



*Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo
Alessandria*

Working Paper of Public Health

Nr. 04/2016



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

Comitato Scientifico:

Prof. Balduzzi Renato	Dr.ssa Baraldi Giovanna
Prof. Bellomo Giorgio	Dr. Bertetto Oscar
Dr. Cappelletti Mauro	Dr. Casagrande Ivo
Dr. Coccia Mario	Dr.ssa Corbascio Caterina
Dr.ssa Cosimi Maria Flavia	Dr.ssa Costanzo Paola
Dr.ssa Degiovanni Daniela	Dr. D'Incalci Maurizio
Dr.ssa Falavigna Greta	Dr. Ferretti Gabriele
Dr.ssa Franzone Paola	Dr.ssa Gambarini Lorella
Dr. Gazzolo Diego	Dr. Guaschino Roberto
Dr. Ladetto Marco	Dr. Lera Riccardo
Dr. Levis Alessandro	Dr. Musante Francesco
Dr. Numico Gianmauro	Dr. Petrozzino Salvatore
Dr. Spinoglio Giuseppe	

Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi
Dr.ssa Federica Grosso
Dr. Ennio Piantato

Responsabile:

Dr. Antonio Maconi
telefono: +39.0131.206818
email: amaconi@ospedale.al.it

Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.
telefono: +39.0131.206819
email: rippoliti@ospedale.al.it

Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer*

review). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. rippoliti@ospedale.al.it);
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: http://www.econlit.org/subject_descriptors.html) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



Titolo: L'impatto psicologico dell'amianto, killer invisibile del corpo e della mente.

Autore: Di Cesare, P.;¹ Crivellari, S.;² Gallizzi, G.;² Guglielmucci, F.;¹ Franzoi, I.G.;¹ Pepoli, A.;³ Degiovanni, D.;⁴ Grosso, F.;^{2*}, Granieri, A.¹

Tipo: Articolo Originale

Keywords: amianto; mesotelioma; malattie asbesto-correlate; psicologia clinica in ambito oncologico.

¹ Dipartimento di psicologia
Università degli Studi di Torino

² Unità Funzionale Interaziendale Mesotelioma – S.C. Oncologia
ASO "SS Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria

³ SSA Psicologia
ASO "SS Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria

⁴ Hospice Monsignor Zaccheo
ASL AL, Casale Monferrato

* Autore per la corrispondenza.
E-mail: federica.grosso@ospedale.al.it



ABSTRACT

Introduzione: L'esposizione ad amianto determina l'insorgenza di varie patologie, tra le quali placche polmonari, asbestosi e mesotelioma pleurico maligno (MPM). Vivere in un Sito Contaminato può dunque rappresentare per l'intera comunità un vero e proprio trauma cumulativo che porta in campo malattia e morte per via di una sorta di "killer invisibile": l'amianto. In tali circostanze è necessario realizzare protocolli di presa in carico multidisciplinare che possano offrire un approccio di cura integrato sia ai pazienti sia ai loro caregiver.

Metodologia: Sono ormai numerose in letteratura le evidenze scientifiche che sostanziano l'importanza del ruolo che la psicologia clinica può ricoprire in ambito oncologico. Obiettivo di questo lavoro è descrivere nello specifico la situazione di Casale Monferrato, le ricerche realizzate sul territorio e delineare l'intervento psicologico-clinico proposto in quella sede per rispondere alla qualità dei bisogni evidenziati in pazienti affetti da patologie asbesto-correlate, tra cui principalmente il MPM, e nei loro caregiver.

Risultati: I risultati delle ricerche effettuate a Casale Monferrato evidenziano quanto emerge nella letteratura internazionale, ossia che i pazienti affetti da patologie asbesto-correlate manifestano frequentemente ansia, depressione, disturbi somatici e una certa tendenza al ritiro sociale. Il lavoro psicologico-clinico all'interno dell'intervento di psicoterapia gruppale breve offre loro un *setting* in cui poter storicizzare la malattia ed elaborare le molteplici sfaccettature del dolore che una diagnosi infausta porta in campo: da quello maggiormente connesso al corpo, a quello più squisitamente psichico.



Conclusione: Il ruolo della psicologia clinica in ambito oncologico è di fondamentale importanza sia per il paziente sia per i suoi familiari, in quanto può favorire l'elaborazione della sofferenza e della rabbia connesse alla diagnosi di malattia oncologica o al dover prendersi cura in modo continuativo di un proprio caro cui è stata posta una diagnosi infausta. L'intervento psicologico permette, inoltre, di dare nome e significato alla paura connessa all'esposizione ad amianto: un killer silenzioso e invisibile, che rischia altrimenti di restare impensabile e impensato.



