

I contributi di Marcello Cesa-Bianchi alla psico-oncologia
The contribution of Marcello Cesa-Bianchi to psycho-oncology

Gabriella Pravettoni*^o e Ilaria Cutica*

* Dipartimento di Oncologia ed Emato-oncologia,
Università di Milano Via Festa del Perdono, 7 - 20122 Milano
e-mail: gabriella.pravettoni@unimi.it; tel: 0257489207
email: ilaria.cutica@unimi.it; tel: 0250318938

^o Applied Research Unit for Cognitive and Psychological Science, IEO
Via Ripamonti 435 - 20141 Milano.
e-mail; telefono

Ricevuto: 25.05.2020 - **Accettato:** 10.10.2020

Pubblicato: 07.05.2021

Riassunto

Nell'ambito del vastissimo corpus di scritti e di ricerche di Cesa-Bianchi sulla psicologia della salute, si possono ritrovare alcuni concetti cardine della ricerca e della pratica in psico-oncologia, quali il ruolo della psicologia e dello psicologo in ambito sanitario, l'importanza del rapporto medico-paziente, il ruolo centrale della comunicazione, e la necessità di tener presenti nella cura le caratteristiche psicologiche del malato, in particolare quando questi deve confrontarsi con una malattia ad esito potenzialmente infausto.

Questo capitolo descrive l'importanza dei suoi principali contributi su questi aspetti della psico-oncologia, sottolineando la sua capacità di cogliere in anticipo i cambiamenti, che si sono susseguiti negli anni, dei paradigmi teorici in psicologia della salute.

Parole chiave: Marcello Cesa-Bianchi, psiconcologia, comunicazione medico-paziente, resilienza, modello bio-psico-sociale, formazione dei medici in psicologia.

G. Pravettoni & I. Cutica / *Ricerche di Psicologia*, 2021, Vol. 44(1),
ISSN 0391-6081, ISSN e 1972-5620, Doi: 10.3280/rip1-2021oa11612

Abstract

Among the works of Cesa-Bianchi in health psychology, several basic concepts of research and practice in psycho-oncology could be found, such as the role of psychology and psychologists in health care, the importance of the doctor-patient relationship, the central role of communication, and the need to keep in mind the psychological characteristics of patients, particularly when they have to face a life-threatening disease.

This paper describes the importance of his main contributions on these aspects of psycho-oncology, highlighting his ability to anticipate the changes that have occurred, over the years, in the theoretical paradigms of health psychology.

Keywords: Marcello Cesa-Bianchi, psycho-oncology, doctor-patient communication; resilience; bio-psycho-social model; psychology training for doctors.

L'attenzione innovativa alla relazione medico-paziente

Nell'ambito del vastissimo corpus di scritti e di ricerche di Cesa-Bianchi sulla psicologia della salute, sulla psicologia dell'invecchiamento e in merito al ruolo della psicologia e dello psicologo in ambito sanitario, si possono ritrovare alcuni concetti cardine della ricerca e della pratica in psico-oncologia, quali l'importanza del rapporto medico-paziente con i relativi elementi facilitanti e disturbanti, il ruolo centrale della comunicazione, e la necessità di tener presenti nella cura le caratteristiche psicologiche del malato tra cui in particolare la sua capacità di adattamento alla malattia e la resilienza.

Rispetto a questi temi, scorrendo la bibliografia di Cesa-Bianchi non si può non notare come sin dal 1969 si sia occupato della relazione medico-paziente, rivelandosi così uno dei primi a interessarsi a questo aspetto, come ad esempio nella pubblicazione scritta a quattro mani con Francesco Ravaccia: "*Il rapporto medico-paziente nell'ambito della medicina sociale, degli ospedali, della libera professione*" nella periodica *Guida CIBA per il Giovane Medico*. Negli anni Sessanta e Settante il tema della relazione medico-paziente era un campo d'indagine pionieristico.

Le ricerche di Cesa Bianchi su questi temi avvenivano in un momento storico in cui il passaggio da un approccio paternalistico della medicina, in cui il paziente era visto come un ricevente passivo di trattamento, a un paradigma centrato sul paziente in cui egli viene visto come partecipante attivo, era ancora lontano. Forse, per certi versi, l'utilità della prospettiva del paziente come riflesso dei suoi valori, aspettative e bisogni personali sta iniziando solo adesso ad essere parte integrante della cultura moderna.

