

Intervento psicoeducazionale di gruppo per pazienti prostatectomizzati: uno studio pilota in Italia

A. TOCCAFONDI¹, A. BONACCHI^{1,2}, G. MICCINESI³, M.G. MURACA⁴, S. DELLA CORTE⁵,
M. OTTAVIANO⁵, A. LAPINI⁶, D. VILLARI⁷, B. BIGAZZI⁷, P. ASSALONE⁸, L. MARCHI^{9,10},
C. CONVERSANO⁹, M. MANCINO¹¹, G. FRANCHI¹

RIASSUNTO

Sono stati condotti tre focus groups (FGs) con 16 pazienti prostatectomizzati di tre Centri Oncologici. La maggior parte dei pazienti ha espresso il bisogno di più informazioni, soprattutto sugli effetti collaterali dei trattamenti, la necessità di un approccio multidisciplinare nel percorso di cura, di essere trattati da un punto di vista olistico e l'importanza dell'assistenza post-chirurgia anche con un supporto psicologico.

Sulla base di quanto emerso dai FGs, sono stati condotti tre interventi psicoeducazionali di gruppo suddivisi in 3 incontri con 16 pazienti (tasso di aderenza 95.8%). Ricevere informazioni mediche e condividere la propria esperienza di malattia con altri pazienti, sono i principali benefici citati dai pazienti al termine dell'intervento.

I gruppi psicoeducazionali sono interventi a basso costo, facili da organizzare e ben accettati dai pazienti prostatectomizzati. Sarebbe auspicabile che fossero effettuati all'interno delle Prostate Cancer Units con cadenza regolare per soddisfare i bisogni informativi e psicologici dei pazienti.

PAROLE CHIAVE: cancro alla prostata; gruppi psicoeducazionali; bisogni insoddisfatti; approccio multidisciplinare.

SUMMARY

Three focus groups (FGs) were conducted with 16 prostatectomy patients in three Oncological Centers. Most patients expressed the need to receive more information, in particular about treatments' side effects. They also felt the need for a multidisciplinary approach during the care process and the wish to be treated from a holistic point of view. Patients stressed the importance to be cared after the surgery and receive psychological support.

According to the FGs results, three psychoeducational groups interventions divided into 3 sessions were conducted with 16 patients (adherence rate 95.8%). Having received medical information and shared their disease experience with peers were the most cited benefits by patients at the end of the intervention.

Psychoeducational groups are low cost intervention, easy to manage and well accepted by prostatectomy patients. In this sense, they may be carried out regularly within the Prostate Cancer Units to meet informational and psychological needs of patients.

KEY WORDS: prostate cancer; psychoeducational groups; unmet needs; multidisciplinary approach.

Introduzione

Il carcinoma prostatico è per diffusione il quarto tumore in assoluto nel mondo ed il secondo nel genere maschile (1). Per quanto riguarda il contesto italiano, esso costituisce la neoplasia più frequente tra gli uomini, rappresentando oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati dall'età di 50 anni (2). Nel corso degli anni la sopravvivenza è notevolmente aumentata, specialmente per le forme rilevate precocemente; tuttavia i pazienti si trovano a confrontarsi spesso con una serie di complicanze legate alla malattia ed alle terapie quali problemi urinari ed intestinali, disfunzioni ormonali e compromissione delle funzioni sessuali (3). Fino ad un terzo dei pazienti riporta elevato distress psicologico, con un rischio di suicidio fino a 4 volte maggiore

¹ Centro Riabilitazione Oncologica, Ce.Ri.On, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Firenze

² Centro Studi e Ricerca Synthesis, Associazione Sul Sentiero, Firenze

³ U.O. Epidemiologia clinica e descrittiva - Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica ISPRO

⁴ Centro Riabilitazione Oncologica, Ce.Ri.On, Istituto per lo Studio, la

Prevenzione e la Rete Oncologica ISPRO

⁵ Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Sezione di Isernia

⁶ Prostate Unit - Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze

⁷ Università di Firenze, Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, Firenze