1. L'amianto e le patologie asbesto-correlate

L'amianto, o asbesto, è un cancerogeno ambientale le cui particelle o fibre, se inalate, sono responsabili di molteplici patologie. L'esposizione occupazionale ad amianto rappresenta attualmente uno dei principali problemi in tema di salute pubblica su scala mondiale. I settori lavorativi maggiormente coinvolti concernono la cantieristica navale, l'edilizia e l'industria del cemento-amianto (Ministero della Salute, 2012; Becklake et al., 2007). Tra le più frequenti patologie asbesto-correlate possiamo includere la pneumoconiosi, l'asbestosi, la silicosi e il MPM. L'asbesto rappresenta anche il principale cancerogeno occupazionale per quanto concerne il tumore polmonare, con una percentuale di casi che oscilla tra il 10% e il 19% nei diversi Stati europei (Albin et al., 1999). Il rischio di sviluppare tali patologie è legato alla differente concentrazione di fibre cui i lavoratori sono esposti, che risulta particolarmente elevato a Casale Monferrato, Broni e in altri Comuni che rientrano tra i Siti d'Interesse Nazionale per le bonifiche (ibidem). Nello specifico, il Sito Contaminato di Casale Monferrato è una realtà ambientale fortemente compromessa per quanto attiene la contaminazione da amianto a causa degli ottant'anni di attività dello stabilimento Eternit, che iniziò le sue attività produttive nel 1907 e si estendeva per 94.000 metri quadrati, di cui 50.000 coperti.

Da un punto di vista fisiologico, l'asbestosi è caratterizzata da fibrosi polmonare connessa a un processo di infiammazione cronica causato dall'inalazione di fibre di amianto per via di una intensa e prolungata esposizione, occupazionale e non lavorativa, a tale materiale ed è pertanto particolarmente frequente nelle aree caratterizzate dalla presenza di siti industriali che producevano amianto in quantità ingenti (Ministero della Salute, 2012; Pascolo et al., 2015). L'inalazione di fibre di amianto è altresì la principale causa del MPM, tumore dalla prognosi infausta che origina dalla pleura e dal peritoneo e che può colpire non solo i lavoratori a diretto contatto con l'agente patogeno, ma anche l'intera popolazione che risiede nell'area limitrofa allo stabilimento di produzione (Fazzo et al., 2012). Il MPM è stato descritto per la prima volta da Miller nel 1908, mentre l'associazione tra tale patologia e l'esposizione ad amianto è stata proposta da Wagner già nel 1960. I dati derivanti dal Registro Nazionale Italiano dei Mesoteliomi evidenziano come il 10% dei casi di MPM sia riconducibile a una esposizione ambientale, residenziale o familiare ad amianto, e come una



percentuale di pazienti con MPM che varia tra il 75% e l'87% abbia una storia di esposizione all'amianto, in particolar modo crocidolite (Marinaccio et al., 2015).

Nel 2011 in Italia è stata registrata un'incidenza di mesotelioma pleurico pari a 3.64 per 100.000 persone/anno tra gli uomini e 1.32 tra le donne (Magnani et al., 2015). A Casale Monferrato tra il 2003 e il 2009 sono stati registrati 459 casi di mesotelioma pleurico, con un tasso grezzo di incidenza pari a 81.40 per 100.000 abitanti; tra il 2003 e il 2009 sono stati osservati 110 decessi per mesotelioma pleurico negli uomini e 85 per le donne (Ministero della Salute, 2012). Il meccanismo di insorgenza del MPM non è tutt'oggi del tutto chiaro. Le fibre di amianto una volta inalate raggiungono i polmoni, al cui interno possono formare corpi ferrosi ossidati, che vengono riconosciuti, ma non inglobati, dai macrofagi. Si genera così un'iperplasia reattiva dei macrofagi multinucleati. La proliferazione incontrollata di questi ultimi provoca dapprima una mutazione delle cellule del mesotelio e infine lo sviluppo delle cellule cancerose (Carbone et al., 2012). Poiché frequentemente si tratta di casi connessi a una esposizione cumulativa, risulta attualmente difficile comprendere se la causa principale sia la durata o l'intensità dell'esposizione, che sembrano fattori di rischio indipendenti (Magnani et al., 2015). In Italia, la presenza di diagnosi di MPM in pazienti con legami di parentela è inferiore al 2,5% e il ruolo delle mutazioni genetiche risulta irrilevante per la maggior parte dei casi, limitandosi all'omonima sindrome familiare (ibidem). La ricerca preclinica si concentra, pertanto, sull'approfondimento della comprensione del processo di cancerogenesi da asbesto, affinché si possano individuare pathways critici da sottoporre a terapie target (Ministero della Salute, 2012).

Esistono tre differenti tipi di MPM: epiteliale, sarcomatoide e bifasico. La prognosi connessa all'isotipo epiteliale è migliore rispetto a quella connessa agli isotipi non-epiteliali (Van Schil et al., 2014).

L'incidenza è in crescente aumento a livello mondiale e si prevede che essa raggiunga il suo picco nei prossimi anni, in particolar modo nei Paesi in via di sviluppo, in cui l'uso di amianto rimane tutt'oggi presente e largamente incontrollato (Kazan-Allen et al., 2005). Mentre in Italia non si prevede un ulteriore aumento del numero delle nuove diagnosi per anno, ricerche epidemiologiche prevedono che a Casale Monferrato e nell'alessandrino l'incidenza giungerà al suo picco tra il 2015 e il 2020 (Furlan, Montarino, 2012; Ministero della Salute, 2012; Magnani et al., 2015).