Egli dunque ha anticipato questo mutamento scientifico e culturale, sostenendo la crucialità della relazione di cura e della comunicazione medico-paziente (ad esempio in Cesa-Bianchi, Cristini, Cesa-Bianchi 2000; Cesa-Bianchi, Cristini, Cesa-Bianchi, 2012; Cesa-Bianchi, Pravettoni, Cesa-Bianchi, 1997; Cesa-Bianchi, Pravettoni, Cesa-Bianchi, 2001; Cristini, Cesa-Bianchi, 1999, Cristini, Cesa-Bianchi, Cesa-Bianchi, 2004; Cristini, Cipolli, Porro, Cesa-Bianchi, 2012).

Oggi sappiamo che, benché i fattori che influenzano la fiducia tra il paziente e il medico includano variabili sociodemografiche come l'età, il sesso, la salute e l'istruzione del paziente, nonché il suo atteggiamento verso la malattia e le sue aspettative, vi è un primato della comunicazione nel creare un rapporto positivo e di fiducia nel tempo. Una comunicazione efficace migliora la comprensione, la soddisfazione e la cooperazione del paziente, e ne facilita il processo decisionale; consente al paziente di chiedere le informazioni e i chiarimenti desiderati, e di esprimere le proprie opinioni e desideri in merito alle cure. L'esito di questo circolo virtuoso è il miglioramento in una varietà di esiti dell'assistenza sanitaria come la soddisfazione del paziente, la ritenzione di informazioni, l'aderenza alle terapie, l'efficacia percepita delle cure e il miglioramento dello stato di salute auto-riferito.

Numerosi studi hanno oggi dimostrato che il paradigma di comunicazione più efficace è quello che riduce l'asimmetria tra medico e paziente (quello cioè in cui solo il dottore sa tutto) e che la discussione medica deve essere collaborativa: il medico fornisce le conoscenze cliniche e una cornice per chiarire il quadro medico complessivo e per inquadrare le decisioni successive, e il paziente fornisce informazioni sul suo vissuto soggettivo di malattia, sulle sue precedenti conoscenze sulla malattia e sui suoi trattamenti, e sulle sue eventuali preferenze in questo ambito. In questo modo si possono esplorare tutte le possibilità di trattamento pertinenti e queste possibilità sono discusse sia dal medico che dal paziente nell'ambito della consultazione medica. Tale paradigma è efficace perché consente al medico di generare le conoscenze condivise indispensabili per stabilire il coinvolgimento del paziente e per realizzare efficacemente una pratica decisionale condivisa. Diverse intuizioni e affermazioni relative a questa dinamica sono già presenti negli scritti di Cesa-Bianchi che abbiamo citato sopra.

In aggiunta, Cesa-Bianchi non ha focalizzato la sua attenzione alla comunicazione medico-paziente solo rispetto alle dinamiche della comunicazione verbale, ma anche su quelle della comunicazione non verbale. Un piccolo manuale (Cesa-Bianchi Marcello, *Una tacita cura. Il silenzio nel rapporto medico-paziente*, Milano, Mimesis, 2013). è dedicato a un particolare tipo di comunicazione non verbale nella relazione medico-paziente:

il silenzio. In questo testo vengono analizzate le molteplici possibilità di significato del silenzio, dipendenti sia dalle caratteristiche della situazione, sia dalle caratteristiche di chi lo esprime e dallo stato d'animo che avverte. Il silenzio può così: "esprimere una profonda concentrazione o un blocco da paura, l'ascolto di un messaggio o il blocco della parola, la serenità o l'angoscia, l'analisi introspettiva o la paralisi del pensiero, l'incapacità o il rifiuto di rispondere a una richiesta, l'attesa di un avvenimento gratificante o angosciante". Cesa Bianchi considera quindi la valenza comunicativa del silenzio nella relazione di cura, ed anche, per così dire, la sua valenza terapeutica, quando esso diventa efficace nel promuovere la vicinanza medico-paziente.

