

# L'immagine corporea in chirurgia addomino-pelvica

L'immagine corporea è l'immagine del corpo umano che ci formiamo nella mente alla cui formazione concorrono fattori neurobiologici<sup>1</sup>, psicologici e socio-culturali. Abbiamo provato ad analizzare alcuni percorsi terapeutici finalizzati a ripristinare una corretta immagine corporea in pazienti prevalentemente oncologici.

L'indagine è stata svolta nell'Ambulatorio di Riabilitazione Pelvipericale dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli". Sono stati presi in esame un campione di 502 pazienti, in riabilitazione presso questa struttura, affetti da diverse patologie neoplastiche.

In particolare, sono state indagate le criticità legate: alla risposta sessuale, all'immagine corporea, alla capacità riproduttiva, al distress psicologico, alla "fatigue" e al funzionamento cognitivo.

Per la valutazione delle variabili è stata adottata una strategia multidisciplinare a *baseline*, in una finestra temporale durante e dopo i trattamenti medici, ogni sei mesi nel follow-up fino a 24

---

<sup>1</sup> Le principali aree cerebrali collegabili all'immagine corporea sono: l'emisfero destro (determinante per la regolazione delle emozioni); insula, amigdala e giro superiore (che mediano le reazioni di disgusto e di avversione legate alle percezioni visive); corteccia occipitale dorsale, giunzione temporo-parieto-occipitale destra, giro fusiforme, lobo parietale inferiore, corteccia prefrontale dorso-laterale (se disfunzionali, potrebbero dare origine a distorsioni della percezione dei volti e del corpo. Inoltre l'alterato funzionamento della corteccia prefrontale dorso-laterale potrebbe contribuire all'incapacità di correggere distorsioni percettive generate da altri sistemi mal funzionanti); corteccia prefrontale ventro-mediale (se disfunzionale, potrebbe dare origine all'incapacità di inibire reazioni di disgusto e di ansia derivate da difetti corporei percepiti); giro paraippocampale destro (se disfunzionale, potrebbe dare origine ad incongrue autovalutazioni circa il proprio aspetto, negative distorsioni interpretative e idee di riferimento); il circuito fronto-striato (se presenta anomalie, può contribuire alla disfunzione esecutiva e alla natura intrusiva dei pensieri ossessivi e dei comportamenti compulsivi).

Mesi, ogni anno nei follow-up successivi. L'equipe di riabilitazione formata da chirurgo, oncologo, psicosessuologo, endocrinologo, uroginecologo, andrologo, riabilitatore, ha usufruito di strumenti di valutazione multidimensionali, clinico-strumentali e di autovalutazione garantendo l'attuazione di un piano di trattamento individualizzato basato su interventi nella fattispecie farmaco-protesici, psicologici ed educazionali.

La letteratura internazionale<sup>2</sup> concorda, quasi all'unanimità, che qualsiasi forma di malattia possa essere compresa e spiegata solo facendo riferimento ad un modello bio-psico-sociale. Nelle disfunzioni sessuali postchirurgiche si riscontra un'alterazione dell'immagine corporea definita da Cash<sup>3</sup> come *"un'esperienza psicologica multidimensionale del proprio corpo, riguardante in particolare, ma non esclusivamente, l'aspetto fisico"*.<sup>4</sup>

A questo scopo sono state indagate la funzione sessuale, l'immagine corporea, la capacità riproduttiva, il distress psicologico, la "fatigue" e il funzionamento cognitivo in accordo con gli studi della letteratura che evidenziano in tali variabili quelle che maggiormente deteriorano la *Qualità della Vita* specie nei lungo-sopravvivenenti.

---

<sup>2</sup> Per un inquadramento generale del problema cfr. Lindau e al., 2003, Fulg-Meyer et al., 2004, Weeks 2005, Dettore, Melli 2006, Montorsi et al., 2010, Basson et al. 2010, Goldestein 2010, Alvarez et al., 2012, Smith et al., 2013. Ulteriori riferimenti bibliografici saranno riportati successivamente in rapporto a specifiche problematiche.