Nonostante si registrino alcuni progressi nella cura del MPM, in particolar modo per quel che attiene chemioterapia, radioterapia e approcci chirurgici, esso rimane tutt'ora una patologia



resistente a questa tipologia di trattamento. Dal punto di vista della sopravvivenza globale (OS), non sono stati ancora registrati i miglioramenti sperati e la prognosi rimane generalmente infausta. I tassi medi di OS variano infatti dai 4 ai 13 mesi per i pazienti non trattati e dai 6 ai 18 mesi per i pazienti sottoposti a trattamento (Vogelzang et al. 1996, Ruffie et al., 1989, Milano et al., 2010). Poco più del 7% dei pazienti è ancora in vita a cinque anni dalla diagnosi (Ministero della Salute, 2013).

Per quanto concerne l'impatto fisico della malattia, uno studio del 2004 ha mostrato come il 90% dei pazienti con MPM riporti tre o più sintomi (Hollen et al., 2004). I sintomi sperimentati dalla maggior parte dei pazienti sono il dolore, accompagnato o meno dalla mancanza di fiato, a cui si aggiungono tosse, perdita di appetito, affaticamento e disturbi del sonno (Muers et al., 2008).

In Italia, la sorveglianza nazionale del MPM è sottoposta a normativa di legge e la sua incidenza si attesta su 3,6 casi per 100.000 abitanti negli uomini e 1,6 casi per 100.000 abitanti nelle donne. È da segnalare, inoltre, che, nonostante negli ultimi anni nel nostro Paese si sia assistito a una diminuzione dell'incidenza del MPM tra gli esposti, nella popolazione femminile la sua incidenza è particolarmente elevata e riconducibile a una esposizione sia lavorativa sia ambientale (Ministero della Salute, 2011; Magnani et al., 2015). Per quel che attiene la salute psichica, una recente survey condotta dalla British Lung Foundation (BLF) ha rilevato come i pazienti affetti da MPM presentino un quadro psicopatologico caratterizzato da ansia (67%), depressione (52%), paura (51%) e alienazione (41%) (BLF survey, 2009). Similmente, anche le ricerche condotte a Casale Monferrato hanno evidenziato la presenza di disinvestimento nella vita sociale e affettiva, somatizzazioni, difficoltà a prendere decisioni e una maggiore sensazione di scoraggiamento e demoralizzazione accompagnata da profondi vissuti di impotenza e vulnerabilità di fronte a minacce reali o immaginarie. È altresì emersa la sensazione di aver fallito nella propria storia di vita e di avere risorse insufficienti per affrontare le circostanze della quotidianità. Aspetti, questi, in sintonia con la rilevazione clinica di difficoltà riconducibili a quadri post-traumatici (Granieri, 2008, 2013; Granieri et al., 2013).

2. La psicologia clinica in ambito oncologico e le patologie asbesto-correlate

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato con enfasi l'importanza di una presa in carico globale dei pazienti oncologici (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1978). Di



primaria importanza risultano il miglioramento della qualità di vita e l'attenzione che deve essere posta sull'impatto della diagnosi oncologica non solo su un piano fisico, ma anche su un piano psichico, così come sulle modalità con cui l'equipe curante si relaziona al paziente (Società Italiana di Psico-Oncologia, 1998).

Il Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 evidenzia che "la patologia neoplastica può avere profonde ripercussioni sulla sfera psicologica, affettiva, familiare, sociale e sessuale sia del paziente che dei suoi familiari; viene riportato dalla letteratura psico-oncologica che il 25-30% delle persone colpite da cancro presenta un quadro di sofferenza psicologica, caratterizzata in

particolare dalla presenza di ansia, depressione e da difficoltà di adattamento, che influenza negativamente la qualità della vita, l'aderenza ai trattamenti medici e la percezione degli effetti collaterali, la relazione medico-pazienti, i tempi di degenza, di recupero e di riabilitazione".

In tale ottica, il momento della diagnosi di MPM può portare in campo diverse reazioni dal punto di vista psicologico. Occorre in primo luogo considerare la difficoltà di una diagnosi precoce di MPM sia per quel che attiene l'asintomaticità della malattia nelle prime fasi di stadiazione sia per le numerose visite e controlli differenziali cui il paziente è opportuno debba sottoporsi per escludere altre patologie concomitanti e giungere a una diagnosi definitiva. È ampio, infatti, il periodo di latenza che intercorre tra l'esposizione all'amianto e l'emergere della malattia (Peto et al., 1995).

Lo studio open-ended di Arber e Spencer (2012) rileva come incertezza e perdita di controllo siano le reazioni più frequenti in seguito alla comunicazione di questa diagnosi infausta e come queste vadano ad acuire il distress sul piano intrapsichico e sociale sia nei pazienti, sia nei caregiver .

