

Valutazione Multidimensionale, Comunicazione e Approccio "Patient-Centred" in oncologia geriatrica

Graziella Orru*

RIASSUNTO

Il presente lavoro ha messo in evidenza l'utilità della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD). Tale metodologia sta acquisendo un crescente interesse in oncologia geriatrica: in primo luogo, per la necessità di discriminare tra gli aspetti legati alle sindromi geriatriche e quelli strettamente correlati alla patologia tumorale; in secondo luogo per il suo potenziale valore prognostico. Inoltre lo studio sottolinea la necessità di una migliore comunicazione da parte del personale coinvolto nella presa in carico dell'utente oncologico.

SUMMARY

The present study has highlighted the usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). CGA is acquiring interest in geriatric oncology for two main reasons: first of all, for the need to distinguish the features linked to the geriatrics syndromes from those ones which are strictly connected to the cancer pathology; secondly, for its potential prognostic value related to these clinically complex patients.

Furthermore, the present study has shown the demand of a better communication between professionals and cancer patient.

Parole Chiave

Valutazione Multidimensionale Geriatrica, oncologia, approccio centrato sul paziente

Key Words

Comprehensive Geriatric Assessment, oncology, patient-centred approach

1. Introduzione

L'invecchiamento è un processo altamente individualizzato e riflette un fenomeno biologico caratterizzato da continuità temporale, modulabilità ed eterogeneità.

L'invecchiamento della popolazione ha determinato un importante incremento di soggetti considerati "fragili". La fragilità sembrerebbe colpire una percentuale significativa della popolazione anziana generando un forte impatto sul nostro "welfare", per la grande necessità di rispondere ai bisogni assistenziali che ne conseguono. Clinici, ricercatori e letteratura psicologica-medica hanno mostrato un crescente interesse nei confronti della fragilità anche se tuttora si rileva molta incertezza relativamente al suo concetto ed alla sua definizione. La letteratura sull'argomento ha proposto diverse definizioni di fragilità. La definizione identificata come ampiamente condivisa asserisce quanto segue: *"l'individuo fragile è un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, nel quale sono spesso coesistenti problematiche di tipo socio-economico, quali soprattutto solitudine e povertà"* (Ferrucci et al., 2001).

Nonostante la crescente attenzione nei confronti dell'anziano fragile, esso storicamente è stato ignorato dalla medicina tradizionale in quanto considerato scientificamente poco interessante perché di fatto non guaribile ed in secondo luogo perché si ritiene comunemente che ogni possibile intervento di tipo medico e/o psicologico rivolto ad un soggetto "scomodo" sia destinato a fallire, in quanto incapace di reagire efficacemente ad eventi che possano turbare il suo equilibrio e troppo rigido per permettere dei possibili cambiamenti. Ne deriva per il medico, lo psicologo e per le altre figure professionali, la necessità di valutare tutte le "dimensioni critiche" che coinvolgono l'utente

* *Psicologa clinica, neuropsicologa, psicoterapeuta. Dottore di ricerca in scienze geriatriche ed ematologiche, Università degli Studi di Padova. Honorary Contract presso King's College, Londra.*

geriatrico, poiché è solo attraverso un approccio olistico che si può garantire il massimo beneficio preventivo e terapeutico.

2. La Valutazione Multidimensionale

La popolazione anziana presenta spesso una variabilità più ampia rispetto al giovane adulto nella manifestazione di malattia, nel suo decorso e nella risposta terapeutica. Per tale ragione, l'approccio diagnostico ed il trattamento devono essere spesso il più possibile "personalizzati". L'attenzione del medico, dello psicologo e di tutti gli operatori geriatrici dovrebbe essere rivolta non solo alla malattia ma anche alle variazioni funzionali, psichiche e sociali che la malattia ha indotto in quel determinato individuo.

Di fronte ad un paziente così complesso, la metodologia di studio e di definizione diagnostica più appropriata risulta essere la Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VMD). Essa è considerata un valido strumento della medicina geriatrica che lo ha elaborato e validato. La VMD non si limita al solo momento valutativo-diagnostico ma dal punto di vista operativo si estende anche alla gestione del paziente.

