

**INAIL**



**DIFFERENZE DI GENERE E VISSUTI PSICOLOGICI DOPO LA  
DIAGNOSI DI MESOTELIOMA MALIGNO IN UN GRUPPO DI  
PAZIENTI E CAREGIVERS NEL SIN DI CASALE MONFERRATO**

**Michela Bonafede, Antonella Granieri,  
Alessandra Binazzi, Alessandro Marinaccio,  
Fanny Guglielmucci**

**Relatore: Stefania Massari**

## **L'importanza della valutazione dei bisogni dei pazienti con mesotelioma e dei loro familiari è sottolineata nelle linee guida e nelle indicazioni operative delle associazioni scientifiche nazionali ed europee (CONSENSUS CONFERENCE 2015, BTS 2007, Department of Health 2007).**

Format: Abstract ▾

Full text links



*Crit Rev Oncol Hematol*. 2016 Aug;104:9-20. doi: 10.1016/j.critrevonc.2016.05.004. Epub 2016 May 13.

### **The Third Italian Consensus Conference for Malignant Pleural Mesothelioma: State of the art and recommendations.**

[Novello S](#)<sup>1</sup>, [Pinto C](#)<sup>2</sup>, [Torri V](#)<sup>3</sup>, [Porcu L](#)<sup>3</sup>, [Di Maio M](#)<sup>4</sup>, [Tiseo M](#)<sup>5</sup>, [Ceresoli G](#)<sup>6</sup>, [Magnani C](#)<sup>7</sup>, [Silvestri S](#)<sup>8</sup>, [Veltri A](#)<sup>4</sup>, [Papotti M](#)<sup>4</sup>, [Rossi G](#)<sup>9</sup>, [Ricardi U](#)<sup>4</sup>, [Trodella L](#)<sup>10</sup>, [Rea F](#)<sup>11</sup>, [Facciolo F](#)<sup>12</sup>, [Granieri A](#)<sup>13</sup>, [Zagonel V](#)<sup>14</sup>, [Scagliotti G](#)<sup>4</sup>.

#### ⊕ Author information

#### Abstract

Malignant Pleural Mesothelioma (MPM) remains a relevant public health issue as its incidence has considerably and constantly increased over the past two decades. In Italy, a standardized-rate incidence in 2011 among men was 3.5 and significant differences are noted among different geographic areas. The disease remains a diagnostic and therapeutic challenge and an optimal strategy has not yet been clearly defined. The Third Italian Multidisciplinary Consensus Conference was held in Bari (Italy) in January 30-31, 2015. This Consensus has provided updated recommendations for institutions, clinicians and patients.

Copyright © 2016 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

**KEYWORDS:** Diagnosis; End of life; Epidemiology; Malignant Pleural Mesothelioma



PMID: [27286698](#) DOI: [10.1016/j.critrevonc.2016.05.004](#)

For MPM patients, a multidisciplinary approach, involving a psychologist specialized in taking care of cancer patients and their families, is recommended. The psychological intervention is part of the communicative-relational process during the entire course of the disease, from the knowledge of the clinical condition to the selection of therapies (or the refusal of treatment) and to decisions related to the end of life ([Guglielmucci et al., 2014](#); [Baum, 1993](#); [British Lung Foundation, 2013](#); [Glik, 2007](#)).

## REVIEW ARTICLE

WILEY **AMERICAN JOURNAL  
OF  
INDUSTRIAL MEDICINE**

# The psychological distress and care needs of mesothelioma patients and asbestos-exposed subjects: A systematic review of published studies

Michela Bonafede<sup>1</sup>  | Monica Ghelli<sup>1</sup> | Marisa Corfiati<sup>1</sup> | Valentina Rosa<sup>1</sup> |  
Fanny Guglielmucci<sup>2</sup> | Antonella Granieri<sup>2</sup> | Claudia Branchi<sup>1</sup> | Sergio Iavicoli<sup>1</sup> |  
Alessandro Marinaccio<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Department of Occupational and Environmental Medicine, Epidemiology and Hygiene, Italian Workers' Compensation Authority (INAIL), Rome, Italy