L'attuale letteratura in psico-oncologia ha indagato a fondo un ulteriore aspetto della buona comunicazione medico-paziente, anch'esso già presente in nuce nelle opere di Cesa-Bianchi: la sua valenza terapeutica. Ad oggi diversi studi hanno dimostrato che una relazione positiva fondata su una comunicazione efficace ha effetti positivi sulla capacità del paziente di gestire bene la sua malattia, e nel mantenere una buona qualità di vita, anche nel caso di malattie ad esito infausto. Tale efficacia è ancora maggiore nelle malattie croniche poiché aiuta ad incrementare la vitalità e il funzionamento sociale del paziente, e a ridurre l'incidenza di ansia e depressione. Inoltre, è di grande importanza anche nelle malattie ad esito potenzialmente fatale, il cui corso di trattamento passa attraverso momenti decisionali chiave, e per quelle malattie le cui opzioni terapeutiche non portano a differenze nette nel risultato di sopravvivenza, ma che possono variare nel loro impatto sul benessere fisico e psicologico del paziente. In questi casi più che in altri, una relazione di fiducia fondata su una buona comunicazione ha effetti positivi sulla qualità di vita del paziente, indipendentemente dall'esito delle cure.

Il paziente anziano, particolarmente fragile, può per molti versi essere assimilato al paziente oncologico, che si trova in una situazione di malattia grave potenzialmente rischiosa per la sopravvivenza. Le ricerche di Cesa-Bianchi sul rapporto medico-paziente particolarmente declinate sul paziente anziano, fragile, contengono spunti e suggerimenti validi per i pazienti oncologici di qualsiasi età. Ad esempio è del 1999 il suo contributo in volume, scritto con Carlo Cristini, su: *Il rapporto medico-paziente nella medicina attuale: il malato anziano*", dell'anno successivo il volume, scritto con lo stesso Cristini e con Giovanni Cesa Bianchi: *Anziani e comunicazione tra salute e malattia*. La comunicazione della malattia, già normalmente difficile, assume difficoltà ancora maggiori nel corso della comunicazione con pazienti che per motivi cognitivi o emotivi si trovano in stato di difficoltà. In questi contributi si avverte il riconoscimento del-

l'urgenza di analizzare e di imparare la migliore strategia comunicativa per gestire la comunicazione difficile, la sofferenza del paziente fragile e della sua famiglia.

L'attenzione alle caratteristiche psicologiche del paziente, alle sue capacità di adattamento alla malattia e di resilienza

La seconda macro-area di ricerca in cui Cesa-Bianchi ha trattato temi fondamentali per la psico-oncologia, e spesso precursori di questi, riguarda l'importanza delle caratteristiche psicologiche del malato oncologico, e in particolare della sua capacità di adattamento alla malattia, e la resilienza nel procedere nel percorso di cura. Questo tema si collega a quello delle risorse cognitive ed emotive dell'anziano, e in particolare della creatività, che è molto rappresentato nelle opere di Cesa-Bianchi.

Un primo contributo sulla reazione psicologica alla malattia è datato 1963 (Cesa-Bianchi e Zandomenighi, 1963), ed anche in questo caso segnaliamo che questo tema è diventato oggetto di ricerca in modo massivo solo alcuni decenni più tardi.

Il concetto più rilevante è quello secondo cui il percorso di gestione ed eventualmente recupero da una malattia sia influenzato da diversi fattori, di cui alcuni ad ampio spettro come i modelli culturali e sociali di appartenenza, altri a livello locale come le caratteristiche dell'ambiente di vita del paziente, altri a livello individuale come il valore attribuito alla perdita della salute o a una perdita funzionale, la motivazione verso le proposte terapeutiche, e infine anche dalla preparazione psicologica di chi assiste e cura. Questi temi si trovano ad esempio discussi nel volume curato con Carlo Cristini e Alessandro Porro, *Le capacità di recupero dell'anziano. Modelli, strumenti e interventi per i professionisti della salute* (2011), in cui non solo vengono descritte le modalità attraverso cui le caratteristiche psicologiche si intrecciano con i vissuti di malattia e con le caratteristiche cliniche della malattia stessa, ma vengono anche forniti agli operatori della salute strategie e strumenti per la comprensione di tale intreccio.

In questa cornice teorica si inseriscono anche gli studi di Cesa-Bianchi sull'importanza nella resilienza e della creatività, due importanti strategie per un vissuto il più possibile positivo del percorso di malattia e di cura, anche qualora il progredire della malattia dovesse essere inevitabile. Cesa-Bianchi infatti sottolinea l'importanza della resilienza e della creatività anche nelle fasi finali della vita (ad es. in Cesa-Bianchi, Cristini, Cesa-Bianchi, 2002).