La VMD viene infatti definita come un processo diagnostico multidimensionale, interdisciplinare, che ha come obiettivo quello di determinare i bisogni clinici dell'anziano fragile al fine di sviluppare una valutazione globale del paziente, pianificare trattamenti e follow-up adeguati (Ferrucci et al., 2001). Questa metodica è risultata essere particolarmente utile ed indicata nell'anziano fragile.

Qualora venga effettuata nello stesso paziente ad intervalli regolari rappresenta uno strumento in grado di verificare l'efficacia degli interventi terapeutici ed assistenziali; identificare precocemente le modificazioni dello stato di salute; individuare i primi segni di un'evoluzione verso la fragilità.

3. Le aree e gli obiettivi della VMD

La VMD si focalizza nell'individuazione di specifiche aree che caratterizzano lo stato funzionale del paziente: stato fisico, stato cognitivo-affettivo, stato funzionale, stato socio-economico e condizioni ambientali.

Unitamente alle aree di indagine sopra elencate vengono spesso presi in considerazione altri parametri che rendono più completa la VMD quali: lo stato nutrizionale, la comorbidità, l'alterazione di alcuni parametri di laboratorio, il numero di farmaci assunti e le possibili interazioni, la presenza di sindromi geriatriche che, spesso, rappresentano le principali cause di un repentino aggravamento che inevitabilmente influenza in maniera negativa il quadro clinico e la prognosi del paziente. La VMD viene utilizzata in diversi contesti sia assistenziali/clinici che di ricerca.

Nella VMD risulta indispensabile il lavoro in équipe; la sua applicazione prevede l'intervento contemporaneo – su ciascun paziente – di diverse figure professionali, rendendo in questo modo possibile la definizione dei problemi e di un piano di assistenza specifico per ogni paziente. La gestione del paziente anziano attraverso questa metodologia permette di ottenere risultati e vantaggi evidenti che si traducono in: riduzione di morbilità, mortalità, disabilità e miglioramento soggettivo ed oggettivo della qualità della vita (Stuck et al., 1993).

Tale metodologia si propone di identificare le modificazioni dello stato di salute dell'individuo rilevando segni precoci ed indicatori di un'evoluzione verso la fragilità; si pone inoltre l'obiettivo di valutare la prognosi ed indicare un programma di intervento altamente individualizzato. Gli interventi specifici permettono di ridurre la fragilità evitando, per quanto possibile, il suo declino verso la disabilità, cercando di ottimizzare le funzioni residue. Essa permette inoltre di seguire il paziente nel tempo e di verificare l'efficacia degli interventi terapeutici ed assistenziali applicati.

A tal fine risulta di fondamentale importanza la presenza e l'operatività di una rete integrata di strutture e servizi (sia ospedalieri che territoriali) specificatamente progettati ed organizzati. In modo particolare è possibile quantificare e caratterizzare la gravità dell'area della non autosufficienza, consentendo una progressiva riorganizzazione dei servizi sulla base di stime realistiche delle risorse da impiegare. La VMD, inoltre, può fornire informazioni di carattere epidemiologico su larga scala, grazie all'elaborazione di banche dati confrontabili permettendo di identificare le necessità assistenziali della comunità attuali ed in proiezione.

3.1. *Gli strumenti della VMD e l'assessment multidimensionale nell'utente oncologico*

La VMD dispone di numerosi strumenti appositamente costruiti e validati anche in Italia. E' necessario sottolineare che gli strumenti con la quale essa viene tradizionalmente effettuata si rivelano solo parzialmente adeguati nell'anziano fragile per diversi ordini di motivi:

- ogni strumento è stato sviluppato e validato per esplorare una singola area (cognitività, tono dell'umore, stato nutrizionale, ecc.);
- gli strumenti sono puramente descrittivi in quanto analizzano lo stato della singola area esplorata senza risalire a fattori causali, non consentendo di acquisire le informazioni necessarie all'elaborazione ed attivazione del piano di cura/assistenza;
- la disponibilità di più strumenti per valutare ciascuna area ha permesso che ogni operatore, ogni struttura o ambito assistenziale utilizzasse una propria batteria di test, rendendo con ciò impossibile seguire l'andamento nel tempo del paziente da parte delle persone chiamate ad assisterlo, valutare l'efficacia dei trattamenti, così come confrontare diverse metodologie assistenziali compiute sulla stessa tipologia di pazienti.