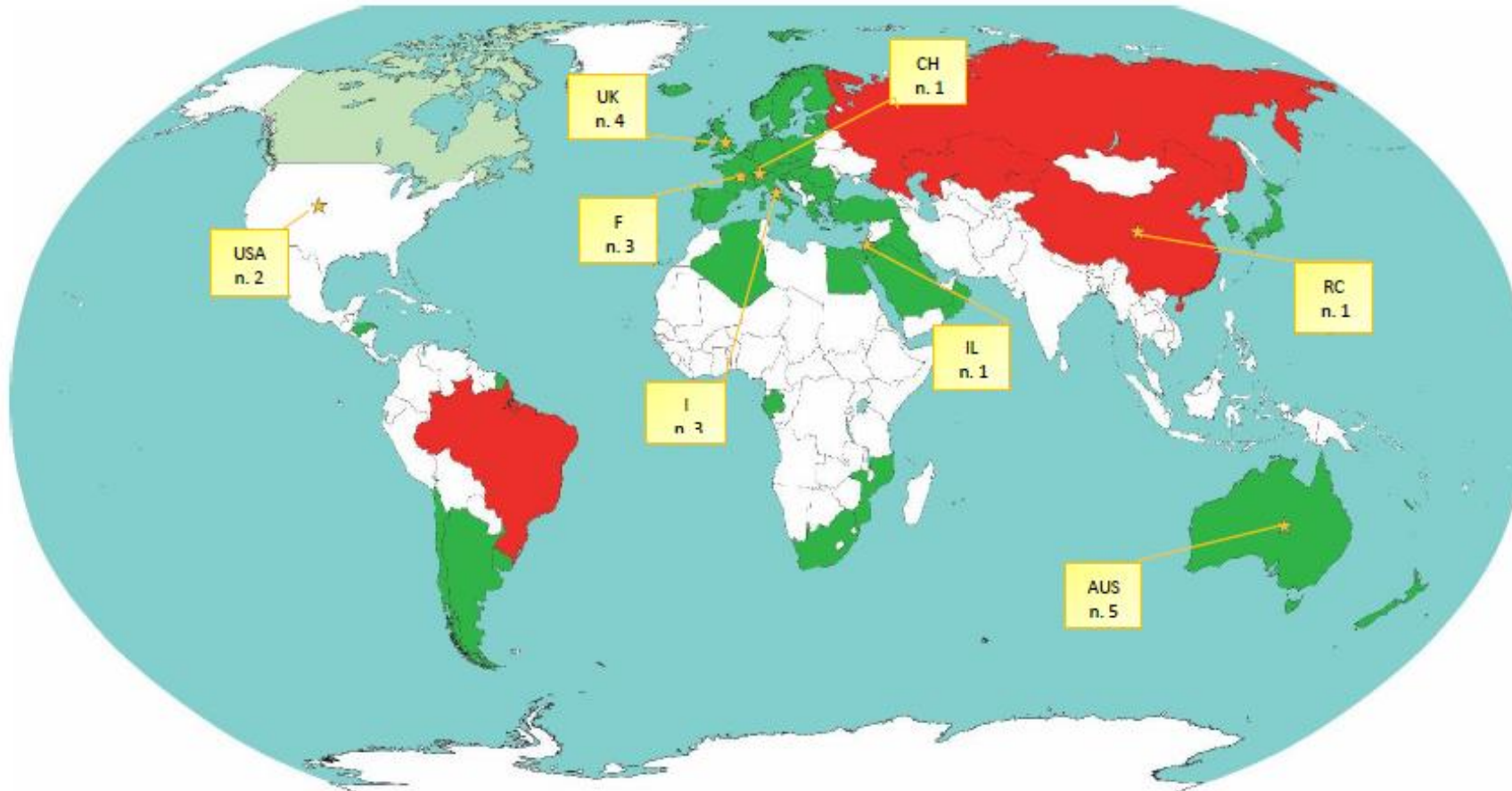
<sup>2</sup>DClinPsy, Department of Psychology, University of Turin, Turin, Italy

**Background:** The purpose of this study is to present the results of a systematic review of published research that focuses on psychological aspects of malignant mesothelioma patients and asbestos-exposed people.