⁸ U.O. Oncologia Asrem-Ospedale F. Veneziale, Isernia

⁹ Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa

¹⁰ Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Sezione di Pisa

¹¹ UO Radioterapia - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Indirizzo per la corrispondenza:

Alessandro Toccafondi

E-mail: alessandro.toccafondi@yahoo.com

rispetto agli uomini della stessa età non affetti da patologia oncologica (4), ed una ridotta qualità di vita specialmente nell'ambito della sessualità (5). Una qualche forma di disfunzione sessuale è presente infatti fino al 90% dei pazienti che sono sottoposti a prostatectomia radicale e fino all'85% di coloro che hanno fatto radioterapia (6). È stato rilevato come le disfunzioni sessuali secondarie alle terapie possano influenzare negativamente il senso di identità maschile, aumentando il distress psicologico (7). Oltre alla sfera sessuale, gli studi indicano altri bisogni insoddisfatti in oltre il 50% dei pazienti, anche a distanza di anni dalla diagnosi: bisogni di tipo psicologico in senso ampio, bisogni di informazione e nella relazione con i curanti. Alcuni fattori sembrano essere correlati ad una maggiore probabilità di riportare tali bisogni: giovane età, livello educativo inferiore ed essere stati sottoposti ad operazione chirurgica (8).

Vari interventi psicologici sono stati sviluppati per migliorare i livelli di distress, ansia, depressione, aumentare l'autoefficacia e la qualità di vita in questa popolazione di pazienti (9). Tra questi rientrano i gruppi psicoeducazionali che si basano sul razionale che fornire ai pazienti adeguate informazioni e conoscenze circa la malattia e le terapie, insieme ad un supporto emotivo in gruppo con la conduzione di un professionista, possa avere un effetto positivo sulla qualità di vita dei pazienti (10). La maggior parte degli studi che hanno indagato l'efficacia degli interventi psicologici in pazienti con tumore alla prostata è stata condotta con persone bianche negli Stati Uniti. In una Cochrane review del 2015 sull'argomento, solo uno, dei 19 studi esaminati, era stato condotto in Europa. Come sostenuto dagli stessi Autori, la generalizzabilità dei risultati di questi interventi è pertanto limitata (11). La valutazione di questi interventi anche in altri contesti sociali è di conseguenza raccomandata (12).

Con questo studio abbiamo voluto affrontare in Italia il tema dei bisogni insoddisfatti dei pazienti con carcinoma prostatico e valutare, per la prima volta nel nostro paese, la fattibilità di un programma psicoeducazionale di gruppo specifico per pazienti prostatectomizzati.

Materiali e metodi

Il presente studio multicentrico ha ottenuto i pareri favorevoli dei Comitati etici delle strutture coinvolte ed ogni paziente ha ricevuto un'informativa sullo studio e

firmato un consenso scritto per la partecipazione alla ricerca. Sono stati inclusi nello studio pazienti con tumore alla prostata sottoposti a prostatectomia. Criteri di esclusione: età superiore ai 90 anni, diagnosi psichiatrica, compromissione cognitiva. La ricerca si è composta di due fasi: conduzione di Focus Groups (FGs) e, successivamente, interventi psicoeducazionali di gruppo.

Sono stati condotti tre FGs di circa 2 ore con un totale di 16 pazienti (6 pazienti a Firenze, 7 ad Isernia e 3 a Pisa). I FGs sono stati facilitati dai ricercatori A.T, S.D.C e L.M. Gli incontri erano finalizzati alla comprensione dei bisogni dei pazienti attraverso un'intervista semi-strutturata creata *ad hoc*; l'intervista era basata sulle 5 aree dei bisogni individuate dall'analisi fattoriale del questionario per la valutazione dei bisogni dei pazienti oncologici, il *Needs Evaluation Questionnaire* (NEQ) (13, 14): bisogni di informazione, bisogni di assistenza e di cure, bisogni relazionali, bisogni materiali ed economici, bisogni di supporto emotivo. I FGs sono stati registrati e trascritti *verbatim* in forma anonima. Come metodo di analisi è stata utilizzata l'analisi tematica (15). Le trascrizioni dei FGs sono state esaminate e codificate indipendentemente da due ricercatori A.T e A.B. I rispettivi *coding* sono stati successivamente comparati e discussi tra i ricercatori fino al raggiungimento di un accordo.