La VMD è stata utilizzata in diversi setting clinici che riguardano l'anziano, anche se meno studiato risulta essere l'assessment multidimensionale del paziente affetto da patologia tumorale in età geriatrica. Nell'ambito dell'oncologia geriatrica vi è negli ultimi 10 anni un progressivo ed accresciuto interesse in merito a queste tecniche di valutazione (Maas et al., 2007).

La VMD può dimostrarsi estremamente utile nelle procedure diagnostiche, cliniche, nel trattamento terapeutico e nella realizzazione di un intervento integrato che miri a risolvere le numerose problematiche di salute e psicologiche che coesistono nei pazienti anziani neoplastici (Maas et al., 2007; Inouye et al., 1999).

3.2. *L'anziano con neoplasia: obiettivi della VMD*

Exterman (2003) individua i principali obiettivi che indirizzano la pratica clinica ad utilizzare la metodologia della VMD declinata per il paziente anziano oncologico, che sono: identificare i problemi presenti nel paziente oncologico che possono sommarsi al quadro clinico della patologia tumorale; individuare il potenziale valore prognostico delle variabili geriatriche ottenendo una valida e precisa stima della sopravvivenza; comprendere l'impatto terapeutico e la tolleranza ai farmaci chemioterapici. La VMD in oncologia geriatrica è basata sull'importanza di determinare la condizione clinica e funzionale del paziente oncologico dal punto di vista medico, psicologico e socio-assistenziale al fine di determinare i bisogni, sviluppare idonei trattamenti e seguire il paziente nel follow-up.

4. **Indicatori prognostici negativi**

È stato osservato che applicando la VMD ai pazienti anziani con neoplasia si riscontra – rispetto ai pazienti senza neoplasia – un'elevata presenza di comorbidità, a cui si associa un declino delle attività di base e strumentali della vita quotidiana (Extermann, 2003). Quanto detto viene inoltre confermato da Repetto, Fratino, Audisio e colleghi (2002), i quali, evidenziando la relazione esistente tra comorbidità e stato funzionale, sottolineano l'inutilità di prenderli in considerazione separatamente. Se si tiene in considerazione il fatto che nel paziente anziano oncologico il deficit funzionale condiziona la sua prognosi in maniera negativa (Giordano et al., 2007), esso avrà anche un maggior rischio di mortalità rispetto al paziente fragile non oncologico.

Nel loro studio, Maas e colleghi (2007) hanno identificato come principali indici di mortalità il declino dello stato funzionale, il peggioramento della qualità di vita e la presenza di una sintomatologia depressiva se presente prima del trattamento chemioterapico.

È stato rilevato che i soggetti oncologici sottoposti a VMD e a trattamento oncologico (chirurgico, radio-chemioterapico o assistenziale) hanno una sopravvivenza maggiore rispetto ai pazienti non valutati attraverso la VMD (McCurkle et al., 2000). Alla luce di quanto detto, un aspetto di fondamentale importanza è rappresentato dalla personalizzazione del trattamento in base alle caratteristiche e necessità cliniche, psicologiche e sociali rilevate attraverso VMD ed

espresse dal paziente. In particolare i fattori che influenzano la scelta e l'efficacia di un trattamento derivano dalla VMD e sono (Balducci et al., 2003): spettanza di vita, riserva funzionale e comorbidità.