**Methods:** Our research includes primary studies published between 1980 and 2016.

# Risultati revisione bibliografica

Fig. 1: Asbestos production, national bans and psychological studies



**La distribuzione geografica degli studi sembra riflettere diversi livelli di percezione dei rischi di amianto a livello nazionale.**

- A. Uso precoce di amianto**
- B. Sviluppo della consapevolezza riguardo alla gravità dei danni**
- C. Adozione misure di restrizione/divieti**
- D. Interesse per le conseguenze psicologiche per gli ammalati, i caregivers, e in alcune situazioni per intere comunità.**

*21 riviste selezionate*

## Risultati revisione bibliografica

Aree di indagine per i malati	n. Articoli
Impatto psicologico della diagnosi di mesotelioma maligno	7
Aspetti emotivi legati al contesto occupazionale	5
Strategie di coping	5
Vissuti rispetto alle esperienze di cura	3
Qualità della vita	3

## Conclusioni della revisione

**La neoplasia rappresenta una prova esistenziale sconvolgente e determina una profonda alterazione dell'equilibrio mente-corpo.**

**Nel caso del mesotelioma maligno:**

- **la scarsa prognosi**
- **la ridotta efficacia delle terapie**
- **l'eziologia lavorativa della malattia**
- **la scarsa qualità di vita dei soggetti affetti**
- **l'età avanzata al momento della diagnosi**

**aggravano l'impatto psicologico e rendono i vissuti individuali e familiari più problematici.**

**I vissuti depressivi e traumatici sembrano essere particolarmente rilevanti nei Siti contaminati di Interesse Nazionale (**SIN**).**

## Obiettivo dello studio

**Obiettivo:** Investigare **l'impatto traumatico** della diagnosi di MM, i **vissuti depressivi**, le **strategie di coping** e i **meccanismi di difesa** utilizzati per affrontare la diagnosi MM nel SIN di **Casale Monferrato**.

Il presente studio fa parte del **Progetto AVPM (Valutazione delle variabili psicologiche nel mesotelioma)**, condotto presso il centro specializzato S.S.D. Mesotelioma (Casale Monferrato-Alessandria) dal 2016 al 2018. Il progetto AVPM è stato approvato dal Comitato di Revisione Istituzionale e dal Comitato etico dell'ospedale (AVPM-14/11/2014) ed è stato condotto in conformità con la dichiarazione di Helsinki.

Tutte le persone hanno partecipato in modo anonimo allo studio e hanno dato il loro consenso informato.

**Il presente studio cross-sectional ha un **reclutamento continuo**.**

**I casi sono stati selezionati dal database medico di S.S.D.**

## **Criteri di **inclusione**:**

- età  $\geq 18$  anni
- **Diagnosi di MM indipendentemente dalla localizzazione o dallo stadio della malattia o caregiver primario di un paziente MM**
- conoscenza della lingua italiana
- consenso informato.