Sulla base delle informazioni raccolte nei FGs sono stati organizzati tre interventi psicoeducazionali, strutturati in 3 incontri di gruppo seguendo il format riportato in Tabella 1. L'intervento è basato sul modello proposto da Fawzy et al. (16), inizialmente pensato per pazienti con melanoma ma in seguito esteso ad altre patologie oncologiche. Tutti gli incontri sono stati coordinati da uno psico-oncologo. Durante gli incontri degli specialisti urologi hanno discusso con i pazienti le tematiche specifiche della loro disciplina in relazione al cancro alla prostata (circa 1 ora). Successivamente, con la facilitazione dello psico-oncologo, i pazienti hanno discusso quanto appreso dall'intervento dello specialista in relazione alla loro esperienza di malattia (circa 1 ora).

La fattibilità dello studio è stata valutata in base sia alla percentuale di pazienti che, tra tutti quelli a cui è stato chiesto di partecipare ai gruppi psicoeducazionali, vi hanno preso parte (tasso di partecipazione), sia alla percentuale dei partecipanti che hanno completato l'intervento (tasso di aderenza). Alla fine dell'ultimo incontro sono state somministrate ai pazienti 4 domande di soddisfazione sugli incontri (risposte su scala analogica 1-10). Inoltre è stato chiesto

TABELLA 1 - FORMAT DEGLI INCONTRI PSICOEDUCAZIONALI DI GRUPPO PER PAZIENTI PROSTATECTOMIZZATI.

Incontri	Organizzazione e contenuti
I Incontro	<p style="text-align: right;"><u>1^a Fase</u></p> <p>Durata: 50-60 minuti Conduzione: urologo Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduzione e presentazione degli incontri - Il cancro alla prostata: aspetti clinici e trattamenti - La gestione dell'incontinenza
	<p style="text-align: right;"><u>2^a Fase</u></p> <p>Durata: 50-60 minuti Conduzione: psico-oncologo Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussione tra i partecipanti delle tematiche discusse nella prima fase e condivisione delle esperienze personali
II Incontro	<p style="text-align: right;"><u>1^a Fase</u></p> <p>Durata: 50-60 minuti Conduzione: urologo Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'impatto del cancro alla prostata e dei trattamenti sulla funzionalità sessuale - La funzione erettile e la disfunzione erettile - Interventi per migliorare la funzionalità sessuale nei pazienti con tumore alla prostata
	<p style="text-align: right;"><u>2^a Fase</u></p> <p>Durata: 50-60 minuti Conduzione: psico-oncologo Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussione tra i partecipanti delle tematiche discusse nella prima fase e condivisione delle esperienze personali
III Incontro	<p style="text-align: right;"><u>1^a Fase</u></p> <p>Durata: 50-60 minuti Conduzione: psico-oncologo Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reazioni psicologiche al tumore alla prostata ed ai trattamenti - La comunicazione con il partner e con i membri della famiglia
	<p style="text-align: right;"><u>2^a Fase</u></p> <p>Durata: 50-60 minuti Conduzione: psico-oncologo Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussione tra i partecipanti delle tematiche discusse nella prima fase e condivisione delle esperienze personali - Revisione del corso, condivisione degli apprendimenti e degli obiettivi raggiunti
	<p style="text-align: right;"><u>3^a Fase</u></p> <p>Durata: 15 minuti Conduzione: psico-oncologo Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ai pazienti è stato chiesto di scrivere sulla loro esperienza di partecipazione all'intervento psicoeducazionale di gruppo

loro di rispondere per scritto a delle domande aperte sulla loro esperienza: 1. se avessero trovato beneficio a partecipare ai gruppi; 2. il significato che questa

esperienza ha avuto in questa fase della loro vita; 3. come si fossero sentiti a discutere con persone che vivevano la loro medesima situazione.