<sup>3</sup> Cash, T.F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1- 5;

<sup>4</sup> Per una rassegna sugli strumenti di valutazione dell'immagine corporea cfr.: Giovannini L., Bianchet K, Muzzatti B., Narciso D., Mella S., Annunziata M.A., Giovannini L., Muzzatti B, (2009) "Attenzione e memoria nei lungo-viventi oncologici: risultati preliminari di una valutazione neuropsicologica" in AA.VV. Atti del XI Congresso Nazionale SIPO "Professionalità ed Innovazioni in Psico-Oncologia" Senigallia (Ancona) 1-3 ottobre 2009

## **Problematiche legate alla chirurgia addomino-pelvica**

- **pazienti stomizzati per neoplasie al colon retto**

Negli uomini comporta: cicatrici, lesioni dei nervi, danno al plesso ipogastrico, cambiamenti di sensazioni vascolari, continenza, diminuzione del flusso sanguigno con impatto sui genitali e generalmente problemi di orgasmo e/o eiaculazione, alterazione del flusso sanguigno. Nelle donne: cicatrici, secchezza vaginale, lesioni dei nervi, danno al plesso ipogastrico; problemi di orgasmo, alterazione del flusso sanguigno con interessamento della clitoride e secchezza vaginale

- **Pazienti sottoposti a resezione del colon-retto**

Sia negli uomini che nelle donne possono presentarsi: disturbi della sfera urinaria e alla sfera anale, cicatrici, disturbi dell'eccitazione, alterazione dell'immagine corporea e dell'autostima. Negli uomini inoltre ci può essere disfunzione erettile, eiaculazione precoce e/o eiaculazione ritardata; nelle donne invece secchezza, sanguinamento, dolore e mancanza di libido.

- **pazienti con tumore alla prostata, al testicolo e alla vescica**

All'asportazione della prostata è associata la perdita della continenza urinaria, deficit erettile ed eiaculazioni asciutte (85%). In quello al testicolo sono riportate insoddisfazione sessuale (10%), disfunzione erettile (11,5%), diminuzione o assenza di desiderio sessuale (20%), disturbo dell'orgasmo (20%), eiaculazione assente o ritardata (44%), diminuzione della frequenza dell'attività sessuale (44%), infertilità (20-50%).

La rimozione di un testicolo, in genere, non compromette la produzione totale di testosterone, in quanto il testicolo rimanente aumenta la propria attività e compensa quello rimosso. Quando l'asportazione testicolare è bilaterale subentra l'infertilità, inoltre possono verificarsi disfunzioni erettili, vampate di calore (simili a quelle della donna in menopausa), tendenza ad aumentare di peso, sbalzi d'umore e/o depressione, ingrandimento del seno, senso di fatica ricorrente, perdita di sensibilità a livello inguinale o genitale, osteoporosi. L'asportazione della vescica comporta frequentemente ritenzione urinaria e diminuzione o assenza di desiderio, incontinenza urinaria; negli uomini disfunzione erettile, nelle donne dispareunia e ipolubrificazione.<sup>6</sup>

- **Chirurgia addomino-pelvica ginecologica**

L'isterectomia comporta l'accorciamento e il restringimento del canale vaginale e modifica l'innervazione dell'area pelvica. Nell'ovariectomia, la perdita della funzionalità ovarica comporta una compromissione tissutale del canale vaginale, una scarsa lubrificazione e una menopausa precoce. La vulvectomy, richiedendo l'ablazione delle grandi e piccole labbra e della clitoride, altera radicalmente la percezione di sé e le sensazioni a livello genitale. Negli interventi ai bulbi del vestibolo, in caso di un atto chirurgico o comunque di un evento ostetrico, quale il parto e l'episiotomia, possono verificarsi traumi e lacerazioni tal da creare un minus che in seguito può ridurre il piacere sessuale.

Si riscontrano notevoli differenze tra pazienti giovani ed anziani.

Da un punto di vista psicologico la popolazione giovane presenta più problemi di quella anziana in quanto vi è la tendenza a pensare ad un "dopo", mentre le persone anziane hanno già consapevolezza del proprio vissuto.