## **Criteri di **esclusione**:**

- diagnosi psichiatrica
- **QI  $85 \leq$  punti**
- **Malattie del Sistema Nervoso Centrale**
- **MM o altre malattie associate all'esposizione all'amianto nei caregiver**



## Strumenti

Ad un campione di **108 pazienti** e **94 caregivers** sono stati somministrati:

- **questionario sociodemografico/clinico** (genere, età, livello di istruzione, lavoro, stato civile, psicoterapia precedente, esame psicologico, somministrazione di psicofarmaci, tipo di MM, localizzazione della malattia)
- **Beck Depression Inventory II** (21 item - questionario che valuta la presenza e la gravità dei sintomi depressivi secondo i criteri del DSM-IV)
- **Davidson Trauma Scale** (17 item - questionario che valuta la frequenza e la gravità di del disturbo post-traumatico da stress)
- **Coping Orientation to the Problems Experienced - New Italian Version** (60 item - questionario che valuta la frequenza delle strategie normalmente attivate per far fronte a eventi stressanti)
- **Defense style questionnaire** (40 item - questionario ampiamente utilizzato per misurare i meccanismi di difesa)

## Analisi dei dati

### Sono state svolte

- **analisi descrittive**
- **analisi del chi quadrato ( $\chi^2$ ) e della varianza (ANOVA) per esplorare le differenze tra pazienti e caregivers e tra uomini e donne. L'omogeneità della varianza è stata verificata attraverso il test di Levene e i test Brown-Forsythe e Welch**
- **le età medie sono state confrontate con il test t di Student per campioni indipendenti**
- **modelli di regressione logistica per esplorare i fattori significativi associati alla depressione e al vissuto traumatico.**

# Risultati

Variables		Patients		Caregivers		test; p-value
		N	%	N	%	
<b>Gender</b>	Men	72	66.7	26	27.7	$\chi^2 = 30.62; p < 0.001$
	Women	36	33.3	68	72.3	
<b>Age (mean ± SD)</b>		66.9 ± 7.4		56.3 ± 14.1		
<b>Educational level</b>	Primary school	18	16.7	9	9.6	$\chi^2 = 16.29; p < 0.001$
	Lower secondary school	50	46.3	28	29.8	
	Upper secondary school	23	21.3	45	47.9	
	Univerity degree	17	15.7	12	12.8	
<b>Job</b>	Blue collars	38	35.2	15	16.0	$\chi^2 = 17.23; p < 0.001$
	Employees	23	21.3	31	33.0	
	Entrepreneurs/Self-employed	8	7.4	20	21.3	
	Retired-Housewife	39	36.1	28	29.8	
<b>Marital status</b>	Married	83	76.9	76	80.9	$\chi^2 = 0.48; p = 0.489$
	Single*	25	23.1	18	19.1	
<b>Psychotherapy</b>	Individual	9	8.4	3	3.3	$\chi^2 = 2.32; p = 0.13$
	Group	46	43.0	42	46.2	$\chi^2 = 0.20; p = 0.66$
<b>Psychological examination</b>	No	94	87.0	83	88.3	$\chi^2 = 0.07; p = 0.79$
	Yes	14	13.0	11	11.7	
<b>Drugs</b>	No	86	79.6	79	84.0	$\chi^2 = 0.65; p = 0.42$
	Yes	22	20.4	15	16.0	

# Risultati

Variables		Men		Women		test; p-value
		N	%	N	%	
<b>Age</b> (mean ± SD)		65.0 ± 11.2		59.2 ± 12.5		<b>t test = 3.49; p = 0.001</b>
<b>Educational level</b>						
	Primary school	13	13.3	14	13.5	<b><math>\chi^2 = 7.91; p=0.048</math></b>
	Lower secondary school	45	45.9	33	31.7	
	Upper secondary school	24	24.5	44	42.3	
	Univerity degree	16	16.3	13	12.5	
<b>Job</b>						
	Blue collars	37	37.8	16	15.4	<b><math>\chi^2 = 13.49; p=0.004</math></b>
	Employees	21	21.4	33	31.7	
	Entrepreneurs/Self-employed	13	13.3	15	14.4	
	Retired- Housewife	27	27.6	40	38.5	
<b>Marital status</b>						
	Married	81	82.7	78	75.0	<b><math>\chi^2 = 1.76; p=0.184</math></b>
	Single**	17	17.3	26	25.0	
<b>Psychotherapy</b>						
	Individual	7	7.2	5	4.9	<b><math>\chi^2 = 0.47; p = 0.49</math></b>
	Group	42	43.3	46	45.5	<b><math>\chi^2 = 0.10; p = 0.75</math></b>
<b>Psychological examination</b>						
	No	89	90.8	88	84.6	<b><math>\chi^2 = 1.79; p = 0.18</math></b>
	Yes	9	9.2	16	15.4	
<b>Drugs</b>						
	No	82	83.7	83	79.8	<b><math>\chi^2 = 0.50; p=0.48</math></b>
	Yes	16	16.3	21	20.2	