Risultati

In seguito alla codifica dei FGs sono emersi alcuni temi che i pazienti hanno riportato come importanti in riferimento alla loro esperienza (Tabella 2). In primo luogo, quasi tutti i pazienti evidenziano l'importanza di ricevere adeguate informazioni sulla malattia, la prognosi, le terapie e loro effetti collaterali, in particolar modo sulle complicanze sessuali. Inoltre chiedono che tali informazioni siano trasmesse all'interno di una relazione di fiducia con il medico, sottolineando il valore della comunicazione medico-paziente per la quale vanno pensati modi e tempi adeguati. Ricevere informazioni appropriate consente ai pazienti di prepararsi agli interventi terapeutici che spesso portano con sé importanti effetti collaterali. Questo vale anche quando alle informazioni seguono le raccomandazioni del chirurgo che rendono la scelta dell'intervento difficile da eludere (Estratti P1 e P2). Un altro bisogno emerso è quello di una presa in carico multidisciplinare durante il percorso di cura: essere seguiti da più figure professionali che interagiscono tra di loro al fine di soddisfare i bisogni dei pazienti nella loro globalità. Altra tematica è quella dell'impatto della malattia e delle terapie sul piano psicologico, con la necessità di un aiuto specialistico per essere sostenuti in questa delicata fase di vita. Alcuni pazienti hanno anche manifestato l'esigenza che vi sia maggiore attenzione alla fase post chirurgica, al ritorno alla quotidianità ed alla qualità di vita.

Complessivamente sono stati invitati a partecipare ai gruppi psicoeducazionali 26 pazienti (13 a Firenze; 6 ad Isernia; 7 a Pisa). Di questi 16 hanno preso parte agli incontri - 8 a Firenze, 4 a Isernia, 4 a Pisa - (Tabella 3) con un tasso di partecipazione complessivo all'iniziativa del 61,5%. L'aderenza agli incontri è stata del 95,8%; due persone, una nel gruppo condotto a Firenze ed una nel gruppo condotto ad Isernia, hanno partecipato a due incontri dei tre previsti. Dei 16 pazienti che hanno partecipato ai gruppi, 15 hanno risposto alle domande di gradimento sugli incontri su una scala analogica 1-10. Il 93,3% ha valutato soddisfacenti (giudizio tra 8 e 10) le informazioni ricevute negli incontri; l'80,0% ha ritenuto utile la partecipazione ai gruppi in base agli attuali bisogni; l'86,7% ha valutato complessivamente efficaci gli incontri ed il 100% dei soggetti raccomanderebbe ad altri pazienti la partecipazione ai gruppi psicoeducazionali. Dalle risposte dei pazienti alle domande aperte somministrate all'ultimo incontro,

emergono due principali temi: 1) l'importanza di aver ricevuto informazioni da parte dei professionisti (P4: *"Conoscere delle cose che prima non mi erano chiare. Vuoi sotto l'aspetto urologico e andrologico"*); 2) l'utilità di confrontarsi con persone che vivevano la medesima condizione (P9: *"Ho trovato molto beneficio perché ritengo che parlare di questo problema sia un bene. Conoscere altre persone che condividono la stessa malattia aiuta a confrontarsi e a tranquillizzarsi. È stato importante anche perché ho visto come gli altri reagiscono a questo problema"*); P6: *"Ho imparato tante cose di collettività importanti e mi sono aperto, anche se sono un po' timido"*; P10: *"Un momento di evasione dalla mia solitudine e condivisione con altri della mia esperienza"*).