In questo quadro importanti sono i suoi studi pionieristici sulla resilienza, intesa non solo come capacità di resistenza nelle situazioni difficili di vita, le cosiddette "circostanze estenuanti", ma anche come crescita psi-

cologica possibile in qualsiasi stadio e situazione di vita, anche nelle più difficili e tormentate, e portatrice potenziale di aumento della saggezza, aumento della competenza sociale, ottimizzazione selettiva con rimodellamento positivo, maggiore spiritualità, miglioramento delle risposte adattative alle avversità.

Gli studi di Cesa-Bianchi sul processo di invecchiamento hanno anche permesso di evidenziare nella fase terminale della vita l'espressione di una forma di creatività innovativa rispetto a quella precedente, in grado di consentire alla persona di completare la propria conoscenza e autorealizzazione (Cesa-Bianchi e Cristini, 2014; Cesa-Bianchi et al., 2014). In questo contesto si pone il capitolo "L'ultima creatività" (Cristini, Cesa-Bianchi, Cesa-Bianchi, 2011), riferita a un processo cognitivo ed emotivo che, nell'avvicinarsi alla morte, consente uno sguardo retrospettivo sulla propria vita evidenziando, attraverso i ricordi, la propria essenza, il proprio individuale percorso, la propria eredità.

Riteniamo interessante illustrare questo fenomeno per l'apertura che può presentare su un piano culturale, ma anche per le prospettive che può consentire a ciascuno nel pensare e nel prepararsi alla propria morte. Queste ricerche hanno, sul piano culturale, contribuito a rivalutare l'immagine della malattia e della senilità, e della fase finale della vita, volgendosi verso le potenzialità e le risorse residue, invece di focalizzarsi sul decadimento progressivo e inevitabile (Cesa-Bianchi, 1998; Cesa-Bianchi e Cristini, 2013). Queste potenzialità secondo Cesa-Bianchi consentono nel fine vita di cogliere il significato fondamentale della propria esistenza, il nucleo essenziale della propria persona, e consentono di realizzare che la propria vita "non è solo una successione di giorni, di mesi, di anni, ma è anche e soprattutto lo sviluppo di un progetto che si può pienamente comprendere solo dopo la sua realizzazione" (Cesa-Bianchi, 2015, pag. 26.)

Proprio nel concetto di resilienza come crescita psicologica possibile in situazioni estreme come quelle della malattia che mette a rischio la propria vita, riecheggiano i fondamenti teorici degli studi sulla crescita post-traumatica (o *benefit finding*), cioè quell'insieme di cambiamenti psicologici positivi sperimentato in seguito ad avversità e problematiche gravi di vita, che conducono dopo un periodo di adattamento a un livello superiore di funzionamento, attraverso una modifica significativa degli schemi cognitivi ed emotivi di funzionamento di sé e di sé con il mondo.

Cesa-Bianchi ha anche indagato questi aspetti relativi alla resilienza nell'ambito dell'oncologia pediatrica, come ad esempio nel volume scritto con Giuseppe Masera e Antonella Delle Fave, *La promozione della resilienza: il nuovo paradigma dell'oncologia pediatrica*, (2013) dove per "nuovo paradigma" si intende quello secondo cui «the cure is not enough», e per realizzare il quale è necessario un approccio multidiscipli-

nare con la collaborazione di psicologi, psichiatri, assistenti sociali. In questo modo può diventare possibile studiare i fattori che favoriscono lo sviluppo della resilienza durante la terapia e nei tempi successivi, e quindi riuscire a creare degli interventi che siano in grado non solo di prevenire gli aspetti negativi, come accade nella strategia tradizionale, ma anche di promuovere una crescita positiva.

Il concetto di resilienza e di adattamento all'avversità rappresentata dalla malattia è oggi uno dei concetti psicologici principali che costituiscono la specificità della psico-oncologia, secondo quanto indicato dalle Linee-Guida della Società italiana di Psico-Oncologia (SIPO), che così lo definisce:

“Il concetto di strategia di adattamento, o coping, è stato proposto dalla psicologia cognitiva anglosassone e indica l'insieme delle strategie che ciascuno sviluppa per gestire o diminuire l'impatto di un evento minaccioso per il proprio benessere fisico e/o psichico. Lo stile di coping dipende: dalla valutazione cognitiva dell'evento e delle risorse disponibili; dal comportamento che la persona adotta per far fronte al problema in termini di intervento (attivo) o di evitamento (passivo); dal tipo di controllo emotivo utilizzato.” (SIPO, 2011, pag. 66)

