

Annali

della facoltà di Scienze della formazione
Università degli studi di Catania

24 - 2025

Direttore
FEBRONIA ELIA

Comitato scientifico

GABRIELE ARCHETTI
(Università Cattolica di Milano)

R. LOREDANA CARDULLO
(Università di Catania)

MARCO CATARCI
(Università di Roma Tre)

MICHAEL CHASE
(CNRS Paris)

LIANA M. DAHER
(Università di Catania)

GIUSEPPE GIORDANO
(Università di Messina)

EMILIO MARTIN GUTIÉRREZ
(Universidad de Cádiz)

MANFRED HEINZMANN
(Graz Universität)

FLORIAN HARTMANN
(Aachen University)

MARIANGELA P. IELO
(Università Nazionale e Capodistriaca di Atene)

PAOLINA MULÉ
(Università di Catania)

ADRIAN NEDELICU
(University of Ploiești)

ROBERTA PIAZZA
(Università di Catania)

DONATELLA S. PRIVITERA
(Università di Catania)

GIUSEPPE SANTISI
(Università di Catania)

GIUSEPPE SCARATTI
(Università di Bergamo)

CAMILO TAMAYO GOMEZ
(University of Birmingham)

MARIA TOMARCHIO
(Università di Catania)

CARMELINA URSO
(Università di Catania)

Comitato redazionale

CRISTINA SORACI (*responsabile*)

MELA ALBANA

GABRIELLA D'APRILE

GIUSEPPINA DI GREGORIO

STEFANO LENTINI

ANNA MARIA LEONORA

PAOLA LEOTTA

ELEONORA PAPPALARDO

EMANUELE PIAZZA

ELISABETTA SAGONE

ERMANNO TAVIANI

SALVATORE VASTA

Direzione, redazione e amministrazione

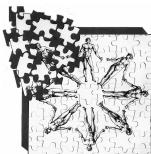
Facoltà di Scienze della formazione, Università degli studi di Catania

Via Teatro greco, 84 - Complesso edilizio «Verginelle», 95125 - Catania

Tel. 095 7466303 / Fax 095 7466370 - <http://www.annali-sdf.unict.it> - e-mail: annali_sdf@unict.it

ISSN 2038-1328 / EISSN 2039-4934 - © 2025 Università degli studi di Catania

Registrazione presso il Tribunale di Catania, n. 26/10, del 28 dicembre 2010



PREDITTORI BIOLOGICI E SOCIALI
DI SALUTE MENTALE E BENEFIT FINDING
IN PAZIENTI ONCOLOGICI:
UNO STUDIO LONGITUDINALE

di

Valentina Biscaldi, Rafaela D.G. Sartori*, Silvia Cona*,
Cristina Marrazzo*, Anna Gambaro*, Sabrina Ferrario*,
Lorenzo Ruggieri*, Virginio Filipazzi*, Cinzia Fasola**,
Davide Dalu**, Nicla La Verde**

Ringraziamo l'Associazione Salute Donna Onlus per la preziosa collaborazione e la Fondazione Banco del Monte di Lombardia per il sostegno economico all'ambulatorio di Psico-oncologia nel biennio 2022-2024.

1. Introduzione

Secondo le più recenti stime dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) in Italia nel 2024 3,7 milioni di persone “vivevano dopo una diagnosi di cancro”¹. Questa espressione descrive un significativo cambiamento nella concezione di malattia oncologica degli ultimi trent'anni², definendo le persone affette da cancro come *cancer survivor* perché dal momento della diagnosi esse vivono “con, attraverso e al di là del cancro”³.

La definizione di *cancer survivor* sottolinea l'importanza della quotidianità del paziente e degli aspetti di vita influenzati dalla malattia. Avere un tumore, infatti, non ha impatto solamente sulla sfera fisica, ma anche su aspetti cognitivi, emotivi, sociali, sessuali, economici, culturali, spirituali ed esisten-

* Struttura Complessa di Oncologia Ospedale Luigi Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano.

** Struttura Complessa di Oncologia ad indirizzo infettivologico Ospedale Luigi Sacco, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano.

¹ Associazione Italiana di Oncologia Medica AIOM, 2024.

² Marzorati *et al.*, 2016.

³ Centers for Disease Control and Prevention CDCP & Lance Armstrong Foundation, 2004.

ziali. La rilevanza di queste componenti è tale che esso è ormai definito come una malattia biopsicosociale⁴. Obiettivo primario dei servizi sanitari è, dunque, considerare l'impatto di queste dimensioni per ottenere un quadro globale della qualità di vita del paziente e promuoverne il miglioramento⁵.

Per molti decenni il più rilevante approccio alla dimensione psico-oncologica è stato di tipo patogenico e di lotta/guerra alla malattia⁶. Esso attingeva le sue basi dall'ambito medico, psichiatrico e psicopatologico, sottolineando quanto la coesistenza con il cancro fosse fonte di distress, ansia e depressione⁷ e, pertanto, andasse combattuto per eliminare anche la sofferenza psicologica.

Negli ultimi decenni, numerosi studiosi hanno utilizzato l'approccio salutogenico per approfondire e sistematizzare risorse e benessere psicologico nell'affrontare la malattia e le difficoltà⁸. Con l'intento di valorizzare queste innovazioni scientifiche e, contemporaneamente, l'approccio tradizionale della psicologia clinica, Corey Keyes⁹ ha formulato il *Dual Continua Model*, sostenendo che la malattia e la salute mentale, sebbene correlati, costituiscano due *continua* diversi. In tal senso, l'assenza di malattia mentale non implica necessariamente la presenza di benessere e viceversa. La salute mentale, pertanto, si configura come un costrutto complesso, composto sia da dimensioni edoniche sia eudaimoniche (impegno personale e coltivazione delle proprie capacità per fornire un contributo significativo alla società). Queste ultime includono il funzionamento psicologico positivo (accettazione di sé, crescita personale, relazioni positive, padronanza dell'ambiente, intenzioni di vita e autonomia), e il benessere sociale (coerenza, attualizzazione, integrazione, accettazione e contributo)¹⁰. Gli individui sono definiti *flourishing* quando sperimentano elevati livelli di benessere edonico ed eudaimonico, *languishing* quando percepiscono scarso benessere su entrambi questi assi, e con salute mentale moderata, quando si trovano in una posizione intermedia alle prime due condizioni¹¹.