Discussione

La letteratura sui pazienti con tumore alla prostata evidenzia tre tipi di conoscenze da essi ricercate: informazioni mediche su malattia e trattamenti, informazioni esperienziali da parte di altri pazienti ed informazioni sulle strutture sanitarie e l'esperienza, la reputazione e la formazione dei medici (17). I pazienti che hanno partecipato ai nostri FGs hanno posto l'accento soprattutto sul primo aspetto, in particolar modo sugli effetti collaterali delle terapie. La soddisfazione di tale bisogno appare rilevante in quanto è stato evidenziato che la scarsa conoscenza della malattia e dei trattamenti porta i pazienti a sentire un minor controllo sulla malattia ed è associata ad un incremento dello stato di incertezza, condizione che a sua volta tende ad innalzare i livelli di stress ed ansia (18) ed a peggiorare la qualità di vita del paziente e del partner (19). Alcuni pazienti nei FGs hanno espresso l'importanza di fidarsi del proprio medico, dando meno peso alle informazioni trasmesse. È possibile che sperimentare una relazione aperta ed empatica con il proprio medico riduca il bisogno informativo in virtù della fiducia riposta nell'esperto (20). Vari spunti emergono dai FGs in relazione alla necessità di ricevere un supporto psicologico dopo l'intervento chirurgico. Questo bisogno appare nella letteratura costantemente insoddisfatto; infatti, benché sia stato visto che una percentuale fino al 20% dei pazienti dopo la prostatectomia necessiterebbe di un supporto psico-oncologico (21), l'impatto psicologico del tumore e dei trattamenti rimane sottovalutato, in particolare nel lungo periodo (22).

TABELLA 2 - TEMI EMERSI DAI FOCUS GROUPS.