Inoltre, nella stessa opera sulla resilienza in oncologia pediatrica (Maserà et al., 2013) si può notare un riferimento breve ma rilevante all'importanza della ricerca svolta congiuntamente da oncologi e da psicologi, e che questa venga condotta non solo nella forma della ricerca quantitativa, ma anche qualitativa, in particolare attraverso la narrazione che assume inoltre un valore terapeutico per chi descrive la propria esperienza. In questa ottica, la narrazione può essere utilizzata per elicitarne nei pazienti l'espressione dei loro valori, preferenze, bias cognitivi, schemi di conoscenza, reazioni psicologiche alla malattia, percezione della rete di sostegno sociale, etc..., ed essere quindi anche utile ad una elaborazione soggettiva della malattia, creando quindi il potenziale per un possibile percorso di coping o di crescita personale.

La narrazione si può porre come *trait d'union* tra medicina e psicologia: entrambe discipline cliniche, si trovano divise dalla difficoltà di integrare le rispettive procedure. Attraverso l'accoglimento e la condivisione delle narrazioni dei soggetti coinvolti nel processo di cura, è possibile unire il piano tecnico-scientifico dalla Evidence Based Medicine, rivolto al trattamento clinico della malattia (disease), con quello dell'esperienza diretta e unica del paziente e dei familiari, che vivono la realtà soggettiva della malattia (illness).

Secondo Cesa-Bianchi, la via per affrontare le crescenti sfide poste dal sistema sanitario, doveva appunto passare attraverso una riflessione che superasse i vincoli disciplinari a favore di un approccio più inclusivo. Di

nuovo, in questo approccio ritroviamo la posizione teorica della psico-oncologia, che secondo il già citato documento programmatico della SIPO, “considera l’interdisciplinarietà e l’integrazione disciplinare come requisiti indispensabili per l’attuazione di un sistema di cura che tenga conto della globalità dei bisogni del malato; inoltre promuove e realizza, nel rispetto dell’autonomia culturale e professionale di ciascuna disciplina coinvolta, un approccio di tipo psicosociale al paziente.” (SIPO, 2011, pag. 65).

Più nello specifico, applicando questo auspicato approccio psicosociale al paziente oncologico, Cesa-Bianchi esplicita la necessità di prendere in considerazione il vissuto del malato, i cambiamenti che la realtà individuale e relazionale subiscono a causa della malattia e le conseguenze psichiche che ne derivano (ad es., Cesa-Bianchi, Sala, 1994). Egli sostiene ad esempio che per comunicare una diagnosi o l’andamento della malattia oncologica sia importante non solo che si usino delle parole comprensibili alla persona che le riceve, ma anche che si conoscano le caratteristiche almeno essenziali della psicologia di questa persona. Con questo si intende l’analisi e l’interpretazione delle componenti cognitive, come credenze e conoscenze sulla malattia, psicologiche (livello di stress, ansia, depressione) e comportamentali (stili di vita) di ogni paziente. In questo modo si potranno evitare le situazioni, opposte ma ugualmente problematiche, della eccessiva scarsità o vaghezza di informazioni (“congiura del silenzio”), e della rivelazione esasperata della verità (“accanimento informativo”), estremi relazionali che non considerano i bisogni individuali del paziente rispetto a quanto egli possa sostenere delle informazioni che lo riguardano.

“L’obiettivo da conseguire è quello della comprensione, del realizzarsi di una fiducia reciproca per cui il messaggio, anche il più difficile da accettare, potrà essere accolto senza arrivare alla disperazione che dobbiamo cercare in ogni caso di prevenire, e quindi modulando le modalità del nostro messaggio, graduandolo nel tempo, collocandolo nell’ambito di un contesto che consenta di riceverlo nel modo migliore. Il messaggio quindi dovrà essere tale da informare talvolta in modo limitato ma sempre corretto, perché la menzogna caritatevole finisce con l’essere più o meno direttamente percepita, alterando completamente il rapporto di fiducia che si è stabilito: quindi non si deve mai mentire anche se naturalmente si possono tacere parzialmente delle verità là dove si ritenga che l’esposizione in termini obiettivi e totali di una verità estremamente dolorosa sia insopportabile dal paziente che abbia una determinata struttura caratterologica e che si trovi in una particolare condizione. Di qui l’importanza di calibrare l’informazione, il messaggio, sulla base di una conoscenza della persona che abbiamo di fronte, non soltanto del suo fisico, e anche del momento particolare in cui questa persona si trova.” (Cesa-Bianchi, 1995, pag.169).