I pazienti, intervistati nei tre mesi successivi alla diagnosi, hanno fatto ricorso con frequenza a espressioni quali: "non sono sicuro", "contaminato", "in un limbo", "cosa accadrà adesso?", "non so", "sto aspettando". Tali espressioni sono state ricondotte dai ricercatori all'interno di tre tematiche centrali: "strategie di miglioramento", "tutto è una brutta notizia" e "giorni buoni e giorni cattivi". In particolare, le interviste hanno permesso di evidenziare come i pazienti necessitino di un adeguato supporto psicosociale in una fase così delicata di malattia, come quella successiva alla comunicazione della diagnosi. La diagnosi di MPM incide notevolmente anche sulla sfera socio-relazionale dei pazienti e dei loro familiari, causando cambiamenti nell'identità personale, nei ruoli e nelle relazioni, e dunque un



maggior rischio di isolamento sociale. Una patologia invalidante come il MPM spesso richiede l'intervento di un membro della famiglia, solitamente la moglie, che assume il ruolo di caregiver e finisce con il rappresentare un supporto per il paziente nelle varie fasi della patologia (Hughes, Arber, 2008). L'incertezza e la perdita di controllo successive alla comunicazione della diagnosi acquiscono il livello di distress anche nel caregiver, che dovrebbe essere supportato adeguatamente dall'equipe curante (ibidem).

Le necessità primarie all'interno del nucleo familiare devono essere allora radicalmente rivalutate. Non solo si assiste a un drastico cambiamento delle attività quotidiane, del lavoro e delle relazioni, ma spesso prende avvio anche un processo di riformulazione dei ruoli familiari. Tali condizioni, accompagnate dal ritardo della diagnosi e dalla ridotta OS, possono comportare significativi livelli di distress (Maguire, 1985; Frank, 1991).

il MPM ha un impatto devastante sull'individuo sia per quanto concerne la sintomatologia fisica – caratterizzata da dolore, perdita di appetito, disturbi del sonno e difficoltà respiratorie – sia per quanto attiene le sue ricadute a livello psicologico – quali ansia, depressione, paura, rabbia e vissuti di impotenza – sia per le sue ripercussioni sociali – tra le quali emergono il ritiro, la perdita del proprio senso d'appartenenza e la diminuzione della coesione sociale (Clayson, et al., 2005; Krishnasamy et al., 2007; Granieri, 2008a, 2013; Lee et al., 2009; Moore, Darlison & Tod, 2010; Borgogno et al., 2015).

Lebovits e collaboratori (1983) hanno riscontrato un'elevata presenza di distress in lavoratori affetti da MPM a seguito di una esposizione lavorativa. Gli autori hanno preso in considerazione il livello di salute percepita, i comportamenti di promozione della salute e il benessere psicologico. Confrontando i punteggi ottenuti dal campione clinico con quelli ottenuti in un gruppo di controllo composto da lavoratori delle poste, è emerso come i pazienti con MPM mostrino elevati livelli di ansia somatizzata, correlata alla tendenza ad ascrivere ogni cambiamento di salute unicamente all'esposizione ambientale. I pazienti erano inoltre caratterizzati da una maggiore preoccupazione per la sfera somatica e da un funzionamento mentale deteriorato a livello delle difese e dei sentimenti percepiti (Lebovits et al., 1988).

Lo studio condotto da Barak e colleghi (1998) si è focalizzato sull'assessment psichiatrico di 12 lavoratori affetti da patologie asbesto-correlate in seguito al decesso di quattro loro colleghi per mesotelioma. Il 50% di loro mostrava un quadro psicopatologico riconducibile a un Disturbo Traumatico da Stress (PTSD) caratterizzato da ritiro sociale, re-experiencing, ipervigilanza e iperarousal (Barak et al, 1998).



In Francia, nel biennio 2003-2005 si è assistito all'implementazione di un programma di screening su larga scala per le patologie asbesto-correlate, denominato "Asbestos Post-Exposure Survey" (APEXS). A ciascun partecipante è stato attribuito un punteggio relativo al livello di esposizione, in tutti i casi lavorativa, ad amianto, tenendo conto sia della durata sia dell'intensità della stessa. La ricerca ha evidenziato come i soggetti con un'effettiva esposizione occupazionale all'amianto manifestino elevati livelli di distress (Cockburn, 1992; Maziade, 2001). Tali valori non dipendono né correlano con la consapevolezza di ciascuno di loro di essere esposti ad amianto e di poter ammalarsi di patologia amianto-correlate.

Dooley e collaboratori (2010) hanno analizzato le ricadute psicologiche del MPM dal momento della diagnosi. I risultati hanno evidenziato una globale compromissione della salute psichica. Si assiste ad elevati livelli di PTSD, uniti a depressione, ansia, disturbi somatici e tendenza al ritiro sociale. Il quadro sintomatologico comprendeva inoltre anche sintomi di re-experiencing, unitamente a significativi livelli di iperarousal, manifestati con irritabilità e disturbi del sonno.