Temi	Estratti dai focus groups
L'importanza dell'informazione e del rapporto di fiducia con i curanti	<p>P1: <i>“C'è una legge che impone il consenso informato, questo non deve essere secondo me una procedura burocratica ma deve essere una fase importante in cui il medico trasmette tutte le informazioni senza ometterne nessuna [...]”.</i></p> <p>P11: <i>“Innanzitutto sulla prognosi, sapere che cos'è, come si manifesta, cosa può comportare, gli effetti collaterali perché, questi ultimi, influiscono sul quotidiano. Mi è stato spiegato tutto ma non mi è stato detto degli effetti collaterali e l'influenza sul quotidiano”.</i></p> <p>P6: <i>“Il fatto che oggi i medici non ti tocchino più, nella migliore delle ipotesi c'è l'infermiere, si affidano a tutte queste cose costosissime [...] è un deficit anche comunicativo non solo relativo alla diagnostica”.</i></p> <p>P1: <i>“Non avrebbe cambiato molto, perché quando ti mettono di fronte a "bere o affogare", dice vuoi provare dato che sei giovane, vuoi provare a buttare in là la palla a mantenere diciamo la tua salute più a lungo possibile, o ci rinunci? Chiaramente uno dice proviamoci, per cui l'aspetto informativo sarebbe importante ma non credo pregiudizievole poi per la scelta”.</i></p> <p>P2: <i>“Come diceva P1, non è che cambia molto, perché quando ti dicono che un tumore è diventato aggressivo, è chiaro che la scelta dell'intervento la fai comunque non è che ti metti a pensare [...] però attenzione saperlo o non saperlo che devi rinunciare alla sfera sessuale cambia qualcosa. Io non ero preparato [...]”.</i></p> <p>P7: <i>“Non so se per il paziente è importante essere a conoscenza perché io credo che debba fidarsi del medico dato che le spiegazioni tecniche sono difficili da comprendere [...]”.</i></p> <p>P3: <i>“Sono andato convinto più che altro perché ho avuto quasi la necessità di avere fiducia nella persona che mi ha trattato”.</i></p>
Il bisogno di una presa in carico multidisciplinare	<p>P2: <i>“Affrontare in termini più complessivi, uscendo dalla specificità del chirurgo e gli altri operatori medici [...] l'uomo che sta dietro questi problemi, tenendo presente le problematiche complessive che dobbiamo affrontare”.</i></p> <p>P1: <i>“Servirebbe secondo me un approccio più olistico, nel senso che abbiamo sempre come interlocutore uno specialista [...] con conoscenza dei protocolli, ma hanno una visione molto limitata al proprio ambito e nessuno di questi è in grado di fare una informazione a tutto tondo sulle varie opportunità”.</i></p> <p>P6: <i>“Oltre il protocollo c'è anche la persona, con la sua personalità”.</i></p>
L'impatto psicologico della malattia e dei trattamenti	<p>P2: <i>“Io oggi mi sento menomato, oggi che vivo da solo e vorrei ricostruire una vita affettiva questo aspetto è duro, io non riesco a propormi”.</i></p> <p>P5: <i>“Ci vorrebbe un supporto [...] forse anche degli psicologi, perché spesso io passo delle giornate dove sono molto nervoso e mi metto a riflettere e dico, la causa è [...] il non sentirti più uomo, più niente, non sei più niente”.</i></p> <p>P10: <i>“[...] ci sia bisogno anche dello psicologo perché questa malattia incide molto sulla psiche in quanto crea problemi a livello psicologico”.</i></p> <p>P16: <i>“Secondo me è importante che le persone siano informate anche su quanto l'ansia incide sull'incontinenza e sulla sessualità, [...] l'umore secondo me è importantissimo, incide moltissimo sull'evoluzione della sintomatologia conseguente al trattamento o all'intervento chirurgico”.</i></p>
Maggiore attenzione alla fase post-chirurgica	<p>P4: <i>“Io sarò sempre grato al chirurgo che mi ha operato perché mi ha allungato la vita di 10 anni, però la qualità [...] Si pensa all'intervento e che vada bene quello, poi passati i 4-5 giorni del post operatorio ... il chirurgo se ne lava le mani, è lì che dovrebbe subentrare una nuova assistenza [...] trovarsi in compagnia di persone e scambiarsi le nostre opinioni mi fa stare meglio e questo parlando con degli psicologi o altri specialisti [...] parlare della qualità della vita che si manifesta dopo questi interventi che sono mutilanti”.</i></p> <p>P3: <i>“Io ho anche bisogno di percepire, non solo le prospettive di vita, vorrei programarmi anche i rapporti con gli altri, con la moglie, i figli e così via”.</i></p>

TABELLA 3 - CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E CLINICHE DEI PARTECIPANTI AI GRUPPI PSICOEDUCAZIONALI.

	Partecipanti	
	N	%
Partecipanti	16	-
Età (media)	68,3 ± 6,9	-
Stato civile		
Coniugato	13	81,3
Celibe	1	6,3
Divorziato	1	6,3
Vedovo	1	6,3
Educazione		
Elementari	3	18,8
Medie inferiori	3	18,8
Medie superiori	7	43,8
Università	3	18,8
Professione		
Pensionato	12	75,0
Operaio	2	12,5
Lib, Professionista	1	6,3
Impiegato	1	6,3
Trattamenti ricevuti		
Inter. Chirurgico	16	100,0
Radioterapia	6	37,5
Ormonoterapia	3	18,8
Chemioterapia	1	6,3
Mesi dalla diagnosi	41,1 ± 37,2	-