---

<sup>5</sup> Aass N, Fosså SD, Dahl AA, Moe TJ: "Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital." In Eur J Cancer. 1997 Sep;33(10):1597-604

<sup>6</sup> Bruner G, Calvano R, 2007 "The Sexual Impact of Cancer and Cancer Treatments" in Nursing Clinics of North America 42(4):555-80; vi · January 2

- **Modello riabilitativo integrato fisico-funzionale e psicologico: il ruolo del counselor riabilitatore**

La prima a valutare l'importanza della figura del *counselor* nell'ambito delle professioni sanitarie fu Hildegard E. Peplau<sup>9</sup> che teorizzò la relazione di aiuto in ambito sanitario, basata su concetti quali: il ruolo educativo del personale sanitario e la relazione interpersonale che opportunamente organizzata e orientata, diventa strumento di "terapia".

Il riabilitatore-counselor diventa così il referente con il quale il paziente cerca di ricostruire e rivalutare i vari aspetti del suo essere trovando in questa figura un valido interlocutore, capace di stabilire quella relazione di fiducia e garantire quel sostegno necessario, oltre che ottenere informazioni corrette anche per argomenti delicati come il sesso. L'attività del riabilitatore-counselor richiede un contatto fisico con il paziente diverso da quello degli altri professionisti. Il riabilitatore-counselor guarda e tocca zone del corpo che sono normalmente tabù e che sono associate al sesso. L'intimità che si viene a creare nella coppia riabilitatore-counselor può diventare il primo "setting" di consulenza, soprattutto se il riabilitatore-counselor riesce a stimolare la domanda del paziente e creare il rapporto di fiducia.

Alla figura del medico la domanda di aiuto prevalentemente posta dai pazienti è di tipo "tecnico"; tutte le questioni che hanno invece a che fare con la sfera più intima, comprese quelle di cui il paziente stesso ha vergogna di parlare, soprattutto quelle inerenti alla sfera sessuale, non vengono quasi mai poste al medico, probabilmente per la distanza e per la soggezione che ammantava questa figura. Il riabilitatore-counselor diventa quindi la figura sanitaria cardine di questo percorso di cura, dando corpo così al modello bio-psico-sociale.

---

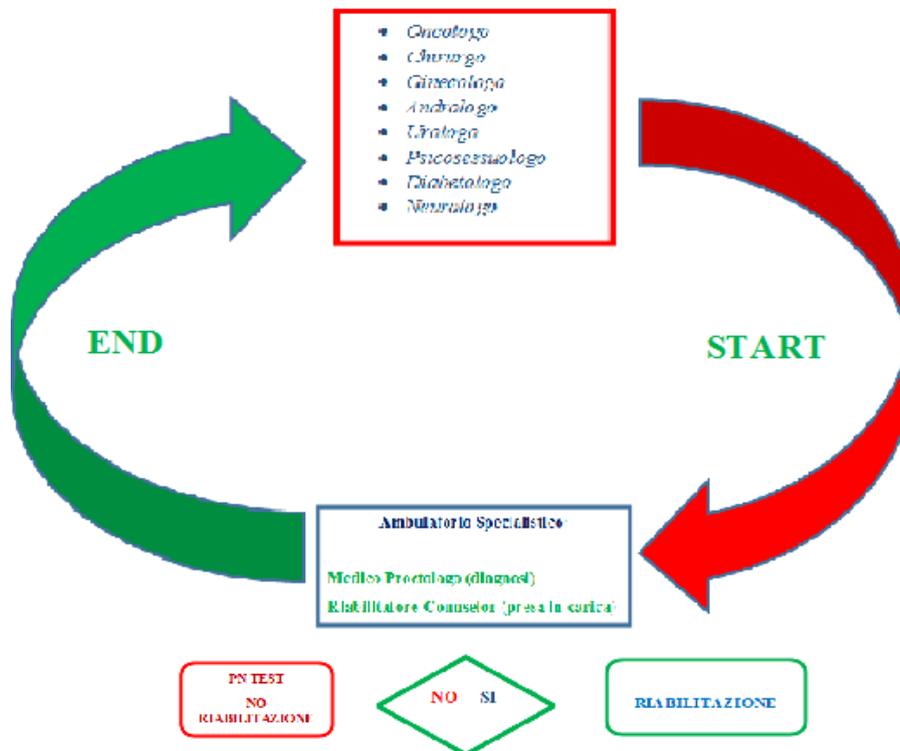
<sup>9</sup>Hildegard Peplau "Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing" Springer Publishing Co Inc 199