I pazienti oncologici, indipendentemente dall'insorgenza di una psicopatologia, si trovano ad affrontare una condizione che cambia radicalmente la loro vita, e il cambiamento generato dalla malattia può portare anche a tra-

⁴ Associazione Italiana di Oncologia Medica AIOM, 2023.

⁵ Jones & Drummond, 2021.

⁶ Hanahan, 2014.

⁷ Getie *et al.*, 2025; Grassi *et al.*, 2023.

⁸ Antonovsky, 1979; Kobau *et al.*, 2011.

⁹ Keyes, 2002, 2007.

¹⁰ Keyes, 2009, 2017; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995.

¹¹ Keyes, 2002, 2007; Sartori *et al.*, 2024.

sformazioni positive¹². In ciò, il *Dual Continua Model* risulta di particolare rilevanza nell'ambito psico-oncologico¹³. Inoltre, i malati di cancro possono riconoscere dei benefici nella loro condizione, nonostante le difficoltà che essa comporta (*benefit finding*).

2. Obiettivi

Alla stregua di quanto descritto, il presente studio ha indagato l'impatto di alcune dimensioni biologiche e sociali sulla salute mentale e sul *benefit finding* in pazienti oncologici in un arco di tempo di sei mesi. Nello specifico, esso ha approfondito:

a) la presenza di salute mentale (benessere edonico, psicologico e sociale), e di *benefit finding* in pazienti oncologici con tumore localizzato e metastatico che svolgevano terapia attiva;

b) il contributo dello stadio di malattia (dimensione biologica), lavoro e hobby, e presenza di partner e amici (dimensione sociale) alla promozione di salute mentale e *benefit finding* nel tempo.

3. Metodo

3.1 Partecipanti

I pazienti arruolati erano 54 (Tabella 1). La maggior parte erano donne (85%) di età media 56,8 (DS = 13,4), con tumore al seno (68,4%), stadio localizzato (80%) ed unicamente in terapia antitumorale attiva (98,3%).

La maggioranza dei partecipanti aveva un lavoro (63,3%). Circa un quarto del campione era in pensione (26,7%) e solo una minoranza era in malattia o in aspettativa (10%). Nella Figura 1 sono rappresentati i tipi di impiego lavorativo svolti e le percentuali di risposta.

La maggior parte dei partecipanti aveva un partner (70,4%), relazioni amicali (66,7%) e hobby strutturati (77,8%). La Figura 2 presenta le attività di svago svolte dai partecipanti e le percentuali di risposta. Aggregando le risposte, è interessante notare come la maggior parte delle attività di hobby descritte fosse relativa ad attività intellettuali e sedentarie (37,9% delle risposte), cui seguivano attività di tempo libero dinamiche e che prevedessero impegno fisico (22,7% delle risposte) e sociali (19,7% delle risposte). Le variabili sociodemografiche erano costanti nel tempo.

¹² Hefferon *et al.*, 2009; Thambyrajah *et al.*, 2010.

¹³ Fuller-Thomson & West, 2019.

Tabella 1 - Dati socio anagrafici e clinici dei partecipanti.

	Pazienti (N = 54)
Età^a	56,8 (13,4)
Genere (% donna)	85
Educazione (%)	
Elementari e media inferiore	18,3
Scuola superiore/Università	81,7
Professione (%)	
Pensione	26,7
Malattia o aspettativa	10
Lavoratori attivi	63,3
Stato civile	
Single/separati/divorziati/vedovi	31,7
Coniugati/conviventi	68,3
Difficoltà economiche (% Si)	25
Difficoltà di alloggio (% Si)	3,3
Hobby (% Si)	74,5
Amici (% Si)	63,3
Tipo di cancro	
Seno	68,4
Gastroenterologico	11,7
Ginecologico	8,3
Urologico	6,7
Ematologico	3,3
Testa/collo	1,7
Stadio	
Localizzato	80
Metastatico	20
Terapie	
Attive	98,3
Simultanee	1,7

Note. N = Numero dei partecipanti; ^a= età media e deviazione standard (DS).

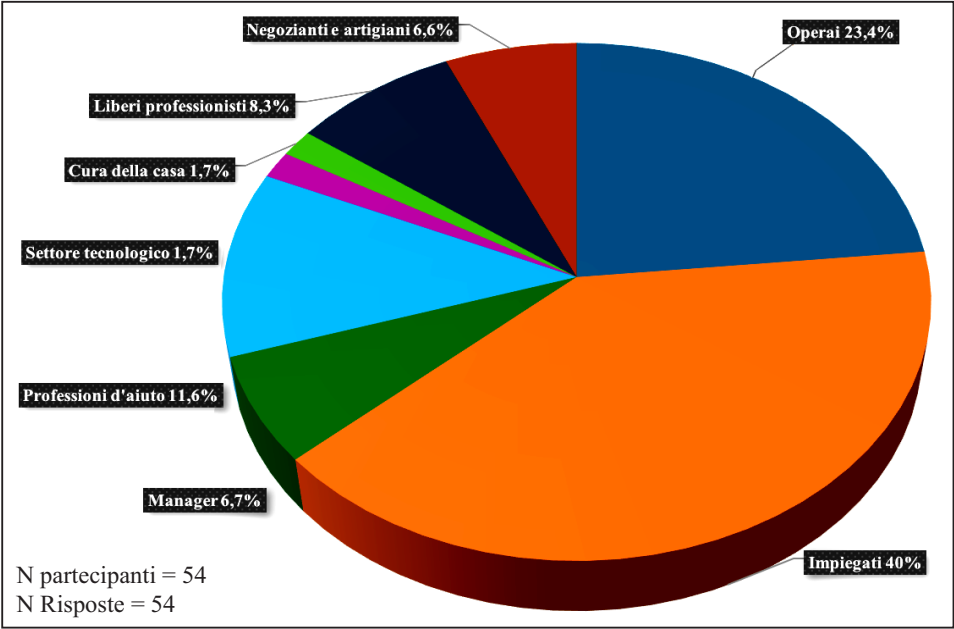


Figura 1 - Tipologie e frequenze delle attività lavorative svolte dai partecipanti.