L'attenzione alla formazione dei medici in psicologia, e al ruolo degli psicologi in ospedale

In ambito oncologico, la comunicazione rappresenta un problema tuttora aperto: la comunicazione della diagnosi o dell'eventuale progressione della malattia si pone come un'area complessa. Cesa Bianchi sosteneva l'importanza della formazione dei medici alla comunicazione, e più in generale della formazione psicologica del personale sanitario, perché aveva riconosciuto l'importanza del modo in cui vengono comunicate ai pazienti notizie cruciali, come una diagnosi oncologica. Sappiamo infatti che c'è una relazione, ad esempio, tra le modalità in cui viene comunicata la diagnosi, e il successivo aggiustamento emotivo del paziente alla malattia.

Egli ha infatti sottolineato spesso come sia necessario tenere in considerazione il ruolo della psicologia del medico:

“Anche il medico è messo in gioco in questo rapporto proprio perché, come una ricca documentazione potrebbe dimostrare, nel rapporto con il singolo paziente, con quel particolare paziente, ciascuno di noi, medico o non medico, finisce con l'esprimere tutta una serie di fatti connessi alla sua esperienza di vita, al suo modo di vedere quel paziente che può assomigliare a suo padre o ricordargli suo figlio, al fatto che il paziente gli si presenta in un certo modo che si ricollega mentalmente e più o meno consapevolmente a certe esperienze della sua vita. Il medico deve conoscere sé stesso come dicevano già gli antichi, ma questa conoscenza deve attuarsi anche su un piano psicologico; deve conoscere i propri limiti, le proprie tendenze, se vogliamo i propri pericoli di arbitrio nell'assumere determinate posizioni e cogliere nel rapporto con l'altro anche il significato del porsi e del proporsi.” (*ibid.*, pag 168)

Questi concetti, che ora sono ora entrati nel mainstream della psico-oncologia, a metà anni Novanta erano invece innovativi, e non erano molti i ricercatori a sostenerli apertamente.

Consapevole dell'importanza di questi aspetti, CB ha scritto diversi contributi sulla formazione psicologica dei medici. Alcuni dei quali più degli altri indicano la sua capacità di analizzare le tendenze del presente per ipotizzare le linee di sviluppo futuro; lo vediamo ad esempio in un contributo del 1987 profeticamente (e forse anche utopisticamente) intitolato: *Il medico di domani sarà anche psicologo* (C-B, 1987). In generale, molti sono gli scritti sulla formazione psicologica del medico, e particolarmente degni di nota proprio per il fattore di novità che rappresentano sono i primi scritti, databili tra la fine degli anni Sessanta e gli anni Settanta (ad es., Cesa-Bianchi, 1969a, 1969b; 1973; 1979).

È possibile riconoscere l'attualità di questa proposta formativa, andando a scorgere le odierne linee-guida SIPO che, seppure in continuo aggiornamento, descrivono ad oggi così gli obiettivi della formazione psicologica dei medici oncologi sulla clinica e sulla comunicazione (pagg. 96-97):

“*Clinica*: 1) Capacità di individuare i problemi psicologici del paziente generati dalla diagnosi, dal trattamento e dalla fase avanzata di malattia oncologica.

2) Capacità di individuare, chiarire ed organizzare il significato dei segnali verbali e non verbali con cui i pazienti ed i parenti esprimono i loro problemi.

3) Acquisire competenza nella gestione delle strategie della comunicazione, ad es. fare domande dirette (date, nomi, intensità dei sintomi). Esplorare le domande a “doppio taglio” (ad es. il desiderio di morire, la prognosi, la morte) con adeguata empatia.

4) Applicare interventi medici appropriati per prevenire l'insorgenza dei processi psicopatologici nel paziente e nei suoi familiari.”

Comunicazione: 1) Applicare i principi della comunicazione verbale e non verbale alla relazione con il malato.

2) Discutere il rapporto tra l'atteggiamento di efficienza clinica e quello di empatia nella cura del malato.