# Risultati

Dalle analisi dei gruppi sono emerse numerose **differenze statisticamente significative** fra **donne e uomini** relativamente a **strategie di coping, processi difensivi, depressione e trauma.**

Variables	Men		Women		F; p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
<b>Coping Social support</b>	<b>13.7</b>	<b>12.8</b>	<b>20.3</b>	<b>15.7</b>	<b>F=10.70; p&lt;0.001</b>
<b>Coping Avoidance strategies</b>	<b>13.0</b>	<b>12.2</b>	<b>16.6</b>	<b>13.5</b>	<b>F=3.92; p=0.049</b>
<b>Coping Positive attitude</b>	<b>16.6</b>	<b>14.9</b>	<b>21.2</b>	<b>15.9</b>	<b>F=4.59; p=0.033</b>
<b>Coping Problem solving</b>	<b>15.7</b>	<b>14.7</b>	<b>20.3</b>	<b>15.4</b>	<b>F=4.64; p=0.032</b>
<b>Coping Turning to religion</b>	<b>12.1</b>	<b>10.4</b>	<b>15.9</b>	<b>11.8</b>	<b>F=5.97; p=0.015</b>
<b>DSQ Sublimation</b>	<b>4.5</b>	<b>2.3</b>	<b>5.6</b>	<b>2.3</b>	<b>F=10.70; p&lt;0.001</b>
DSQ Humor	5.4	2.5	5.3	2.4	F=0.77; p=0.781
<b>DSQ Anticipation</b>	<b>5.0</b>	<b>2.1</b>	<b>5.6</b>	<b>2.0</b>	<b>F=4.94; p=0.027</b>
DSQ Suppression	4.7	2.1	4.7	2.2	F=0.00; p=0.987
<b>DSQ Withdrawal</b>	<b>4.0</b>	<b>1.9</b>	<b>5.5</b>	<b>2.2</b>	<b>F=26.60; p&lt;0.001</b>
DSQ Pseudo-altruism	4.3	4.5	4.9	1.9	F=1.34; p=0.248
DSQ Idealization	4.1	2.3	4.7	2.3	F=3.26; p=0.072
<b>DSQ Reaction formation</b>	<b>4.3</b>	<b>2.0</b>	<b>5.1</b>	<b>2.0</b>	<b>F=6.99; p=0.009</b>
DSQ Projection	2.9	1.9	3.2	2.2	F=0.91; p=0.342
<b>DSQ Passive aggressive behavior</b>	<b>2.8</b>	<b>1.8</b>	<b>3.6</b>	<b>2.0</b>	<b>F=9.77; p=0.002</b>
<b>DSQ Acting out</b>	<b>3.9</b>	<b>1.9</b>	<b>4.6</b>	<b>2.2</b>	<b>F=5.66; p=0.018</b>
DSQ Isolation	4.0	2.0	3.6	2.2	F=1.56; p=0.214
DSQ Devaluation	4.5	2.1	4.3	2.0	F=0.71; p=0.402
DSQ Autistic fantasy	3.5	2.4	3.3	2.6	F=0.300; p=0.584
DSQ Denial	3.2	2.1	2.8	2.1	F=1.62; p=0.204
<b>DSQ Displacement</b>	<b>2.5</b>	<b>1.7</b>	<b>3.3</b>	<b>2.1</b>	<b>F=8.09; p=0.005</b>
<b>DSQ Dissociation</b>	<b>3.9</b>	<b>2.3</b>	<b>3.2</b>	<b>2.1</b>	<b>F=4.83; p=0.029</b>
DSQ Splitting	3.9	1.9	4.1	2.3	F=0.58; p=0.447
DSQ Rationalization	5.4	1.9	5.4	2.2	F=0.00; p=0.996
<b>DSQ Somatization</b>	<b>2.4</b>	<b>1.8</b>	<b>3.3</b>	<b>2.4</b>	<b>F=10.07; p=0.002</b>
<b>Beck depression inventory II</b>	<b>8.2</b>	<b>8.5</b>	<b>12.7</b>	<b>8.7</b>	<b>F=13.49; p&lt;0.001</b>
<b>Davidson trauma scale</b>	<b>18.5</b>	<b>18.8</b>	<b>33.0</b>	<b>21.9</b>	<b>F=25.19; p&lt;0.001</b>
<b>DTS Intrusion</b>	<b>4.7</b>	<b>5.9</b>	<b>11.0</b>	<b>8.8</b>	<b>F=35.37; p&lt;0.001</b>
<b>DTS Avoidance/Numbing</b>	<b>5.5</b>	<b>6.4</b>	<b>8.5</b>	<b>7.1</b>	<b>F=10.08; p=0.002</b>
<b>DTS Hyperarousal</b>	<b>8.3</b>	<b>9.2</b>	<b>13.9</b>	<b>11.0</b>	<b>F=15.41; p&lt;0.001</b>