Un ulteriore indicatore di prognosi infausta che certamente indirizza e condiziona le scelte terapeutiche è rappresentato dal dolore. Esso caratterizza il paziente con neoplasia e sembra influenzare pesantemente e negativamente i processi cognitivi, il tono dell'umore, il sonno, in generale le funzioni fisiche e la qualità di vita del paziente e dell'intero nucleo familiare. Per queste ragioni è di fondamentale importanza tenerlo in considerazione. Ciò nonostante ancora pochi studi coinvolgono il dolore nella valutazione multidimensionale.

5. Il ruolo della Psico-Oncologia

In Italia la Psico-Oncologia ha acquisito una precisa identità culturale, scientifica e metodologica, definendo più puntualmente gli obiettivi di intervento, le metodiche utilizzate ed i modelli organizzativi dei servizi all'interno degli IRCCS e degli Ospedali Generali.

Contestualmente anche la ricerca ha avuto un proprio sviluppo, sia in termini di numero di articoli di argomento psico-oncologico – linearmente cresciuto dal 1966 al 1999 – che in rapporto al totale degli articoli pubblicati per anno (Morasso e Di Leo, 2002). L'insieme delle competenze cliniche e di ricerca relative alla dimensione psicologica del cancro, si sono focalizzate sui seguenti due filoni di ricerca: il primo, identificato come area psicosociale, ha sviluppato linee di ricerca sulle risposte psicologiche alla malattia ed alle terapie da parte del paziente, dei familiari e dell'équipe curante; il secondo, identificato come area psicobiologica, ha studiato l'influenza dei fattori psicologici e comportamentali sul rischio di malattia e sulla sopravvivenza dei pazienti con diagnosi di cancro (Dolbeault et al., 1999; Holland, 1992).

Le attività cliniche delle unità di Psico-Oncologia hanno lo scopo di integrare la cura medica con il supporto psicologico ai pazienti ed alle loro famiglie. Il trattamento psicologico del paziente oncologico deve avere come obiettivo principale quello di migliorare la Qualità della Vita e di limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche tali da condizionare la vita futura della persona.

Vengono utilizzate diverse tipologie di intervento psicologico: l'intervento sulla crisi emotiva e sulle difficoltà di adattamento e l'approccio cognitivo, l'utilizzo delle tecniche di rilassamento e delle tecniche immaginative, le psicoterapie di tipo supportivo-espressivo.

La Psico-Oncologia risponde all'esigenza di una riflessione specifica sui processi psichici implicati nell'adattamento degli utenti alla malattia e sulla valutazione della loro qualità di vita. Essa dovrebbe, quindi, fornire strumenti utili all'organizzazione della formazione di tutte le figure professionali coinvolte e proporre strategie efficaci nel sostegno psicologico al malato. Si tratta di un insieme di conoscenze e competenze in costante evoluzione, sulle quali si fonda l'identità professionale psicologo e/o psicoterapeuta esperto in Psico-Oncologia. Risulta infine importante il coinvolgimento di questa figura professionale nei processi educativi e formativi finalizzati a migliorare le capacità degli operatori a valutare, riconoscere e trattare in maniera integrata il dolore.

Qualunque sia la diagnosi, la prognosi, la risposta alle terapie, non esistono tumori di scarsa rilevanza. Il cancro infatti rappresenta sempre per il paziente (e la sua famiglia) una prova esistenziale sconvolgente. Il "trattamento" dell'utente oncologico deve avere come obiettivo principale quello di migliorare la Qualità della Vita e di limitare il rischio di conseguenze *psicopatologiche* tali da condizionare la sua vita futura.

Il sostegno sociale rappresenta pertanto un elemento costitutivo del trattamento del *paziente oncologico* e rientra nelle responsabilità di ciascuna figura terapeutica: del medico di medicina generale, del medico oncologo, dell'infermiere, dello psichiatra, dello psicologo e/o psicoterapeuta e dell'équipe curante nel suo complesso.