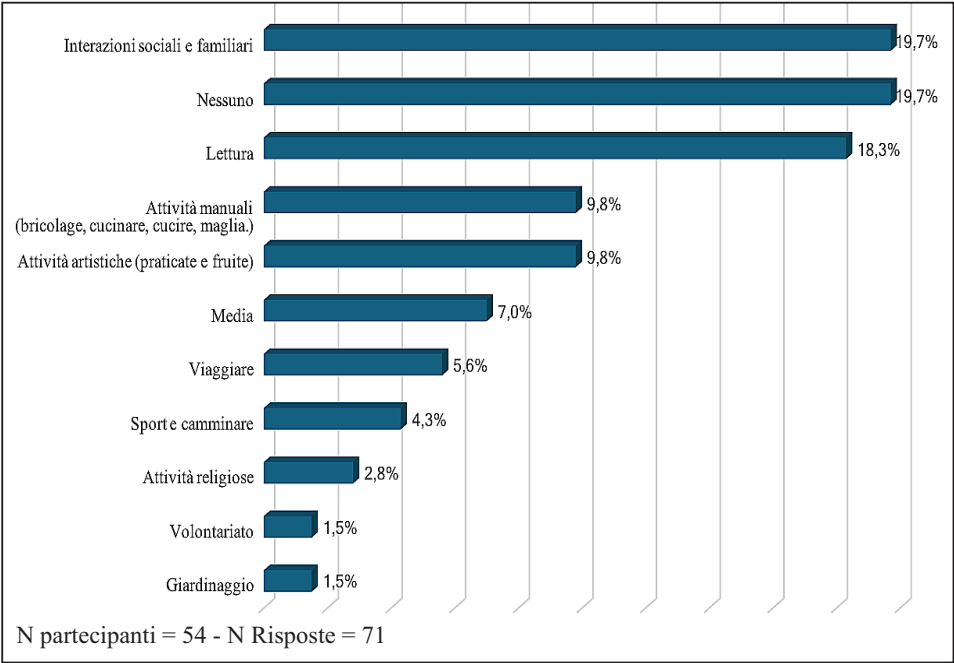


Figura 2 - Tipologie e frequenze degli hobby svolti dai partecipanti.

3.2 *Disegno e procedura*

La ricerca è stata condotta secondo un disegno longitudinale. La raccolta dei dati è stata eseguita in circa due anni, dal 2022 al 2024, presso l'ambulatorio di psico-oncologia della S.C. di Oncologia dell'Ospedale. La partecipazione allo studio veniva proposta ai pazienti che accedevano all'ambulatorio per il primo colloquio di un percorso di supporto psicologico. Coloro che accettavano compilavano il consenso informato sulla privacy (autorizzazione Comitato Etico N.84-2023). I dati erano raccolti alla fine del colloquio (T1) e dopo circa sei mesi (T2), al termine di 8 incontri. In particolare, venivano acquisite informazioni sociodemografiche, sulla malattia e sulla vita quotidiana dei pazienti, ed era indagata la salute mentale e il *benefit finding*. Per essere inclusi nello studio, i partecipanti dovevano soddisfare i seguenti criteri: essere pazienti oncologici con qualsiasi tipo di tumore maligno diagnosticato, in qualsiasi stadio della malattia, in trattamento attivo o in follow-up; avere un'età compresa tra i 18 e gli 85 anni; non aver ricevuto diagnosi di malattia neurodegenerativa o disabilità cognitiva. Al momento non è prevista una fase di follow up osservazionale.

3.3 *Strumenti*

Dati sociodemografici, di malattia e vita quotidiana. Un'intervista semi-strutturata richiedeva di indicare: età, stato civile, livello di educazione, occupazione, presenza di difficoltà economiche e abitative. Erano anche raccolte informazioni su tipologia di cancro, stadio e trattamenti in corso. Infine, erano poste domande sulla presenza di hobby strutturati e loro tipologia, e di legami amicali.

Salute mentale - misurata mediante la scala Mental Health Continuum Short-Form (MHC-SF¹⁴), uno strumento composto da 14 item su una scala Likert a 5 punti, e suddiviso in tre sotto-scale: benessere edonico, sociale e psicologico. I punteggi ottenuti possono essere utilizzati anche per valutare la presenza di salute mentale, secondo le categorie *flourishing*, *languishing* e salute mentale moderata.

Benefit finding - misurato attraverso la Benefit Finding Scale (BF¹⁵). La scala, composta di 17 *items* su scala Likert a 5 passi, indaga la percezione del contributo positivo della malattia alla sua vita. Si suddivide in tre sotto-scale: accettazione, crescita relazionale e crescita personale.

¹⁴ Keyes, 2002, 2009; Petrillo *et al.*, 2015.

¹⁵ Antoni *et al.*, 2001; Pascoe & Edvardsson, 2015.

3.4 Analisi dei dati

Sui dati raccolti, in base alla loro natura, sono state calcolate le frequenze relative o le statistiche descrittive. Successivamente, è stata indagata la normalità dei punteggi ottenuti ai questionari mediante il test Kolmogorov-Smirnov. In base a quanto ottenuto, in modo opportuno sono stati calcolati t test, test ranghi con segno di Wilcoxon o test Chi-quadro per comparare i punteggi ottenuti al T1 e al T2 o verificare la presenza di variazioni nel loro andamento nel tempo. Per ciascuno di essi sono stati calcolati gli opportuni indici di grandezza dell'effetto. Infine, sono state condotte regressioni semplici con le variabili biologiche e sociali come predittori e con i risultati ottenuti ai test al T2 o al T2-T1 come *outcome*.