## Risultati

I modelli di regressione logistica hanno spiegato **l'82,2%** della variabilità sia per la depressione sia per il vissuto traumatico (Nagelkerke  $R^2 = 0,458$  e  $0,363$ ).

Un rischio statisticamente significativo di **depressione** è stato trovato per le **donne** (OR: 3,89, IC 95%: 1,32-11,45), gli **operai** (OR: 3,84, IC 95%: 1,14-12,90), gli **impiegati** (OR: 4,10, IC 95%: 1.05-16.09), le persone con un punteggio DSQ Devaluation >3 – ovvero **persone che tendono alla svalutazione** e DSQ Somatization > 3.2 – ovvero **persone che tendono alla somatizzazione della sofferenza**.

Per quanto riguarda le stime dell'effetto sul verificarsi di un **trauma**, sono stati osservati rischi statisticamente significativi per le strategie di Coping Avoidance > 23.5 (OR: 3.87, IC 95%: 1.40-10.70) – ovvero **persone che tendono ad affrontare le situazioni evitando di pensarci** e DSQ Acting out > 5.4 (OR: 3.42, IC 95%: 1.41- 8.31) – ovvero **persone che tendono ad essere più reattive in modo aggressivo**.

## Conclusioni

**Le differenze di genere sembrano avere un ruolo significativo per i vissuti psicologici dopo una diagnosi di mesotelioma maligno sia per i pazienti che per i caregivers in un SIN come quello di Casale Monferrato dove si può parlare di una comunità traumatizzata dalla presenza dell'amianto.**

**Necessità di adottare un sistema di cura integrato che si concentri su tutta la persona, comprese le sue esigenze fisiche e psicologiche. Il sistema di cura integrata dovrebbe coinvolgere un gruppo multidisciplinare per la cura dei bisogni fisici, psicologici e sociali e dovrebbe essere finalizzato alla preparazione di un protocollo condiviso a livello nazionale per la diagnosi e il trattamento delle questioni fisiche, mentali e sociali del MM.**

**Thank you**



PER MAGGIORI  
INFORMAZIONI SCRIVERE A:

[m.bonafede@inail.it](mailto:m.bonafede@inail.it)