Numerosi studi ne sottolineano la necessità e riportano le iniziative promosse in questo campo: ricerche epidemiologiche sulla prevalenza dei disturbi psicologici, ricerche sulla valutazione della qualità di vita, strategie utili per l'informazione dell'utente, tecniche specifiche di sostegno psicologico. Ciò sembrerebbe possibile attraverso una presa in carico individualizzata della persona, tramite l'informazione relativa ai vari aspetti della patologia così come tramite la valutazione dei suoi bisogni, delle sue possibilità di scelta, della sua situazione familiare e sociale.

La specificità della Psico-Oncologia consiste nel suo rivolgersi ad un paziente il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma è generato dalla situazione traumatizzante che ha come oggetto la malattia. Ciò implica il riferimento ad un concetto psicologico fondamentale: il concetto di crisi, considerato come momento in cui può generarsi il cambiamento. In esso possono essere individuati tre momenti:

- l'esplicitazione del problema (il cambiamento nel rapporto con se stessi e con gli altri, la consapevolezza della propria vulnerabilità e dell'eventualità della propria morte);
- la mobilitazione della rete sociale prossima al paziente (familiari e curanti);
- lo sviluppo di un nuovo equilibrio attraverso l'individuazione di soluzioni adattive e generatrici di cambiamento.

L'intervento psicologico clinico in oncologia ha come principali destinatari il malato e la sua rete sociale prossima, costituita in primo luogo dai familiari.

6. Obiettivi legati all'utente con neoplasia

Di seguito sono riportati degli obiettivi generici legati all'individuo ed alla sua malattia:

- aiutare il paziente lungo tutto il decorso della malattia e nei momenti particolarmente destabilizzanti, dalla diagnosi alla guarigione o all'*exitus*;
- aiutarlo a contenere i sintomi psicologici che lo affliggono;
- aiutarlo a modificare i comportamenti a rischio rispetto al possibile peggioramento delle sue condizioni psicofisiche generali.

La diagnosi di cancro determina notevoli ripercussioni sull'equilibrio della struttura familiare. Talvolta la necessità – anche legale – di informare il paziente può essere difficilmente conciliabile con il desiderio dei medici di incoraggiare quest'ultimo: la costante collaborazione con gli psichiatri e con gli psicologi che hanno acquisito una specifica esperienza sulla comunicazione in campo oncologico consente dunque di affrontare meglio tali questioni; proprio a fronte del fatto che spesso la rivelazione delle “bad news” rappresenta ancora una realtà poco diffusa per l'individuo anziano.

7. Dalla teoria alla pratica

La dimostrabilità dell'efficacia di un intervento psicologico ha diverse limitazioni: ciò implica la difficoltà nello stabilire la superiorità di un intervento rispetto ad un altro. Tali limitazioni risiedono nella natura del intervento e del suo oggetto. Il nesso di causa ed effetto che risiede nel modello medico non è infatti replicabile in psicoterapia; ciononostante, la letteratura evidenzia dei tentativi di studiare gli effetti benefici derivati delle psicoterapie. A tal proposito, Newell e collaboratori (2002), in una revisione sistematica della letteratura che aveva come oggetto la verifica degli effetti delle terapie psicologiche rivolte all'utente con neoplasia – mediante trials clinici controllati –, hanno concluso che i risultati delle meta-analisi eseguite sono considerabilmente meno entusiasmanti circa i potenziali benefici delle terapie psicologiche in questa categoria di utenti. Una pronta risposta in termini di riconsiderazione di tali conclusioni è stata messa in campo da Bredart, Cayrou e Dolbeault (2002), evidenziando i limiti della ricerca di Newell e colleghi (2002) ed asserendo che non hanno messo in atto una meta-analisi di trials clinici di efficacia in quanto hanno combinato varie terapie psicologiche per i pazienti con cancro.

Ad esempio, gli autori della precedente ricerca hanno dato un uguale peso agli interventi psicologici tradizionali formalizzati, eseguiti da “*trained professionals*” ed interventi non convenzionali forniti da non professionisti. Tali autori hanno inoltre ignorato i benefici ampiamente dimostrati in psicoterapia associati alla salute mentale come anche all'oncologia (Meyer, Mark, 1995; Sheard, Maguire, 1999).