Scopo di questo studio era anche quello di valutare la fattibilità di gruppi psicoeducazionali per pazienti prostatectomizzati. In questo studio poco meno dei 2/3 delle persone invitate a partecipare ai gruppi vi ha preso parte e l'aderenza agli incontri è stata del 95,8%. Questo risultato appare positivo considerando la difficoltà di reclutamento in questa popolazione di pazienti e l'alto *drop-out* riportato negli studi. Una review sugli interventi psicosociali per pazienti con tumore alla prostata riporta un tasso di abbandono tra il 15 ed il 20% (11). Oltre all'alta adesione agli incontri si è osservata una buona soddisfazione dei pazienti. Nelle risposte scritte al termine dell'intervento si evi-

denzia come l'esperienza di potersi confrontare con persone che vivono la medesima situazione risulti un aspetto fondamentale e di beneficio per le persone, sia per aprirsi e sentirsi compresi dagli altri, sia per poter osservare altre modalità di fronteggiare le problematiche. Il valore del supporto tra pari nei pazienti con tumore alla prostata è sottolineato da vari studi che evidenziano come il confronto favorisca il processo di adattamento alla malattia (23), riduca il senso di isolamento e consenta lo scambio di opinioni e di strategie per migliorare la vita quotidiana (22). Il gruppo psicoeducazionale, nel coniugare una parte informativa ed una di condivisione, sembra favorire questo processo. Uno studio di Lepore (24) ha confrontato un gruppo di controllo, un gruppo prettamente educativo ed un gruppo psicoeducazionale seguito da una discussione e confronto tra i partecipanti. Entrambi i gruppi sperimentali hanno migliorato le conoscenze dei pazienti sulla propria malattia e percorso di cura, ridotto le preoccupazioni sulla sessualità e migliorato il funzionamento fisico rispetto al gruppo di controllo; tuttavia i pazienti inseriti nel gruppo che prevedeva anche il confronto tra i membri, hanno mostrato maggiore adesione a comportamenti positivi di salute rispetto al gruppo senza discussione. Questo studio ha alcuni limiti. In primo luogo la scarsa numerosità del campione che non ha permesso di svolgere un confronto attraverso strumenti quantitativi. Inoltre il fatto che il campione non fosse omogeneo in relazione al tempo dalla diagnosi. Questi aspetti rendono scarsamente generalizzabili i risultati che devono essere letti come spunto per ulteriori approfondimenti tramite campioni più ampi. Tuttavia questo studio ha anche punti di forza. In primo luogo è il primo studio in Italia sull'utilizzo dei gruppi psicoeducazionali per pazienti prostatectomizzati. Inoltre ha visto il coinvolgimento di centri operanti in diverse Regioni d'Italia, la definizione di un format per i gruppi psicoeducazionali a partire dalle analisi di FGs condotti con i pazienti ed il basso tasso di abbandono dei pazienti agli incontri di gruppo.

Conclusioni

In conclusione, questo studio evidenzia la presenza di alcuni bisogni non soddisfatti nei pazienti con tumore alla prostata in seguito all'intervento chirurgico; in particolar modo bisogni di tipo informativo, la necessità di un approccio di cura multidisciplinare ed

un'attenzione da parte dei curanti alla qualità di vita post intervento chirurgico. I gruppi psicoeducazionali potrebbero rispondere a queste esigenze permettendo ai pazienti sia di acquisire informazioni sulla malattia e le terapie, sia la condivisione delle proprie esperienze. Tali interventi necessitano di poche risorse organizzative ed economiche e permettono di raggiungere contemporaneamente più pazienti; sarebbe pertanto auspicabile che fossero effettuati all'interno delle *Prostate Cancer Units* con cadenza regolare.

Ringraziamenti

Questo studio è stato reso possibile dal finanziamento 5x1000 (anno 2012) della Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori (LILT) alla LILT sezione Provinciale di Firenze, capofila dello studio.