Weinert e colleghi (2011) hanno indagato la salute psicosociale percepita in una coorte di pazienti esposti a contaminazione ambientale da asbesto nella cittadina rurale di Libby, negli Stati Uniti. I risultati mostrano elevati livelli di depressione e distress psicologico, senza differenze significative di genere, a cui si accompagna, in particolare nelle donne, una maggiore accettazione di malattia soprattutto per quanto attiene gli effetti dell'esposizione ad amianto. Rimane, tuttavia, difficile accettarne la cronicità e le relative limitazioni nello stile di vita.

3. Casale Monferrato e il protocollo di cura multidisciplinare integrato

Dalle ricerche sin qui presentate emerge come l'esposizione lavorativa e ambientale ad amianto rappresenti per la comunità una vera e propria catastrofe sociale. L'impatto psicologico di tale esposizione porta in campo ansia, depressione, somatizzazioni, e sintomi post-traumatici che minacciano il proprio senso di integrità psichica. Gli aspetti vitali del Sé e la capacità di investire in un rapporto autentico con gli altri possono essere profondamente compromessi (Guglielmucci, Franzoi et al., 2015). Quando la contaminazione è connessa all'attività di una fabbrica che ha per anni contribuito al benessere economico della comunità, come nel caso di Casale Monferrato, la consapevolezza di essere esposti a un ambiente contaminato per via di una logica improntata al profitto rende ancor più gravosa una



situazione di per sé già traumatica. Per di più, possono emergere nei cittadini intensi sentimenti di colpa o vergogna connessi al sentirsi per certi aspetti complici di tale logica, per aver avvallato – in modi e in momenti diversi delle proprie vite – una visione semplicistica sulla realtà della fabbrica, sulla natura della produzione e sulla nocività dell'amianto (Borgogno et al., 2015). Vivere immersi in un ambiente in cui è ancora presente il rischio di una esposizione all'agente patogeno, unitamente alla consapevolezza del gran numero di vittime decedute a causa del MPM, può condurre molti cittadini a disinvestire nella vita sociale e affettiva, alimentando la paura legata al "contagio aereo della malattia" (Guglielmucci et al., 2014; Kozlovski et al., 2014).

Isolamento ed esclusione vengono sperimentati in particolar modo dai caregiver dei pazienti deceduti per MPM, che si sentono messi da parte dalla comunità in quanto con i loro lutti ricordano a tutti la pericolosità del luogo in cui continuano a vivere (Borgogno et al., 2015). Emerge un profondo conflitto inconscio tra la vita e la morte, connesso al ruolo che la fabbrica ha rivestito negli anni per la comunità. Se da un lato ha potuto, infatti, offrire agli abitanti lavoro, sicurezza e benessere economico, dall'altro ha portato e continua a portare malattia e morte non solo nei lavoratori, ma in tutti gli abitanti (Guglielmucci et al., 2014). Tale conflitto porta con sé profondi sentimenti di rabbia, colpa, disperazione e vergogna, unitamente a desideri di vendetta (Borgogno et al., 2015).

A Casale Monferrato l'Associazione Famigliari e Vittime dell'Amianto (AFeVA) da anni svolge in questo senso un ruolo di rilievo nella battaglia per il riconoscimento del danno subito e nel sostegno alle vittime e alle famiglie. La Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica (SSPC) dell'Università degli Studi di Torino prima e il Gruppo di Ricerca Intervento del Dipartimento di Psicologia "Valutazione psicologica e presa in carico globale della persona affetta da mesotelioma", coordinato dalla professoressa Antonella Granieri, da anni si occupa di ricerca e clinica in questo territorio.

Le ricerche condotte hanno evidenziato, tanto nei pazienti con MPM quanto nei loro familiari, evidenti preoccupazioni per la propria salute, scoraggiamento, pessimismo, disperazione accompagnati da una maggiore tendenza alla negazione e da ansia generalizzata. Oltre a percepire il proprio corpo come debilitato e malato, i pazienti riportano difficoltà nella memoria e nella concentrazione, oltre alla convinzione di non riuscire ad affrontare i problemi quotidiani e a raggiungere i propri obiettivi. Emerge una maggiore percezione di indecisione e inefficacia. Dal canto loro, i familiari si mostrano particolarmente concentrati su loro stessi e poco propensi a offrire aiuto e sostegno, manifestando la tendenza a percepire



le persone intorno a loro come poco affidabili. Emerge la sensazione di aver fallito nella propria storia e di poter in futuro ricadere nel fallimento, cui si aggiunge la percezione di non avere risorse sufficienti per far fronte alle circostanze della vita. Si assiste, inoltre, a una tendenza al disinvestimento emotivo nei confronti della vita, unitamente a uno stile di pensiero caratterizzato dall'assenza di speranza, isolamento, introversione, difficoltà ad assumersi responsabilità e a prendere decisioni. I risultati ottenuti sono in linea con la valutazione clinica della presenza di dimensioni che caratterizzano il PTSD (Granieri, 2008, 2013; Granieri et al., 2013).