7.1. Intervento psicologico nella geriatria-oncologica

L'utente anziano con neoplasia spesso non è consapevole della propria diagnosi, come volere manifestato dai familiari nel tentativo di proteggere il proprio caro, ed in questi casi diviene difficile stabilire chi riceverà l'intervento.

L'intervento psicologico in oncologia si pone l'obiettivo di gestire e di alleviare il disagio psicologico correlato alla diagnosi ed alla progressione della malattia, per evitare che la sofferenza che ne deriva diventi a sua volta fattore di nuovi problemi.

Ciò che ogni intervento dovrebbe tenere in considerazione è la salute dell'utente; essa viene definita, nella Costituzione dell'OMS, come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Tale definizione è molto impegnativa e la sua traduzione in termini operativi da sempre non manca di suscitare discussioni.

7.2. *Il supporto informale*

Il sistema di supporto informale si fonda sull'individuazione di un *caregiver* primario, svolto nella maggioranza dei casi da familiari o da amici, che rappresenta la persona più importante per il paziente ed il principale interlocutore per il team multidisciplinare (Bascom, Tolle, 1995). L'individuazione dei bisogni del *caregiver* comprende, nel rispetto assoluto della volontà del paziente, un'adeguata informazione circa la diagnosi, la storia e la prognosi della malattia. Questo è indispensabile per assicurare la qualità dell'assistenza, per aiutare il paziente ad affrontare scelte di carattere medico, sociale e personale, per alleviare paure ed attenuare l'ansia che deriva dall'incertezza. L'educazione all'assistenza si struttura in una serie di indicazioni pratiche che includono ogni aspetto della vita domiciliare, dall'assistenza nelle attività del vivere quotidiano, alla cura della persona, alla gestione dei farmaci.

Il *caregiver* viene investito di un onere psicologico, fisico, sociale ed economico tale per cui possono manifestarsi disturbi psicologici di diversa entità e tipologia. Quanto appena detto richiede che il team identifichi il *caregiver* ad alto "rischio psico-sociale" e che pianifichi un intervento di supporto psicologico; supporto che dovrebbe considerare un piano di assistenza durante la fase del lutto, in quanto tale esperienza è associata ad alto rischio di malattia depressiva ed alta mortalità.

8. **Modello "patient-centred": riflessioni**

Il lavoro appena descritto riporta una revisione della letteratura in merito all'utente oncologico, alla metodologia adeguata da applicare per l'assessment fisico-clinico-psicologico e sociale. La VMD a tal fine si rivela uno strumento molto utile in termini di rilevazione dello stato di salute, psicologico e sociale e di pianificazione di un piano di intervento altamente individualizzato. Accanto ad un approccio multidimensionale e' quindi fondamentale un approccio multidisciplinare ed integrato di diverse figure ospedaliere tra cui il medico geriatra e lo psicologo. Entrambe queste figure hanno come denominatore comune l'utente con neoplasia ed il suo *caregiver*.

Secondo tale prospettiva, oltre alle condizioni fisico-cliniche bisognerebbe prendere in considerazione la componente psicologica che riveste un ruolo fondamentale sia per l'utente geriatrico anziano con neoplasia che il suo familiare. In diversi contesti, per diversi ordini di motivi, spesso questa componente rimane secondaria alla condizione fisico-clinica. Spesso, però, la componente psicologica rimane ignorata nonostante la richiesta di un supporto di tipo psicologico sia da parte dell'utente con neoplasia che del suo familiare.

La prima riflessione – che ad una prima valutazione potrebbe sembrare banale, superflua e paradossale – mette in luce l'importanza del comunicare, ovvero del saper parlare alla persona malata da parte delle figure professionali che sono chiamate in causa. A fronte di un mondo medico solo in minima parte capace di comunicare con il malato, si sta osservando in letteratura un numero sempre maggiore di contributi che sottolineano l'importanza e la centralità della comunicazione nella professione medica (Ong et al., 1995). Tali contributi sottolineano il tema della centralità della persona malata e l'importanza degli aspetti comunicativo-relazionali nella visita medica; inoltre in essi si assiste al tentativo di mettere in luce una serie di vantaggi clinici del "parlare" con il malato perchè comunicare in modo efficace con lui può determinare una migliore e più pronta guarigione.