4. Risultati

4.1 Salute mentale e benefit finding nel tempo

Per quanto riguarda la scala BF e MHC-SF (Tabella 2), i partecipanti hanno ottenuto valori elevati nelle sotto-scale di accettazione e di crescita relazionale, e valori moderati di crescita personale, benessere psicologico e edonico, mentre erano scarsi i punteggi nella sotto-scala di benessere sociale. Non sono emerse differenze significative nei punteggi al T1 e T2 (Tabella 2).

Per quanto riguarda la salute mentale dei pazienti¹⁶, al T1 il 41,7% dei partecipanti si descriveva *flourishing*, il 20% *languishing* e 38,3% con salute mentale moderata, mentre al T2 il 66% dei partecipanti riferiva di essere *flourishing*, il 14% *languishing* e il 20% con salute mentale moderata (Figura 3). Il test chi quadrato mostra una variazione significativa dell'andamento della salute mentale nei pazienti, con *flourishing* significativamente più frequente, e salute moderata e *languishing* significativamente meno frequente al T2 rispetto al T1 ($\chi^2(2) = 6,7$; $p = 0,04$). La dimensione dell'effetto, calcolata mediante V di Cramer, è pari a 0,25.

4.2 L'impatto delle variabili biologiche e sociali sulla salute mentale e benefit finding nel tempo

La regressione semplice con le relazioni amicali come predittore e il benessere sociale come *outcome* al T2 risultata significativa ($F(1,45) = 6,1$; $\text{Adj}R^2 = 0,1$; $p = 0,02$). In particolare, avere amicizie influenzava significativamente e positivamente il benessere sociale ($\beta = 0,34$; $t(45) = 2,46$; $p =$

¹⁶ Keyes, 2002, 2009; Petrillo *et al.*, 2015.

Tabella 2 - Punteggi medi ottenuti alle scale BF e MHC-SF al T1 e al T2 e risultati di test t e test ranghi con segno di Wilcoxon per la comparazione dei risultati nei due tempi.

BF	T1 M (SD)	T2 M (SD)	Range Valori	Test ranghi con segno di Wilcoxon	r di Wilcoxon
Accettazione	11,2 (2,5)	11,4 (2,4)	3-15	$z = -0,6$; $p = 0,50$	$r = -0,09$
Crescita relazionale	17,6 (4,1)	17,5 (4,5)	5-25	$z = -0,1$; $p = 0,95$	$r = 0,02$
Crescita personale	24,3 (4,9)	24,5 (6,0)	9-45	$z = -0,5$; $p = 0,65$	$r = -0,08$
BF complessivo	60,4 (10,8)	60,9 (13,1)	17-85	$z = -0,8$; $p = 0,41$	$r = -0,12$
MHC-SF	T1 M (SD)	T2 M (SD)	Range Valori	T test o test ranghi con segno di Wilcoxon	di Cohen o r di Wilcoxon
Benessere edonico	8,2 (3,6)	8,8 (4,2)	0-15	$t(52) = -1,6$; $p = 0,11$	$d = -0,22$
Benessere psicologico	19,2 (7,1)	20,7 (6,8)	0-30	$t(52) = -1,2$; $p = 0,23$	$d = -0,17$
Benessere sociale	8,9 (6,4)	9,1 (6,4)	0-25	$z = -0,1$; $p = 0,9$	$r = -0,02$
Benessere complessivo	36,3 (14,9)	38,7 (15,2)	0-70	$t(52) = -1,2$; $p = 0,25$	$d = -0,16$

0,02). Anche la regressione semplice con le relazioni amicali come predittore e la crescita personale al T2 come *outcome* risultava significativa ($F(1,44) = 6,4$; $\text{AdjR}^2 = 0,1$; $p = 0,02$): avere amicizie prediceva punteggi maggiori di crescita personale ($\beta = 0,36$; $t(44) = 2,5$; $p = 0,02$).

Dalle regressioni semplici con i punteggi al T2-T1 come *outcome* è risultato che lo stadio della malattia prediceva significativamente il benessere edonico ($F(1,47) = 8,8$; $\text{AdjR}^2 = 0,14$; $p = 0,005$). Nello specifico, avere un cancro metastatico o recidivato aveva un effetto positivo sul benessere edonico rispetto ad avere un cancro localizzato ($\beta = 0,40$; $t(47) = 3,0$; $p = 0,005$). Lo stadio di malattia è risultato avere un effetto significativo anche sul benessere complessivo ($F(1,47) = 5,1$; $\text{AdjR}^2 = 0,08$; $p = 0,03$): nello specifico, avere un tumore metastatico o recidivato, rispetto ad avere un cancro localizzato, aveva un effetto positivo sul benessere complessivo ($\beta = 0,31$; $t(47) = 2,3$; $p = 0,03$).