Bibliografia

1. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013 Mar 1;132(5):1133-1145.
2. AIRTUM & AIOM. I numeri del cancro in Italia 2017. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2017.
3. Weber BA, Sherwill-Navarro P. Psychosocial consequences of prostate cancer: 30 years of research. *Geriatric Nursing*. 2005;26(3):166-175.
4. Llorente MD, Burke M, Gregory GR, Bosworth HB, Grambow SC, Horner RD, Golden A, Olsen EJ. Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;13(3):195-201.
5. Smith DP, King MT, Egger S, Berry MP, Stricker PD, Cozzi P, Ward J, O'Connell DL, Armstrong BK. Quality of life three years after diagnosis of localised prostate cancer: population based cohort study. *British Medical Journal*. 2009;339:b4817.
6. Miles C, Candy B, Jones L, Williams R, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2007;17(4):CD005540.
7. Chambers SK, Schover L, Nielsen L, Halford K, Clutton S, Gardiner RA, Dunn J, Occhipinti S. Couple distress after localised prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21(11):2967-2976.
8. Cockle-Hearne J, Charnay-Sonnek F, Denis L, Fairbanks HE, Kelly D, Kav S, Leonard K, van Muilekom E, Fernandez-Ortega P, Jensen BT, Faithfull S. The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. *British Journal of Cancer*. 2013;109(8):2121-2130.
9. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2006;36(1):13-34.
10. Lepore SJ. A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In Baum A, Andersen BL (Eds.). *Psychosocial interventions for cancer*. American Psychological Association, Washington DC, 2001.
11. Parahoo K, McDonough S, McCaughan E, Noyes J, Semple C, Halstead EJ, Neuberger MM, Dahm P. Psychosocial interventions for men with prostate cancer. *The Cochrane Library*. *BJU International*. 2015;116(2):174-183.
12. Moore THM, King AJL, Evans M, Sharp D, Persad R, Huntley AL. Supportive care for men with prostate cancer: why are the trials not working? A systematic review and recommendations for future trials. *Cancer medicine*. 2015;4(8):1240-51.
13. Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Beltrami E, Boeri P, Borean C, Fusco Karmann C, Greco M, Miccinesi G, Murru L, Trimigno P. Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire. *Annals of Oncology*. 2000;11(1):31-37.
14. Annunziata MA, Muzzatti B, Altoe G. A contribution to the validation of the Needs Evaluation Questionnaire (NEQ): a study in the Italian context. *Psycho Oncology*. 2009;18(5):549-553.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3:77-101.
16. Fawzy FI, Fawzy NW. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General hospital psychiatry*. 1994;16(3):149-192.
17. Kandasamy S, Khalid AF, Majid U, Vanstone M. Prostate Cancer Patient Perspectives on the Use of Information in Treatment Decision-Making: A Systematic Review and Qualitative Meta-synthesis. *Ontario health technology assessment series*. 2017; 1;17(7):1-32.
18. Nanton V, Docherty A, Meystre C, Dale J. Finding a pathway: information and uncertainty along the prostate cancer patient journey. *British Journal of Health Psychology*. 2009;14(Pt 3):437-458.
19. Shaha M, Cox C, Talman, Kelly D. Uncertainty in breast, prostate and colorectal cancer: implications for supportive care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40:60-67.
20. Dickerson SS, Reinhart A, Boehmke M, Akhu-Zaheya L. Cancer as a problem to be solved: internet use and provider communication by men with cancer. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2011;29(7):388-395.
21. Kohler N, Friedrich M, Gansera L, Holze S, Thiel R, Roth S, Rebmann U, Stolzenburg JU, Truss MC, Fahlenkamp D, Scholz HJ, Braehler E. Psychological distress and adjustment to disease in patients before and after radical prostatectomy. Results of a prospective multi-centre study. *European Journal of Cancer Care*. 2014;23:795-802.
22. King AJ, Evans M, Moore TH, Paterson C, Sharp D, Persad R, Huntley AL. Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *European Journal of Cancer Care*. 2015;24(5):618-634.
23. Chambers SK, Foley E, Galt E, Ferguson M, Clutton S. Mindfulness groups for men with advanced prostate cancer: a pilot study to assess feasibility and effectiveness and the role of peer support. *Supportive Care in Cancer*. 2012;20:1183-1192.
24. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology*. 2003;22(5):443-452.