3) Comprendere il ruolo della comunicazione non verbale tra medico e malato.

4) Conoscere i meccanismi di difesa del medico nei confronti del malato di cancro.

5) Riconoscere i fattori di stress nei medici che lavorano in una struttura oncologica.

6) Identificare le manifestazioni d'insorgenza del *burn out*.

7) Sviluppare le strategie dirette al controllo dello stress”.

Speriamo che questo nostro breve excursus sull'opera di Cesa-Bianchi nell'ambito della psico-oncologia possa servire a rendere non solo la portata dei suoi principali contributi alla materia, ma anche la sua capacità di analisi dei cambiamenti che gli permettevano di cogliere in anticipo le direzioni di sviluppo, e di averne una visione innovativa.

Riferimenti bibliografici

Cesa-Bianchi, G., Cristini, C., Cesa-Bianchi, M. (2012). La comunicazione in età senile. In: C. Cristini, C. Cipolli, A. Porro & M. Cesa-Bianchi (a cura di), *Comunicare con l'anziano*. Milano: FrancoAngeli, 25-48.

- Cesa-Bianchi, M. (1963). Aspetti psicologici dell'assistenza sanitaria. In: *Aspetti sociali di una organizzazione per l'assistenza sanitaria*. Atti del Convegno di Studi organizzato dal Centro di Studi Sociologici di Milano al Museo Nazionale della Scienza e della Tecnica. 31 Marzo 1963, Milano: Centro di Studi Sociologici, 43-46.
- Cesa-Bianchi, M. (1969). Aspetti psicologici dell'ambiente ospedaliero. In *Atti del 1° Congresso sui complessi ospedalieri ed assistenziali moderni*, Salsomaggiore Terme, 20-22.
- Cesa-Bianchi, M., Cristini, C., Cesa-Bianchi, G. (2000). *Anziani e comunicazione tra salute e malattia*. Napoli: Mediserve.
- Cesa-Bianchi, M., Cristini, C., Cesa-Bianchi, G. (2002). L'ultima creatività?. In: L. Pinkus & A. Filiberti (a cura di), *La qualità della morte*. Milano: FrancoAngeli, 213-218.
- Cesa-Bianchi, M. (1987). Il medico di domani sarà anche psicologo, *La Sicilia*, 3 settembre.
- Cesa-Bianchi, M. (1974). L'insegnamento della psicologia nella facoltà di medicina: problemi e prospettive. In: *Formazione psicologica del medico. Atti del quarto congresso nazionale della società italiana di medicina psicosomatica*. Messina 31 maggio -3 giugno 1973. Roma: SEU, 39-49.
- Cesa-Bianchi, M. (1969). La formazione psicologica del medico. *Anime e corpi*, 7, 397-413.
- Cesa-Bianchi, M. (1969). La formazione psicologica del medico. *Federazione Medica*, 22(10), 3-7.
- Cesa-Bianchi, M. (1964). *La formazione psicologica del medico*. Milano: Arti Grafiche Commerciali.
- Cesa-Bianchi, M. (1979). La psicologia nella formazione del medico e nella soluzione dei problemi socio-sanitari. *Difesa Sociale*, 31-46
- Cesa-Bianchi, M. (2014) Lo sviluppo della psicologia nel campo della salute. In: C. Cristini, A. Albanese, A. Porro. *Il viaggio verso la saggezza. Come imparare a invecchiare*. Milano: FrancoAngeli, 82-86.
- Cesa-Bianchi, M., Pravettoni, G., Cesa-Bianchi, G. (1997). La comunicazione nell'invecchiamento. In: A. Scopesi & M. Zanobini (a cura di), *Processi comunicativi e linguistici nei bambini e negli adulti: prospettive evolutive e sociali*, Milano: FrancoAngeli, 347-359.
- Cesa-Bianchi, M., Pravettoni, G., Cesa-Bianchi, G. (2001). Invecchiamento biologico e psicologico. In: P. Moderato & F. Rovetto (a cura di), *Psicologo: verso la professione. Dall'esame di stato al mondo del lavoro*. Milano: McGraw Hill, 529-546
- Cesa-Bianchi, M. (2005). Prefazione. In: C. Cristini, R. Rizzi & S. Zago. *La vecchiaia fra salute e malattia. Aspetti biologici, psicologici e sociali*. Bologna: Pendragon, 7-9.
- Cesa-Bianchi, M. (1984). Psicologia e ospedale generale in Italia. In: *Universo della Psicologia*. Milano: Federico Motta Editore.
- Cesa-Bianchi, M. & Ravaccia, F. (1969). Il rapporto medico-paziente nell'ambito della medicina sociale, degli ospedali, della libera professione, In: V. Ghetti (a cura di), *Guida CIBA per il giovane medico*. Milano: CIBA, 4-23.

