia a progetti esistenziali[77], all'identità in tutte le sue sfaccettature (esistenziale, emozionale, temporale, di ruolo). Ad un corpo che si ammala corrisponde una mente che si ammala.

Sebbene le modalità di comunicazione della diagnosi, il livello precedente di adattamento del paziente e di supporto emotivo, il senso di minaccia percepito, i fattori culturali e religiosi, le caratteristiche di personalità e lo stile di *coping*, la capacità individuale e le potenzialità del paziente[78] possano fare la differenza, il cancro segna una battuta d'arresto, una presa di coscienza obbligata a fronte della quale la persona necessita di tempo, in un'epoca in cui, invece, le si chiede di soffocare il senso di caducità e il pensiero della morte accelerando i ritmi del vivere. L'accettazione non impedisce alle emozioni di entrare in una dimensione fuori controllo, ove il presente appare minaccioso e il futuro incerto e ricco di preoccupazioni: quella per l'*iter* terapeutico e il suo esito, per l'impatto della malattia sulla famiglia in termini emotivi e/o economici, sul contesto lavorativo e sociale. Le scelte costano fatica: quali cure accettare, quali rifiutare, dove e da chi farsi curare, come comunicarlo alle persone significative.

Si aggiungano a tutto ciò importanti fattori socio-culturali, ove cancro è *stigma*. Nell'immaginario collettivo patolo-

[77] M. Biondi, *La psicosomatica nella pratica clinica*, cit., pp. 338-343.
[78] *Ibidem*.

gia è *poenia*, 'prezzo' da pagare per condizioni morali riprovevoli contro le quali Dio chiama a correzione. Il corpo malato è oggetto continuo di interpretazione. Gli effetti diretti e visibili dei trattamenti (calvizia, mutilazioni, cicatrici) diventano discriminatori[79], trasformando lo *stigma* in *auto-stigma*. In particolare, quando il cancro lede parti del corpo che segnano l'identità di genere, l'individuo ne è sconvolto. Anche in caso di intervento conservativo, permane la memoria del danno subito e dell'eventuale disturbo di funzionamento ad esso correlato[80].

«Una malattia grave non altera la vita, la distrugge» – scrive il medico P. Kalanithi[81]. E, seppur è vero che, quando la vita si spezza, una forza inaspettata spinge a nuove consapevolezze, il prezzo da pagare è sempre troppo alto e le energie che il paziente chiede a sé stesso sfiancano. Il dolore oncologico prima ancora che essere *algos* (dolore fisico), è *pathos*[82], alto grado di emozionalità, coinvolgimento. Nella malattia Algos diviene tutt'uno con Pathos. Infatti, sebbene nel linguaggio comune, dolore e sofferenza vengono usati indiscriminatamente come sinonimi, il dolore appartiene al corpo, la sofferenza al modo individuale di sentirlo. Per Platone il dolore «inchioda l'anima al corpo», rendendola incapace di agire[83]. Il dolore è, dunque, dolore che coinvolge l'uomo come globalità bio-psico-sociale e che C. Saunders, fonda-

[79] E. Goffman, *Stigma. Notes on management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, NJ 1963.

[80] V. Abate, N. Iannotti, P. Ferri, M.C. Cantile, I. Bolognini, O. Mazzoni, D. Barberio, *La vita sessuale dopo il cancro*, in «Giornale dell'ordine degli Psicologi» ISSN 1825-0491, XIV (2013), 2, pp. 41-43.

[81] P. Kalanithi, *Quando il respiro si fa aria. Un medico, la sua malattia e il vero significato della vita*, Mondadori Libri S.p.A., Milano 2016, p. 79.

[82] Per i greci *Pathos* è forza irrazionale tanto positiva quanto negativa, che regola l'animo umano, in opposizione a *Logos*, che è raziocinio.