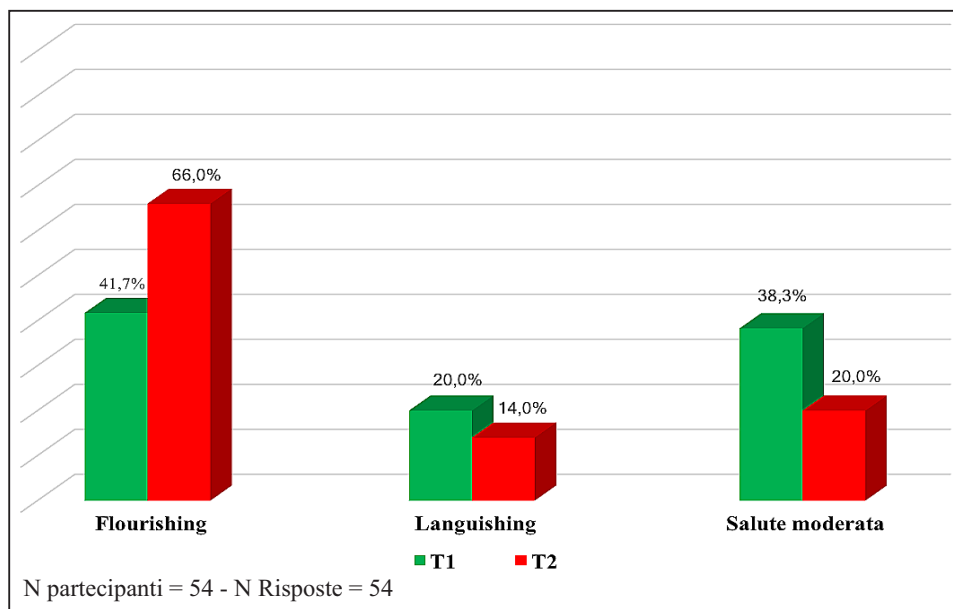


Figura 3 - Percentuale di partecipanti secondo le categorie dell'MHC-SF al T1 e al T2.

5. Discussione e Conclusioni

Dalle analisi condotte nel presente studio è stato possibile, innanzitutto, delineare una fotografia della vita quotidiana dei pazienti. In linea con le statistiche nazionali¹⁷, la maggior parte dei partecipanti aveva un cancro alla mammella; inoltre, i pazienti erano per lo più affetti da malattia localizzata e in terapia attiva. La maggioranza dei partecipanti aveva un lavoro, un partner, relazioni amicali e attività di svago strutturate.

Gli hobby più frequenti erano leggere e svolgere attività artistiche, cui seguivano attività di tempo libero dinamiche, e, infine, sociali. A questo proposito, la letteratura scientifica sottolinea come nella popolazione generale sana la presenza di un hobby rappresenti un fattore protettivo alla salute mentale¹⁸. Gli studi hanno evidenziato la distinzione tra attività ricreative strutturate e non strutturate. Le attività ricreative strutturate, come sport, attività artistiche e creative, sono caratterizzate da regole e obiettivi chiari, percezione di stimolanti opportunità di azione, e permettono di mobilitare le competenze personali e di agire in modo autonomo¹⁹. Questo processo dinamico verso la

¹⁷ Associazione Italiana di Oncologia Medica AIOM, 2024.

¹⁸ Brooks *et al.*, 2020.

¹⁹ Delle Fave *et al.*, 2011.

complessità è associato ad una ricompensa intrinseca e favorisce l'impegno a lungo termine attraverso l'acquisizione di competenze e conoscenze²⁰. In questa prospettiva, la coltivazione di hobby strutturati, svolti individualmente o praticati con altre persone, può favorire crescita personale, poiché fornisce sia divertimento sia impegno significativo.

5.1 *Salute mentale e benefit finding nel tempo*

Per quanto riguarda le dimensioni di benessere, dal questionario MHC emergevano punteggi elevati nelle dimensioni eudaimoniche, mentre punteggi medi nelle dimensioni edoniche e sociali. Non emergevano differenze significative nei punteggi medi nel tempo. Inoltre, emergeva una variazione significativa dell'andamento della salute mentale, con *flourishing* più frequente, e salute moderata e *languishing* meno frequenti al T2 rispetto al T1. A nostra conoscenza, solo uno studio ha approfondito le dimensioni di salute mentale in pazienti con cancro in terapia attiva e follow up²¹. Esso ha indagato la presenza di *flourishing* in persone affette da cancro, in follow up e in un campione di controllo, riscontrando che le probabilità di osservare salute mentale nelle persone con il cancro erano sostanzialmente inferiori rispetto negli altri due gruppi analizzati.

Dal BF emergevano punteggi elevati di accettazione e crescita personale, e moderati di crescita relazionale. In ambito oncologico non ci sono studi a nostra conoscenza in tal senso. Tuttavia, numerose ricerche sottolineano quanto la percezione di crescita personale e relazionale, e l'accettazione delle avversità incrementino il livello di benessere soggettivo e psicologico²².

5.2 *Dimensione sociale e stadiazione di malattia nel tempo: il loro impatto sulla salute mentale e benefit finding*

Dalle analisi emergono risultati sostanziali relativi alla dimensione sociale e allo stadio di malattia (pazienti con tumore localizzato vs. metastatico) come predittori di salute mentale generale.

Per quanto riguarda la prima, sebbene i pazienti nella maggior parte dei casi (63,3% delle risposte) riferissero di avere amicizie strutturate, tuttavia il tempo dedicato alle interazioni sociali risultava piuttosto marginale (circa il 20% dei partecipanti riporta l'interazione sociale come tempo libero struttu-

²⁰ *Ibidem.*

²¹ Fuller-Thomson & West, 2019.

²² Sodergren & Hyland, 2000; Delle Fave *et al.*, 2011; Skevington & McCrate, 2011.

rato). In generale, pochi studi sono condotti sugli adulti affetti da cancro riguardo al tema dell'amicizia²³. La maggior parte degli articoli in merito riguarda pazienti oncologici in età pediatrica, adolescenti e giovani adulti²⁴. Inoltre, studi sul supporto sociale fanno emergere che questo termine venga spesso utilizzato in senso ampio per indicare tanti tipi di relazioni (es. familiari o medici), senza considerare i rapporti amicali nella loro specificità²⁵.