Per fornire un aiuto reale e concreto, calibrato sulla base delle variabili rilevate empiricamente, è stato allora previsto un piloting che prevedeva la realizzazione di un gruppo di psicoanalisi multifamiliare sul modello proposto in Argentina da Jorge García Badaracco (1990; 2000), adattato per il contesto oncologico. L'intervento era rivolto a pazienti affetti da MPM, caregiver, operatori sanitari e cittadini, al fine di promuovere la possibilità di storicizzare la malattia e di significare le emozioni a essa correlate (Granieri, 2015). L'intervento psicoterapeutico grupppale ha consentito l'elaborazione della rabbia e della sofferenza di pazienti e familiari (Granieri, Borgogno, 2014). Il clima emozionale promosso dai co-terapeuti nel susseguirsi degli incontri ha favorito non solo lo sviluppo di inedite espressioni di resilienza, ma anche la possibilità di ricontattare emozioni congelate e scotomizzate in seguito al trauma (Granieri, Borgogno, 2014). La condivisione di questa nuova "conoscenza emotiva" ha permesso ai partecipanti di far affidamento su una maggiore integrità somato-psichica e sulla possibilità di tornare a considerarsi cittadini vivi e autentici, andando oltre l'identità di vittime dell'amianto (Granieri, 2011b; Borgogno et al, 2015). Nel gruppo, i partecipanti hanno potuto elaborare le fantasie inconsce di aggressione e rivendicazione: in questo modo sono riusciti a svincolarsi dalla passività spesso connessa al trauma, in particolar modo quando si tratta di un trauma massivo e cumulativo come il risiedere in un sito contaminato (Granieri, Borgogno, 2014; Borgogno et al., 2015).

A partire dall'esperienza clinica e di ricerca, recentemente il Centro Sanitario Amianto ha finanziato una ulteriore fase del progetto, volta alla creazione di un percorso di cura multidisciplinare per pazienti a caregiver. Tale protocollo ha tra i suoi obiettivi principali favorire il riconoscimento dell'impatto psicologico della malattia e permettere inoltre il miglioramento della qualità di vita residua (Granieri, 2015). Il lavoro congiunto di epidemiologi, oncologi, palliativisti e psicologi ha portato alla realizzazione di un modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma. Tale modello



prevede la comunicazione congiunta di diagnosi di MPM tra Psicologo e Oncologo e la realizzazione di un intervento psicoterapeutico grupppale breve rivolto a pazienti affetti da MPM e loro caregiver. Si tratta di un intervento focalizzato in cui il gruppo definisce insieme ai conduttori il focus comune di natura somato-psichica, incentrato sulle modalità attraverso cui i partecipanti vivono l'esperienza della diagnosi e della malattia, e successivamente lavora per un tempo limitato e attraverso step definiti su esso al fine di modificare tali modalità rendendole maggiormente adattive. Tale protocollo mira, inoltre, a produrre nuove culture politiche per realizzare servizi più efficaci nel rispetto dei budget previsti dall'economia sanitaria (ibidem).

4. Conclusioni

L'apporto della psicologia clinica in ambito oncologico è particolarmente rilevante in ogni fase del percorso di cura del paziente, in quanto costituisce un importante sostegno per il malato e i suoi familiari, non solo nel momento della diagnosi, momento estremamente delicato, ma anche durante gli ulteriori approfondimenti diagnostici, le terapie, le rivalutazioni cliniche e le cure palliative. Paziente e caregiver possono dunque trovare nello psicologo clinico un punto di riferimento per affrontare ed elaborare l'impatto della diagnosi di MPM e il suo decorso. L'intervento di presa in carico multidisciplinare realizzato a Casale Monferrato non si è basato su una strategia di progettazione top-down, ma è nato dall'interazione tra ricerca, azione sul campo e riflessioni cliniche, oltre che dal confronto con gli amministratori del sistema sanitario (Granieri, 2015). Tale approccio si pone in continuità con gli interventi di prevenzione primaria e secondaria che vanno dal limitare l'inhalazione di queste fibre alla bonifica dei territori, passando per l'attuazione di campagne di screening in grado di favorire una diagnosi precoce (Ministero della Salute, 2012).

5. Direzioni future

Il percorso di ricerca-intervento a Casale Monferrato e i risultati ottenuti spingono a realizzare maggiori ricerche affinché il protocollo sia estendibile anche ad altre categorie di pazienti oncologici e loro familiari. In tale ottica, gli obiettivi principali sono il miglioramento della qualità di vita e la possibilità di offrire uno spazio fisico, psichico ed emotivo che permetta loro di esprimere i propri bisogni e sentimenti legati a questa



complessa fase di vita. È necessaria l'applicazione di un approccio di cura integrato e multidisciplinare che consenta una presa in carico globale di chi è coinvolto direttamente con la malattia tendendo a un maggior benessere a livello individuale e sociale.