[83] Platone, *Fedone*, trad. di A. Tagliapietra, Feltrinelli, Milano 1994.

trice nel 1967 a Londra del primo Hospice moderno, definisce «cronico e persistente che destabilizza l'ammalato sia sul piano fisico, psicologico, interpersonale ed esistenziale, che sul piano sociale ed economico», dolore che appartiene ai pazienti terminali *in primis*, ma a chiunque si confronti con la patologia oncologica, a prescindere dalla prognosi. In un'epoca in cui la medicina è *scienza del corpo*, Saunders getta le basi per quella che, in epoca moderna, sarà la *medicina della persona*, dove 'persona' è, appunto, *per sé unica*, portatrice di tale sua unicità in ogni luogo, fisico o simbolico che sia, e dunque anche nella malattia. Unico è il modo di ciascuno di interpretare, vivere, dare senso alla patologia e al dolore che questa porta con sé, che è percezione ed esperienza soggettiva insieme, frutto di un mosaico di fattori individuali, biologici e psicosociali, che, interagendo, scolpiscono una esperienza che varia da individuo a individuo[84] e dei quali non si può non tener conto in sede di cura.

In una intervista del 2003, ricordando gli anni 1958-65 in cui presta la sua opera presso il St. Joseph Hospital, Saunders racconta: «Potevamo curare un paziente somministrando farmaci regolarmente, tenendo un diario del dolore per monitorarlo, e sederci ad ascoltare i pazienti come persone... E naturalmente quello era come agitare una bacchetta magica».

La medicina, per molti anni focalizzata sull'organo malato, riacquista nei nostri giorni, il suo valore olistico, unica forma di medicina sino al Sei-Settecento, dove l'uomo è in-dividuus, non divisibile, unico, come la cura. *Cura* diviene

[84] L'*International Association for the Study of Pain* definisce il dolore come «esperienza personale che è influenzata in varia misura da fattori biologici, psicologici e sociali» (International Association for the study of pain (IASP) (n.d.) Definizione di dolore. Disponibile in: *https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain* (verificato: novembre 2021)).

prendersi cura. *Relazione terapeutica* diviene *alleanza terapeutica*, sguardo verso la stessa direzione, luogo condiviso ove il clinico è in ascolto, dei 'detto' e dei 'non detto' che pesano come macigni, e il paziente è scevro di difese, libero di mostrare la propria fragilità e di vivere la malattia così come la percepisce e la interpreta. Relazione terapeutica è investimento, fiducia, primo vero ingrediente dei trattamenti[85], luogo di consapevolezza e responsabilità, considerazione e condivisione, di franchezza rispettosa. Paziente non è più 'colui che sopporta senza lamentarsi, che subisce un'azione' e per il clinico «essere aperti alla relazionalità umana non significa rivelare grandi verità dall'abside; significa incontrare i pazienti dove si trovano, nel nartece o nella navata, e condurli il più lontano possibile»[86].

Se identificare possibili variabili psicologiche e psicosociali come fattori di rischio per lo sviluppo di neoplasia costituisce terreno minato, non si può dire altrettanto circa il ruolo dei fattori emozionali sul decorso della malattia[87], anche in termini di *Fatigue*. Negli ultimi anni si è delineata, e le Linee ESMO ne sono un'evidente prova, una sempre maggiore tendenza dei clinici a sviluppare un approccio che non si orienti unicamente all'intervento sull'organo malato, ma che miri altresì al miglioramento della condizione emozionale del paziente e alla sua QoL, con effetto secondario ma non meno importante sull'aumento della sopravvivenza[88, 89].

[85] U. Veronesi, G. Pravettoni, *Senza Paura*, cit., p. 35.

[86] P. Kalanithi, *Quando il respiro si fa aria*, cit., p. 63;

[87] M. Biondi, A. Costantini, L. Grassi, *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1995, pp. 451-469.

[88] *Ibidem*.

[89] Uno studio longitudinale a cinque anni, condotto al King's College di Londra, su 88 pazienti con carcinoma della mammella e 50 con

La *medicina della persona* rappresenta il superamento di un approccio, quello tradizionale, troppo riduttivo, la possibilità di fronteggiamento e contenimento della sintomatologia connessa al cancro e ai trattamenti, di modellamento a fronte dei cambiamenti che la patologia comporta, di una vita significativa nonostante i disagi della patologia.

linfoma per valutarne la sopravvivenza in senso globale e quella in assenza di recidiva, ha dimostrato la correlazione tra risposta emozionale del paziente caratterizzata da spirito combattivo e maggiore intervallo libero di malattia e maggiore sopravvivenza rispetto a risposta emozionale caratterizzata da fatalismo, disperazione e preoccupazione ansiosa (T. Morris, K. Pettingale, J. Haybittle, *Psychological response to canser diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma*, in «Psycho-Oncology», I (1992), pp. 102-105, *https://doi.org/10.1002/pon.2960010207*).