La comunicazione diviene il mezzo per *umanizzare* l'atto medico. L'atto comunicativo rappresenta pertanto uno strumento, ma se privo di un modello teorico di riferimento (che tenga in considerazione gli obiettivi strategici, le tecniche comunicative-relazionali e l'utilizzo delle stesse in

modo consapevole) e di una cornice teorica rinnovata, esso rischia di essere applicato a caso in modo personale e non strategico.

La seconda riflessione riguarda la necessità di uno spostamento obbligatorio – nel modello culturale e storico della medicina tradizionale – da un approccio di cura “*disease-centred*” ad un modello “*patient-centred*”. La medicina centrata sul paziente mette al centro della propria attenzione non solo la malattia ma anche il modo personale con il quale ciascun malato vive la propria malattia. La medicina *patient-centred* rappresenterebbe dunque l'insieme degli aspetti (interpretazioni, idee, anticipazioni e desideri rispetto alla malattia; contesto familiare, lavorativo e culturale a cui appartiene l'individuo) che la persona porta con sé quando si rivolge al medico; i contenuti specifici riportati appartengono al paziente che il medico ha di fronte e non possono esserne presupposti. Ma come possono essere utilizzate in maniera strategica le narrazioni che l'utente condivide? Gli aspetti che l'individuo riporta definiscono degli obiettivi specifici relativamente alla soggettività della malattia. Essi possono essere tradotti in maniera operativa in quegli elementi relativi alla “persona malata”, che sono fondamentali al professionista della salute ai fini clinici e che possono consentire a quest'ultimo di organizzare in una griglia la complessità dei dati, delle informazioni, dei vissuti e delle narrazioni che riporta la persona, rendendoli forse più comprensibili e favorendone la condivisione.

La medicina *patient-centred* costituirebbe dunque una proposta radicalmente diversa rispetto a tutte le altre. Essa si dimostra da un lato operativa sul piano degli strumenti necessari per rendere possibile un confronto, dall'altro critica rispetto al riduzionismo ed alla disumanizzazione in medicina.

9. Conclusioni

Il presente lavoro ha permesso di sottolineare l'utilità della VMD geriatrica e la validità di tale strumento in ambito oncologico-geriatrico. Questa metodologia sembrerebbe possedere infatti diverse potenzialità, sia in ambito clinico che di ricerca. Gli *outcomes* derivati dalla VMD potrebbero rivelarsi utili al fine di proporre delle ipotesi di lavoro che consentano di raggiungere, come obiettivo primario, una migliore qualità di vita in questa categoria di utenti e dei loro familiari. In particolare, la VMD si dimostrerebbe estremamente utile nelle procedure diagnostiche, cliniche, nel trattamento terapeutico e nella realizzazione di un intervento medico-psicologico integrato che miri a risolvere le numerose problematiche di salute e psicologiche che coesistono negli utenti con neoplasia ed i loro familiari; essa permetterebbe inoltre di pianificare un piano di intervento di tipo psicologico e di supporto per collaborare assieme a loro sui bisogni e sui disagi osservati ed espressi, con il fine di migliorare la qualità di vita.

Inoltre una migliore comunicazione da parte del medico e del personale coinvolto nella presa in carico dell'utente con neoplasia si rivelerebbe uno strumento ancora paradossalmente poco utilizzato ma che condurrebbe ad un nuovo modello della medicina, che possa mirare allo spostamento dal *disease-centred* al *patient-centred* e in senso esteso all'umanizzazione della medicina.

L'intervento psicologico clinico in oncologia ha come principali destinatari il malato e la sua rete sociale prossima, costituita in primo luogo dai familiari. Per questi ultimi la possibilità di un supporto psicologico specifico riguarda non soltanto il periodo di malattia del proprio familiare ma anche il momento successivo all'eventuale decesso, nelle fasi che caratterizzano l'elaborazione del lutto.