Bibliografia

1. Albin M., Magnani C., Krstev S., Rapiti E., Shefer I. (1999), Asbestos and cancer: an overview of current trends in Europe, in *Environ Health Perspect* 107 (Suppl. 2): pp. 289-298;
2. American Psychiatric Association, (2014), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di) Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014
3. Arber A., Spencer L. (2013), "It's all bad news": the first 3 months following a diagnosis of malignant pleural mesothelioma, in *Psychoncology*, 22(7), pp. 1528-33;
4. Badaracco, J.G. (1990). *La comunità terapeutica psicoanalitica a struttura multifamiliare*, Trad. It, Franco Angeli, Milano;
5. Barak Y., Achiron A., Rotstein Z., Elizur A., Noy S. (1998), Stress associated with asbestosis: the trauma of waiting for death, in *Psycho-Oncology*, 7(2), pp.126-128;
6. Becklake MR., Bagatin E., Neder JA. (2007), Asbestos-related diseases of the lung and pleura: uses, trends and management over the last century, in *Int J Tuberc Lung Dis*, 11(4), pp. 356-369;
7. Borgogno, F. V., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Guglielmucci, F. & Granieri, A. (2015), Massive Trauma in a Community Exposed to Asbestos: Thinking and Dissociation in the Population of Casale Monferrato, in *British Journal of Psychotherapy*, 31(4):419-432;
8. Carbone M., Ly B.H., Dodson R.F. et al. (2012) Malignant mesothelioma: facts, myths, and hypotheses, in *J Cell Physiol*, 227, pp. 44-58.
9. Clayson, H., Seymour, J. & Noble, B. (2005), Mesothelioma from patient's perspective, in *Hemathology/Oncology Clinics of North America* 19: pp. 1175–90;
10. Cockburn J., De Luise T., Hurley S., Clover K. (1992), Development and validation of the PCQ: a questionnaire to measure the psychological consequences of screening mammography, in *Soc Sci Med*, 34(10), pp.1129-1134;
11. Dooley J.J., Wilson J.P., Anderson V.A. (2010), Stress and depression of facing death: Investigation of psychological symptoms in patients with mesothelioma, in *Australian Journal of Psychology*, V. 62, Issue 3, pp. 160–168;



12. Fazzo L., Minelli G., De Santis M.D., Bruno C., Zona A., Marinaccio A., Conti S., Piratsu R., Comba P. (2012), Mesothelioma mortality surveillance and asbestos exposure tracking in Italy, in *Ann Ist Super Sanità*;48(3): pp. 300-10;
13. Feldman D.B., Periyakoil V.S., Hallenbeck J. (2006), Post-traumatic stress disorder at the end of life, in *Journal of Palliative Medicine*, 9, pp. 213-218;
14. Frank A.W. (1991) *At the Will of the Body. Reflections on Illness*, in Houghton Mifflin, Boston, MA, USA;
15. Furlan, C., Mortarino, C. (2012), Pleural mesothelioma: Forecasts of the death toll in the area of Casale Monferrato, Italy; in *Statistics in Medicine* 31(29): pp. 4114–34;
16. García Badaracco J. (2000), *Psicoanalisi Multifamiliare ? Gli altri dentro di noi e la scoperta di noi stessi*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004;
17. Granieri A. (2011b), *Orientaciones para un trabajo psicoanalítico sobre el trauma*. In: P. Boschán (a cura di). *Sandor Ferenczi y el psicoanálisis del Siglo XXI*. Letra Viva, Buenos Aires;
18. Granieri, A. (2008). *Amianto, risorsa e dramma di Casale: risvolti psicologici nelle persone affette da mesotelioma e nei loro familiari*. Genova: Fratelli Frilli Editori;
19. Granieri, A. (2013), *L'amianto, la double peine*. Casale Monferrato: *atteintes physiques, traumatismes psychologiques, résistances*, Fréjus: Sudarenes;
20. Granieri, A. (2015a). *Community Exposure to Asbestos in Casale Monferrato: From Research on Psychological Impact to a Community Needs-Centered Healthcare Organization*, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 51(4): pp. 336-341;
21. Granieri, A. et al. (2013), *Quality of Life and Personality Traits in Patients with Malignant Pleural Mesothelioma and Their First-Degree Caregivers*, in *Neuropsychiatric Disease and Treatment Journal*, 9, pp. 1193-202;
22. Granieri, A., Borgogno, F. V. (2014). *Pensabilità e dissociazione in una popolazione colpita da trauma massivo: una ricerca intervento di matrice psicoanalitica*, in *Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane*, 12(2):83-102;
23. Guglielmucci, F., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Borgogno, F.V., Granieri A., (2014), *Helping traumatized people to survive: a psychoanalytic intervention in a contaminated site*, in *Frontiers in Psychology*, 5: pp. 1-5;
24. Guglielmucci, F., Franzoi, I. G., Zuffranieri, M., & Granieri, A. (2015), *Living in Contaminated Sites: Which Cost for Psychic Health?*, in *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(4 S3): pp. 207-214;