## Esperienze e considerazioni sull'attività svolta nel Centro per lo studio, la prevenzione e la terapia delle patologie del pavimento pelvico

L'ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico del Policlinico di Napoli "Università della Campania L. Vanvitelli" presso il Dipartimento dell'XI Chirurgia dell'Obesità si pone da anni come protagonista nell'attività clinica e scientifica di riabilitazione delle disfunzioni pelviche. L'ambulatorio ha raccolto significativi apprezzamenti dai pazienti e dall'opinione pubblica, attestati da numerose pubblicazioni e articoli sulla stampa sia cittadina che nazionale e costituisce attualmente un punto di riferimento per molte strutture mediche della Campania e delle altre regioni.

### Organizzazione del percorso terapeutico

#### APPROCCIO E PERCORSO MULTIDISCIPLINARE



Il primo step del percorso terapeutico è costituito, oltre che dalla diagnosi, dall'atteggiamento empatico nei riguardi del paziente. Acquisita la documentazione diagnostica, si passa ad un'analisi neurologica e

posturale finalizzata allo scopo di analizzare in che modo viene usato il corpo dal paziente e da quali memorie del passato è stato segnato. Traumi, eventi chirurgici, problemi neurologici, disfunzioni pelviche, quasi sempre sono frutto di uno sbilanciamento tonico-posturale. È importante, già in questa prima fase, riuscire a suscitare nel paziente una partecipazione emotiva, per creare quella sinergia indispensabile per intraprendere un soddisfacente percorso curativo. Investigare sul problema orienta il paziente afflitto da pavimento pelvico disfunzionale a prendere coscienza delle sintomatologie correlate alle quali egli non avrebbe dedicato particolare attenzione, come ad esempio la correlazione tra stipsi e incontinenza urinaria.

### **Principi di riabilitazione pelvica e tecniche riabilitative.**

Secondo la più recente e autorevole letteratura<sup>10</sup> tutte le disfunzioni pelvi-perineali richiedono un approccio olistico attraverso elementi biologici, psicologici e sociali. Gli obiettivi del trattamento riabilitativo possono così essere riassunti

- Gestione della sintomatologia
- Gestione dell'organo correlato
- Gestione dell'alterata funzionalità in ambito posturale, urologico-proctologico, e sessuologico.

Secondo un approccio multi modale e multidisciplinare, accanto alla terapia comportamentale e a quella farmacologica, ci si avvalerà clinicamente di più metodologie: metodologie fisiche: campi magnetici, correnti elettriche (biofeedback, elettrostimolazioni), ultrasuoni, laser, kinesiterapia e loro varianti adattabili al caso specifico;

---

<sup>10</sup> Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in health, middle aged women. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT, J Urol 146, 1991.

rieducazione posturale: a seconda delle varie filosofie di pensiero e delle tecniche di cui parleremo più avanti.

E' dunque necessario intraprendere un percorso di integrazione corpo-mente, che servendosi del meccanismo di "neuroplasticità" consenta di plasmare e ripristinare le funzioni corrette dell'area pelvica e non solo; attraverso esercizi, manovre personalizzate e tecniche posturo-respiratorie, di rieducazione pelvi perineale e ricondizionamento del movimento, nonché nutrizione personalizzata. Unite ad esperienze di verbalizzazione della sofferenza che potenzieranno le risorse per ritrovare la forza del corpo.