- Cesa-Bianchi, M. & Sala, G. (1991). Il paziente e l'ospedale: l'organizzazione e il vissuto. In: C. Cipolli & E.A. Moja. (a cura di), *Elementi di Psicologia medica*. Roma: Armando, 181-194.
- Cesa-Bianchi, M. & Sala, G. (1994). *Lo spazio della psicologia all'interno del problema oncologico*. In: G. Beretta, E. Ghislandi, G. Luporini & A. Scanni, XV Corso di aggiornamento in Oncologia Medica, Milano, AIOM.
- Cesa-Bianchi, M. (2013). *Una tacita cura. Il silenzio nel rapporto medico-paziente*. Milano: Mimesis.
- Cesa-Bianchi, M. & Zandomenoghi, A. (1963). *Fattori individuali ed extraindividuali del disadattamento nell'età senile: la reazione alla malattia*. Milano: s. i. t.
- Cesa-Bianchi, M. (1991) Il miglioramento della qualità dell'assistenza in ospedale. L'apporto dello psicologo. In: G. Biondi (a cura di), *Psicologia in ospedale. Esperienze a confronto*. Roma: Nuova Editrice Spada, 185-187.
- Cesa-Bianchi, M. (1995). La formazione al comunicare in medicina. In: M. Ancona, M. Orbecchi, E. Torre (a cura di), *L'arte medica: tra comunicazione, relazione, tecnica e organizzazione*, Atti del convegno, Torino.
- Cesa-Bianchi, M. (2015). La creatività nell'autorealizzazione dell'anziano. In *Towards a European Strategy on Active and Healthy Ageing*, Fondazione Ferrero, 25-29.
- Cristini, C., Cesa-Bianchi, G. & Cesa-Bianchi, M. (2004). Old age and communication. In: W. Mou, S. Li, & B. Qiu (eds.), *28th International Congress of Psychology*. August 8-13, 2004, Beijing, China. Abstract Book, Harrogate, p. 265.
- Cristini, C., Cesa-Bianchi, G., Solimeno-Cipriano, A., Cipolli, C., Cesa-Bianchi, M. (2016). Ascolto e resilienza emotiva nella relazione di cura: il paziente anziano. In: *SIPI Società Italiana di Psicologia dell'Invecchiamento, 10 anni di SIPI: bilancio e prospettive*. Padova: SIPI, p. 26
- Cristini C, & Cesa-Bianchi, M. (1999). Il rapporto medico-paziente nella medicina attuale: il malato anziano. In: F. Petruccelli (a cura di), *Appunti di psicologia del lavoro*. Milano: Giuffrè, 175-201.
- Cristini, C., Cipolli, C., Porro, A. & Cesa-Bianchi, M. (2012). (A cura di) *Comunicare con l'anziano*. Milano: FrancoAngeli.
- Cristini, C., Cipolli, C, P Porro, A. & Cesa-Bianchi, M. (2012) Comunicare con e per l'anziano: introduzione allo studio delle sue competenze comunicative e relazionali, in: C. Cristini, C. Cipolli, A. Porro & M. Cesa-Bianchi (a cura di), *Comunicare con l'anziano*. Milano: FrancoAngeli, 9-14.
- Cristini, C., Porro, A. & Cesa-Bianchi, M. (2011). (A cura di) *Le capacità di recupero dell'anziano. Modelli, strumenti e interventi per i professionisti della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Cristini, C., Cesa-Bianchi, M., Cesa-Bianchi, G., & Porro, A. (2011). *L'ultima creatività*. Milano: Springer, 173-194.,
- Masera, G., Cesa-Bianchi, M. & Delle Fave, A. (2013) La promozione della resilienza: il nuovo paradigma dell'oncologia pediatrica. *Epidemiologia e Prevenzione*, 37, suppl. 1, 278-281

SIPO, Società Italiana di Psico-Oncologia (2011). Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. Seconda Edizione. *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 13(2), pp 61-108.