25. Hollen P.J., Gralla R.J., Liepa A.M., Symanowski J.T., Rusthoven J.J. (2004), Adapting the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS) to mesothelioma: using the LCSS-Meso conceptual model for validation, in *Cancer*. 101(3), pp. 587-95;
26. Hughes N., Arber A. (2008), The lived experience of patients with pleural mesothelioma, in *Int J Palliat Nurs*, 14(2), pp. 66-71;
27. Iwatsubo Y., Paireon J.C., Boutin C., et al. (1998), Pleural mesothelioma: dose-response relation at low levels of asbestos exposure in a French population-based case-control study, in *Am J Epidemiol*, 148(2), pp.133-142;
28. Kazan-Allen L. (2005), Asbestos and mesothelioma: worldwide trends, in *Lung Cancer*, 49 Suppl 1, pp. 3-8;
29. Kozlowski, D., Provost, S.C., Tucker, J. & Van der Zwan, R. (2014), Dusted community: Piloting a virtual peer-to-peer support community for people with an asbestos-related diagnosis and their families, in *Journal of Psychosocial Oncology* 32(4): pp. 463–75;
30. Krishnasamy, M., Wells, M. & Wilkie, E. (2007), Patients and carers experiences of care provision after a diagnosis of lung cancer in Scotland, in *Supportive Care in Cancer* 15: pp. 327–32;
31. Lebovits A.H, Chahinian A.P, Gorzynski J.G, Holland J.C. (1981), Psychological aspects of asbestos-related mesothelioma and knowledge of high risk for cancer, in *Cancer Detect Prev.*, 4(1-4), pp. 181-184;
32. Lebovits A.H., Byrne M., Bernstein J, Strain J.J. (1988), Chronic occupational exposure to asbestos: More than medical effects?, in *J Occup Med* 30(1): pp. 49–54;
33. Lebovits A.H., Chahinian A.P., Holland J.C. (1983), Exposure to asbestos: psychological responses of mesothelioma patients, in *Am J Ind Med*, 4(3), pp. 459-466;
34. Lee, S.F., O'Connor, M.M., Chapman, Y., Hamilton, V. & Francis, K. (2009), A very public death: Dying of mesothelioma and asbestos-related lung cancer (M/ARLC) in the Latrobe Valley, Victoria, Australia. *Rural and Remote Health* 9: 1183;
35. Magnani, C. et al. (2015). III Italian Consensus Conference on Malignant Mesothelioma of the Pleura. Epidemiology, Public Health and Occupational Medicine related issues, in *Medicina del lavoro*, 106(5): pp. 325-332;
36. Maguire P. (1985), The psychological impact of cancer, in *British Journal of Cancer*, 34, pp. 100-103;



37. Marinaccio A., Binazzi A., Bonafede M., et al (2015), Malignant mesothelioma due to non-occupational asbestos exposure from Italian national surveillance (ReNaM): epidemiology and public health issues, in *Occup Environ Med*;
38. Maurel M., Berna V., Letourneux M., Paris C. (2006), Occupational exposure to asbestos: psychological consequences of medical screening and information delivery on risk for health, in *Arch Mal Prof Env*, 67(1), pp.7-13;
39. Maurel M., Stoufflet A., Thorel L. et al. (2009), Factors associated with cancer distress in the Asbestos Post-Exposure Survey (APEXS), National Network of Asbestos Post-Exposure Survey, Paris C, in *Am J Ind Med*, 52(4), pp. 288-96;
40. Maziade H., Thomassin L., Morin R. (2001), Emotional, physical and social consequences of breast cancer: viability and utilization of a clinical questionnaire, in *Can J Public Health*, 92(1), pp. 57-61;
41. Ministero della Salute (2011), Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013; Archivio del Ministero della Salute italiano;
42. Ministero della Salute (2012), Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologia asbesto-correlate. Quaderni del Ministero della Salute, n. 15;
43. Moore S., Darlison L., Tod A.M. (2010), Living with mesothelioma. A literature review, in *Eur J Cancer Care*, 19(4), pp. 458-68;
44. Muers M.F., Stephens R.J., Fisher P et al. (2008), Active symptom control with or without chemotherapy in the treatment of patients with malignant pleural mesothelioma (MS01): a multicentre randomised trial, in *Lancet*, 371(9625), pp. 1685–1694;
45. Narracci A., Borgogno F.V., Granieri A. (2010), I gruppi multifamiliari, Lavoro presentato alla Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi d Torino. Torino;
46. Ogden T. (2005), L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati. Milano: Raffaello Cortina, Milano, 2008;
47. Pascolo L., Borelli V., Canzonieri V. (2015), Differential protein folding and chemical changes in lung tissues exposed to asbestos or particulates, in *Scientific Reports* 5, Article number: 12129.
48. Peto J., Hodgson J.T., Matthews F.E., Jones J.R. (1995), Continuing increase in mesothelioma mortality, in *Britain. Lancet*, pp. :535–539;
49. Van Schil P.E., Opitz I., Weder W. et al. (2014), Multimodal management of malignant pleural mesothelioma: where are we today?, in *Eur Respir J.*, 44, pp. 754-64;



50. Weinert C., Hill W.G., Winters C.A. (2011), Psychosocial health status of persons seeking treatment for exposure to libby amphibole asbestos, in ISRN Nurs.