È fondamentale, pertanto, partire dall'aspetto meccanico posturale per armonizzare i rapporti tra ossa, nervi, muscoli e arti operando sui seguenti aspetti:

1. corretta informazione
2. corretta propriocezione e conoscenza perineale e generale
3. alterazioni e squilibri tra gli elementi muscolari
4. cicatrici
5. coordinazione respiratoria e distribuzione delle pressioni intra addominali
6. alterazioni della performance del pavimento pelvico (forza ed endurance) e alterazione del corretto timing di reclutamento.

L'approccio cinesiterapico (*Pelvic Floor muscle training, PFMT*), occupa un ruolo importante nell'ambito dell'arsenale terapeutico conservativo uro-ginecologico e colon-proctologico<sup>11</sup>. Sono numerose le tecniche utilizzate a disposizione del terapeuta:

---

<sup>11</sup> P. Di Benedetto "Riabilitazione uro-ginecologica" Minerva Medica 2004

1. Chinesiterapia Pelvic-Floor muscle training, PFMT
2. Esercizi di Kegel
3. Tecniche manipolative
4. Strutture articolari
5. Miotensive secondo il concetto neuro-anatomico <sup>12</sup>

Particolarmente efficaci sono le tecniche manuali miotensive secondo il Concetto Neuro Anatomico di Bourdiol-Bortolin. Si tratta di una metodica d'intervento manuale dolce, non dolorosa, che rispetta la fisiologia articolare e lascia l'articolazione trattata nei limiti delle sue possibilità cinetiche normali. Queste tecniche utilizzano il solo contesto neurologico essendo basate sulla realtà del circuito gamma, secondo il quale ogni muscolo striato contratto può essere indotto a decontrarsi se vengono stimolati correttamente i recettori della propriocezione.

---

<sup>12</sup> Si vedano a tal riguardo i testi di di R.J. Bourdiol e, G. Bortolin (edizioni Nuova IPSA) "La medicina manuale nelle patologie del complesso occipito-atlanto-assiale. Cefalee e vizi posturali da causa oculare. Il concetto neuroanatomico"; "La medicina manuale nelle patologie del rachide dorsale e del torace. La dermalgie riflesse. Il concetto neuroanatomico"; "Omeopatia e riflessologia. Un approccio neuro embriologico"

## CONCLUSIONI

Sulla base di questa esperienza si evince la necessità di un modello integrato innovativo, che ponga al centro il rinnovamento di una cultura che sia soprattutto una nuova cultura medica associata a una nuova "rivoluzione sessuale" che veda coinvolti sia gli operatori del settore che i pazienti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la salute sessuale un aspetto centrale dell'essere. In esso è compreso il sesso, l'identità ed i ruoli di genere, l'orientamento sessuale, l'erotismo, il piacere, l'intimità e la riproduzione. Essendo la sessualità determinante per la qualità della vita di una persona è importante che ognuno possa godere di una soddisfacente vita sessuale, definita come uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale, non riducibile all'assenza di malattia, di disfunzioni o infermità, rilevante per tutta la durata della vita di un individuo, non solo negli anni riproduttivi ma anche durante la giovinezza e la senilità (W.H.O. 2006). Qualora questo stato di benessere venga inficiato da problemi di natura fisica o psicologica, ci si può rivolgere alla figura del *counselor* sessuale che per sua natura dovrebbe far parte di un'equipe multidisciplinare del pavimento pelvico. Costui è un professionista (generalmente medico o psico-sessuologo o riabilitatore) in grado di fornire attività di sostegno e capace di aiutare il paziente (singolo o coppia) fornendo delle conoscenze che possono essere trasformate in stili di vita soddisfacenti e in comportamenti responsabili.

Il *counselor* sessuale ha il ruolo di facilitatore, aiuta il paziente nella ricerca di una soluzione al suo problema ed è in grado di ascoltare l'altro senza un atteggiamento giudicante. La consulenza sessuologica si rivolge a tutte le persone con ansia o disagio circa la sfera della sessualità in relazione ad una patologia organica.