Dalle regressioni è emerso che avere amicizie strutturate influenzasse nel tempo sia benessere sociale sia crescita personale. Questo risultato è interessante perché, oltre ad espandere la scarsa letteratura al momento disponibile sul tema dell'amicizia nei malati oncologici, suggerisce che i legami amicali influiscono non solo su un aspetto strettamente collegato alle relazioni sociali, ma anche a livello individuale. Questo dato appare in linea con una ricerca in cui è emerso che in pazienti oncologici la presenza di supporto da parte degli amici predicesse maggiore crescita post-traumatica²⁶. Nella popolazione generale, una recente review mostra che diversi aspetti dell'amicizia sono positivamente connessi a differenti misure di benessere quali felicità, soddisfazione verso la vita, benessere soggettivo e psicologico²⁷. Ciò, ancora una volta, sottolinea la necessità di ricerche che ne esaminino il ruolo anche in campo psico-oncologico. Il tema dell'amicizia risulta centrale anche per via del cosiddetto fenomeno della *pandemic of loneliness*²⁸. Da decenni, infatti, per via della forte polarizzazione della società occidentale sull'individuo, la solitudine si è diffusa al punto da poter essere considerata una vera e propria pandemia moderna²⁹. Nel 2020, con l'avvento del Coronavirus e l'imposizione di misure di quarantena per il contenimento del contagio, la solitudine si è ulteriormente diffusa ed esacerbata³⁰. Per via di questi aspetti, l'amicizia risulta ad oggi una risorsa cruciale che è necessario considerare e valorizzare tanto nella ricerca e quanto pratica clinica psicologica.

Relativamente alla gravità di malattia oncologica, le analisi evidenziavano che avere un cancro metastatico o recidivato predicesse un incremento nel benessere edonico e complessivo. Questo risultato sembra essere in contrasto con la letteratura esistente. Per quanto è a nostra conoscenza, gli studi su questo aspetto riscontrano che le persone con stadi avanzati di malattia ripor-

²³ Evans *et al.*, 2015.

²⁴ Kaluarachchi *et al.*, 2020; Sampson *et al.*, 2025.

²⁵ Hasson-Ohayon *et al.*, 2016; Prati & Pietrantonio, 2009.

²⁶ Hasson-Ohayon *et al.*, 2016.

²⁷ Pezirkianidis *et al.*, 2023.

²⁸ Jung & Lee, 2018; Killeen, 1998.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ Kovacs *et al.*, 2021.

tano uguale o minore benessere rispetto a coloro che ne sono affetti in stadi iniziali³¹. Tuttavia, quanto emerso potrebbe trovare una spiegazione negli studi condotti sul tema dell'adattamento nelle malattie croniche, a cui appartiene anche il cancro³². In queste linee di ricerca, l'adattamento è definito come un processo dinamico che si dispiega nel tempo in cui un individuo mette in atto tutti i meccanismi adattivi di cui dispone per affrontare stimoli nuovi o minacciosi, in modo costantemente influenzato da fattori individuali e ambientali³³. Il processo porta a un esito positivo e costruttivo quando la persona arriva ad adeguarsi allo stimolo, mentre, se l'allineamento non si verifica, emerge un comportamento maladattivo³⁴. Dagli studi in merito risulta che, sebbene la qualità della vita relativa alla salute sia generalmente più bassa nei pazienti con patologie croniche rispetto alle persone in salute, a livello di salute mentale la differenza tra questi individui appare meno pronunciata o addirittura assente³⁵. Secondo queste ricerche, infatti, la maggior parte dei pazienti raggiunge uno stato di adattamento psicologico positivo alla propria condizione cronica. Solo per una minore percentuale, pari a circa il 30%, la fase di adattamento è maggiormente prolungata e infausta³⁶. In linea con questi risultati, è possibile supporre che sul lungo periodo (i sei mesi dello studio), le persone con cancro metastatico abbiano ormai strutturato la loro vita intorno al tumore, smettendo di considerarlo come un nemico da combattere e riuscendo maggiormente a concentrarsi sugli aspetti piacevoli della vita quotidiana. Questa spiegazione può essere utile ancora una volta per comprendere i punteggi ottenuti dai partecipanti alle scale BF e MHC, che sono risultati elevati o moderati. In tal senso, questi risultati corroborano la letteratura in merito e contribuiscono al supporto di questa prospettiva in campo psico-oncologico.

5.3 Limiti dello studio e punti di forza

Il presente studio ha diversi punti di forza. Si tratta di uno studio che indaga temi ancora poco approfonditi in ambito psico-oncologico. Inoltre, il disegno longitudinale applicato ha permesso di effettuare analisi di predizione. I risultati hanno interessanti implicazioni pratiche: la rilevazione di pattern di predizione diversi per i differenti aspetti della salute mentale e del *benefit fin-*

³¹ Burgess *et al.*, 2005; Kissane *et al.*, 2004; Rosenfeld *et al.*, 2004; Simon *et al.*, 2009.

³² Delle Fave *et al.*, 2011; Ebrahimgol *et al.*, 2025.

³³ Ebrahimgol *et al.*, 2025.

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ Sprangers *et al.*, 2000; van't Spijker *et al.*, 1997.

³⁶ Taylor & Aspinwall, 1996; De Ridder *et al.*, 2008.

ding può informare la pratica dei professionisti della salute al fine di fornire un supporto specifico ai pazienti oncologici in base ai loro bisogni e alle loro esigenze.

Nonostante questo, la ricerca presenta anche dei limiti. La dimensione campionaria è, infatti, ridotta, e il campione non è rappresentativo della popolazione dei malati oncologici. Ricerche successive potrebbero indagare il ruolo di variabili biopsicosociali nel campo della psicologia positiva in campioni maggiormente rappresentativi, su persone affette da specifici tipi di cancro o esaminare l'impatto di altri aspetti che possono essere rilevanti nella vita dei pazienti.

5.4 Conclusioni

Il presente studio ha affrontato un argomento di ricerca innovativo nell'ambito della salute, indagando longitudinalmente la salute mentale e il *benefit finding* di pazienti oncologici, e i fattori biologici e sociali che intervengono al loro potenziamento. A nostra conoscenza, nessuno studio è stato finora condotto su questo argomento e attraverso questi strumenti di valutazione.

Complessivamente, in linea con il Dual Continua Model, questi risultati mettono in evidenza la presenza di pattern di predizione specifici per i singoli *outcome* di benessere considerati, evidenziando la specificità e peculiarità dei diversi aspetti del benessere.