Le riflessioni finali sottolineano l'esigenza di migliorare la comunicazione tra il professionista della salute e l'utente portatore di un disagio; in aggiunta, tale bisogno diviene anche necessità legale di informare il *paziente* sulla propria diagnosi: la costante collaborazione con gli psicologi che hanno acquisito una specifica esperienza sulla comunicazione in campo oncologico permetterà dunque di affrontare meglio tali questioni

Riferimenti bibliografici

- Balducci L. (2003), "New paradigms for treating elderly patients with cancer: the Comprehensive Geriatric Assessment and Guidelines for Supportive Care", *The Journal of Supportive Oncology*; 1: 30-37.
- Bascom P.B., Tolle S.W. (199), "Care of the family when the patient is dying", *West J Med*: 163:292-296.
- Brédart A., Cayrou S., and Sylvie Dolbeault S. (2002), "Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research", *JNCI/ J Natl Cancer Inst*, Volume94, Issue23 Pp. 1810-1811.
- Dolbeault S., Szporn A., Holland J.C. (1999), "Psycho-oncology. Where have we been? Where are we going?", *European Journal of Cancer*, 35, pp 1554-1558.
- Extermann M. (2003), "Studies of comprehensive geriatric assessment in patients with cancer". *Cancer Control*; 10: 463-469.
- Ferrucci L., Marchionni N., Abate G., Bandinelli S., Baroni A., Benvenuti E., Bernabei R., Brandi A., Cavazzini C., Carbonin P.U., Cesari M., Cherubini A., Corgatelli G., Cucinotta D., Di Iorio A., Frisoni G., Galluzzi S., Gianpaoli S., Landi F., Lauretani F., Masotti G., Morosini P., Paolucci S., Rengo F., Salvioli G., Savorani G., Senin U., Taglietti P., Trabucchi M., Tratti Clementoni M. (2001), "Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi", *G Geront*; 49: 1-73.
- Giordano A., Rozzini R., Trabucchi M. (2007), "La fragilità nell'anziano: una prospettiva clinica". *G Gerontologia*; 55: 2-6.
- Holland J.C. (1992), "Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities", *Psychoncology*, 1,1 pp. 1-13.
- Inouye S.K., Bogardus S.T., Charpentier P.A., et al. (1999), "A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients", *N Engl J Med*; 340: 669-676.
- Maas H.A.A.M., Jansen-Heijnen M.L.G., Olde Rikkert M.G.M., Machteld Wymenga A.N. (2007), "Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology", *European Journal of Cancer*; 43: 2161-2169.
- Mayer T.J., Mark M.M. (1995), "Effects of psychosocial intervention with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experimen", *Health Psychol*; 14: 101-8.
- McCurkle R., Strumpf N.E., Nuamah I.F., et al. (2000), "A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients", *J Am Geriatr Soc*; 48: 1707-1713.
- Morasso G., Di Leo S. (2002), "La psico-oncologia: un panorama general", Servizio di Psicologia Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova. "Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria", n° 46 maggio - agosto 2002, pagg. 2-13, Roma.
- Newell S.A., Sanson-Fisher R.W., Savolainen N.J. (2002), "Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendation for future research", *L Natl Cancer Inst*; 94:558-84.
- Ong L.M.M., et al. (1995), "Doctor-patient communication: a review of the literature", *Social Science and Medicine*, 40 (7), pp. 903-918.
- Repetto L., Fratino L., Audisio R.A., et al. (2002), "Comprehensive geriatric assessment adds information to eastern cooperative oncology group performance status in elderly cancer patients: an italian group for geriatric oncology study", *J Clin Oncol*; 20: 494-502.
- Sheard T., Maguire P. (1999), "The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses", *Br J Cancer*; 80:1770-80.
- Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D., Adams J., Rubenstein L.Z. (1993), "Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials", *Lancet*; 342: 1032-1036.