Da una prospettiva generale, lo scopo di questo studio non è stato quello di trarre conclusioni definitive, quanto piuttosto di suggerire nuove direzioni di ricerca. Negli ultimi decenni sono stati compiuti diversi sforzi per chiarirne la struttura e il rapporto della salute con la malattia mentale³⁷. Nonostante la persistente enfasi sulla malattia, soprattutto nel campo dell'intervento, la necessità di prestare attenzione alla "salute e al benessere mentale positivi", in linea con la prospettiva della Psicologia Positiva, è stata recentemente sottolineata da un pool di esperti di ricerca europei, attraverso il ROAMER Project³⁸, un progetto triennale della Commissione Europea nell'ambito del Settimo Programma Quadro per creare un programma di promozione e integrazione della ricerca sulla salute mentale e il benessere in tutta Europa.

L'analisi di un profilo funzionale globale e complesso dei partecipanti permette ai clinici (psicologi, medici e infermieri) di formulare modelli di intervento focalizzati sulle risorse individuali e sulla prevenzione di alti livelli

³⁷ Lee & Mayor, 2023.

³⁸ Forsman *et al.*, 2015.

di stress, di disagio psicologico e psichiatrico. Inoltre, le informazioni sulla percezione della vita quotidiana dei malati di cancro, sulle loro opportunità di azione e di sviluppo, e sulle loro relazioni sociali, sono essenziali per progettare programmi di intervento multidisciplinare incentrati sulle risorse individuali e non sulle aspettative sociali. Questo studio è rilevante in questa prospettiva in quanto mira ad individuare un'efficace corrispondenza tra bisogni psicofisici, potenzialità individuali, e opportunità sociali per la costruzione o il mantenimento di una buona qualità della vita attraverso programmi che possono essere implementati dai responsabili sanitari.

Bibliografia

- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... e Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health psychology*, 20(1), 20.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. *New perspectives on mental and physical well-being*, 12-37.
- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). (2023). *Linee guida. Assistenza psicosociale dei malati oncologici*. Edizione 2023.
- Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM). (2024). *I numeri del cancro in Italia 2024*.
- Brooks, S. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., e Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 312-320.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five-year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP), e Lance Armstrong Foundation. (2004). *A national action plan for cancer survivorship: Advancing public health strategies*.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246-255.
- Delle Fave, A., Massimini, F., e Bassi, M. (2011). *Psychological selection and optimal experience across cultures: Social empowerment through personal growth* (vol. 2). Springer Science & Business Media.
- Ebrahimgol, F., Khanjani, M. S., Abdi, K., Aarabi, M. A., & Latifian, M. (2025). Psychological Adjustment Measures for Chronic Illness: A Narrative Review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 20(2), 241.
- Evans, R., Mallet, P., Bazillier, C., e Amiel, P. (2015). Friendship and cancer. *Reviews in Health Care*, 6(2), 53-65.
- Forsman, A. K., Wahlbeck, K., Aarø, L. E., Alonso, J., Barry, M. M., Brunn, M., ... e Värnik, A. (2015). Research priorities for public mental health in Europe: recom-

- mendations of the ROAMER project. *The European Journal of Public Health*, 25(2), 249-254.
- Fuller-Thomson, E., e West, K. J. (2019). Flourishing despite a cancer diagnosis: Factors associated with complete mental health in a nationally representative sample of cancer patients aged 50 years and older. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1263-1274.
- Getie, A., Ayalneh, M., e Bimerew, M. (2025). Global prevalence and determinant factors of pain, depression, and anxiety among cancer patients: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC psychiatry*, 25(1), 156.
- Grassi, L., Caruso, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., ... e ESMO Guidelines Committee. (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO open*, 8(2), 101155.
- Hanahan, D. (2014). Rethinking the war on cancer. *The Lancet*, 383(9916), 558-563.
- Hasson-Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., Goldzweig, G., Levi, R., Pizem, N., e Kaufman, B. (2016). The need for friendships and information: dimensions of social support and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Palliative & supportive care*, 14(4), 387-392.
- Hefferon, K., Greal, M., e Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life-threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British journal of health psychology*, 14(2), 343-378.
- Jones, P., e Drummond, P. D. (2021). A summary of current findings on quality-of-life domains and a proposal for their inclusion in clinical interventions. *Frontiers in psychology*, 12, 747435.
- Jung, Y. K., e Lee, J. H. (2018). A study on concept analysis of loneliness. *Journal of Korean Clinical Health Science*, 6(2), 1097-1105.
- Kaluarachchi, T., McDonald, F., Patterson, P., e Newton-John, T. R. (2020). Being a teenager and cancer patient: What do adolescents and young adults with cancer find valuable and challenging with their friends and cancer peers? *Journal of psychosocial oncology*, 38(2), 195-209.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95.
- (2009). Mental Health Continuum-Short Form. *Assessment*. <https://doi.org/10.1037/t30592-000>.
- Mental Health Continuum-Short Form. *Assessment*. <https://doi.org/10.1037/t30592-000>.
- (2017). The dual continua model: The foundation of the sociology of mental health and mental illness. In T. L. Scheid e E. R. Wright (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems (3rd ed)*. Pp. 66-81. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316471289.007>.
- Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of advanced nursing*, 28(4), 762-770.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S., e Smith, G. C. (2004).

- Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 320-326.
- Kobau, R., Seligman, M. E., Peterson, C., Diener, E. D., Zack, M. M., Chapman, D., e Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *American journal of public health*, 101(8), e1-e9.
- Kovacs, B., Caplan, N., Grob, S., e King, M. (2021). Social networks and loneliness during the COVID-19 pandemic. *Socius*, 7, 2378023120985254.
- Lee, M. T., e Mayor, I. (2023). Health and flourishing: An interdisciplinary synthesis. *Human flourishing: A multidisciplinary perspective on neuroscience, health, organizations and arts*, 49-68.
- Marzorati, C., Riva, S., e Pravettoni, G. (2016). Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions. *Journal of Cancer Education*, 32, 228-237.
- Pascoe, L., e Edvardsson, D. (2015). Psychometric properties and performance of the 17-item Benefit Finding Scale (BFS) in an outpatient population of men with prostate cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 169-173.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., e Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social indicators research*, 121(1), 291-312.
- Pezirkianidis, C., Galanaki, E., Raftopoulou, G., Moraitou, D., & Stalikas, A. (2023). Adult friendship and wellbeing: A systematic review with practical implications. *Frontiers in psychology*, 14, 1059057.
- Prati, G., e Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, 14(5), 364-388.
- Rosenfeld, B., Roth, A. J., Gandhi, S., e Penson, D. (2004). Differences in health related quality of life of prostate cancer patients based on stage of cancer. *Psycho-Oncology*, 13(11), 800-807.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., e Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Sampson, R., McDonald, F. E., O. Mancini, V., M. McEvoy, P., e L. Finlay-Jones, A. (2025). The Role of Friends in Supporting Young People with Cancer: A Scoping Review. *Psycho-Oncology*, 34(2), e70107.
- Sartori, R.D.G., Airolidi, C., Dalu, D., Biscaldi, V., Cona M.S., Gambaro, A., Ruggieri, L., Amato, O., Fasola, C., Ferrario, S., Dell'Osso, B., Viganò, C.A., e La Verde, N.M. (2024). Staging of psychiatric disorders in patients with limited and advanced/metastatic solid cancer: a pilot study. American Society of Clinical Oncology 2024 (ASCO 2024). Available at: <https://meetings.asco.org/abstracts-presentations/231802>.
- Simon, A. E., Thompson, M. R., Flashman, K., e Wardle, J. (2009). Disease stage and psychosocial outcomes in colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 11(1), 19-25.

- Skevington, S. M., e McCrate, F. M. (2011). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health expectations*, 15(1), 49-62.
- Sodergren, S. C., e Hyland, M. E. (2000). What are the positive consequences of illness? *Psychology and Health*, 15(1), 85-97.
- Sprangers, M. A. G., de Regt, E. B., Andries, F., Van Agt, H. M. E., Bijl, R. V., de Boer, J. B., Foets, M., ... & Bonsel, G. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(9), 895-907.
- Taylor SE, Aspinwall LG. Psychosocial aspects of chronic illness. In: Costa PT, VandenBos GR, eds. Psychological aspects of serious illness: chronic conditions, fatal diseases, and clinical care. Washington, DC: American Psychological Association, 1996: 7-60.
- Thambyrajah, C., Herold, J., Altman, K., e Llewellyn, C. (2010). "Cancer doesn't mean curtains": Benefit finding in patients with head and neck cancer in remission. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(6), 666-682.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 280-293.

ABSTRACT

In ambito psico-oncologico ancora scarsa è la letteratura che descrive risorse e benessere psicologico individuando i fattori biologici e sociali che promuovono la salute mentale nei pazienti.

Il presente studio ha indagato longitudinalmente l'impatto di alcune dimensioni biologiche e sociali su salute mentale e benefit finding in pazienti oncologici con tumore localizzato e metastatico.

La ricerca è stata condotta dal 2022 al 2024 su 54 pazienti, per lo più donne (85%, età media = 56,8 anni, DS = 13,4), con tumore al seno (68,4%), localizzato (80%) ed in terapia attiva (98,3%). Sono stati raccolti dati sociodemografici e di malattia durante il primo colloquio di un percorso di supporto psicologico (T1) e dopo circa sei mesi (T2). Sono stati, inoltre, somministrati: Mental Health Continuum Short-Form e Benefit Finding Scale. Sono state calcolate statistiche descrittive, regressioni semplici con i dati al T2 e le differenze T2-T1 come outcome.

Dalle regressioni lineari è emerso che avere amicizie influenzava positivamente benessere sociale ($\beta = 0,34$, $p = 0,02$, AdjR2 = 0,1) e crescita personale al T2 ($\beta = 0,36$, $p = 0,02$, AdjR2 = 0,12). Sorprendentemente, avere un cancro metastatico aveva un effetto positivo sul benessere edonico ($\beta = 0,39$, $p = 0,005$, AdjR2 = 0,14) e totale ($\beta = 0,31$, $p = 0,03$, AdjR2 = 0,08) al T2-T1.

In linea con il Dual Continua Model, i risultati evidenziano la presenza di predittori differenti per gli outcome considerati, e la necessità di intervenire su fattori specifici per fornire un supporto mirato.

The psycho-oncological literature on resources and psychological well-being is limited, especially regarding the biological and social factors that promote mental

health in patients. This study investigated the longitudinal impact of biological and social dimensions on mental health and benefit finding in patients with localized and metastatic tumors.

Data were gathered between 2022 and 2024 among 54 patients, mostly women (85%, mean age = 56.8 years, SD = 13.4), with localized (80%) breast cancer (68.4%), and undergoing active therapy (98.3%). Sociodemographic and disease information were collected during the first consultation of a psychological support program (T1) and approximately six months later (T2). Additionally, the Mental Health Continuum Short-Form and the Benefit Finding Scale were administered. Descriptive statistics, simple regressions with data from T2 and from T2-T1 as outcomes were calculated.

Linear regressions showed that having friendships positively influenced social well-being ($\beta = 0.34$, $p = 0.02$, $\text{AdjR}^2 = 0.1$) and personal growth at T2 ($\beta = 0.36$, $p = 0.02$, $\text{AdjR}^2 = 0.12$). Surprisingly, having metastatic cancer had a positive effect on hedonic well-being ($\beta = 0.39$, $p = 0.005$, $\text{AdjR}^2 = 0.14$) and total well-being ($\beta = 0.31$, $p = 0.03$, $\text{AdjR}^2 = 0.08$) at T2-T1.

In line with the Dual Continua Model, these results highlight different predictors for the outcomes, emphasizing the need to address specific factors to provide targeted support.