*«Io ero un corpo: un corpo ammalato da guarire (...) ma io sono anche una mente, forse sono anche uno spirito, è certo sono un cumulo di storia, di esperienza, di sentimenti, di pensieri ed emozioni che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare! Sì, nessuno sembrava volerne o poterne tenere in conto. Neppure nella terapia.»* Tiziano Terzani

Quando nella vita di una persona si presenta una malattia, si vive una crisi esistenziale che mette in discussione l'identità dell'individuo, i suoi valori, la sua prospettiva di vita. Le trasformazioni fisiche determinate dalle mutilazioni chirurgiche e dai trattamenti oncologici (chemio, radioterapia e cure antitumorali ormonali) possono portare all'insorgenza di problemi di immagine corporea, alterando il funzionamento della sfera sessuale con gravi ripercussioni sulla qualità della vita.

La capacità dell'equipe medica ed in primis del *counselor* è quella di farsi carico delle problematiche considerandole parte integrante del processo di cura e di utilizzare tutte le fonti di aiuto. Il paziente può utilizzare la malattia come una opportunità di crescita personale. Gli ultimi studi sostengono come la ripresa della sessualità nei pazienti sia di grande aiuto sia alla malattia stessa che al miglioramento della qualità di vita.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV (a cura di C. Simonelli) 2004: "L'approccio integrato in sessuologia clinica" di F. Angeli: pp.13-34;
- AA.VV "Libro bianco sulla riabilitazione oncologica" Progetto H.O.C.U.R.A. Health Organization of Cancer Units for Rehabilitation Activities. "Riabilitazione in oncologia: dalla diagnosi alle cure palliative, integrazione tra istituzioni e volontariato nella ricerca dei percorsi adeguati e appropriati" A cura di Pierotti MA & De Lorenzo F, 2008.
- AA.VV "Training for Emergency Medicine Residents", *Academic Emergency Medicine*, 15: 1190- 1198.
- AA.VV. (a cura di Morasso G., Tonamichel G.M.) 2010 di Modalità di intervento in psiconcologia Carocci, Roma.
- AA.VV. Professionalità ed Innovazioni in Psico-Oncologia - Prevenzione Assistenza Ricerca Formazione - XI Congresso nazionale SIPO, Avenue Media, Senigallia, 2009
- Aass N., Fosså SD., Dahl AA., Moe TJ.: "Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital" In *Eur J Cancer*. 1997 Sep;33(10):1597-604
- Ausman J.I., 2005, "The kings and queens of medicine have died", *Surgical Neurology*, 63: 290 -291.
- Aziz NM "Foreward: nursing and cancer survivorship" *AJN* 106 (SUPPL):3, 2006.
- Basler, J. D., Jenkins, C. & Swanson, G. (2005). Multidisciplinary Management of Prostate Malignancy. *Current Urology Reports*, 6, 228–234
- Bellini M.L. et al. (a cura di) *Psiconcologia*. Ed Masson – Milano
- Bruner G, Calvano R, 2007 "The Sexual Impact of Cancer and Cancer Treatments" in *Nursing Clinics of North America* 42(4):555-80; vi · January 2008
- Bortolin G. "La medicina manuale nelle patologie del complesso occipito-atlanto- assiale. Cefalee e vizi posturali da causa oculare. Il concetto neuroanatomico Bourdiol-Bortolin" *Eurogemmer Evolution*, 2015
- Burgio KL, Matthews KA, Engel BT "Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women" in *JUrol*. 1991 Nov;146(5):1255-9.
- Caruso A., Ravenna A.R., Tramontana A., Maggi G., Condoleo M. F., Arcidiacono S., Natali P. G., Squarciane S., 2001, "La formazione psicologica degli operatori: proposta di un modello interdisciplinare", *Il Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 3,1: 12-16.
- Cash, T.F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5;
- Cicognani E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*, Roma, Carocci
- Costatini M., Musso M., Viterbori., et al. Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression scale. *Support Care Cancer* 1999; 7: 121-27.
- Di Benedetto P. "Riabilitazione uro-ginecologica", *Minerva Medica* 2004

- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B et al. "Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a followup study" *J Nat. Cancer Inst.* 94,1, 39-49, 2, 2002.
- Giovannini L., Bianchet K., Muzzatti B., Narciso D., Mella S., Annunziata M.A., Muzzatti B., (2009) "Attenzione e memoria nei lungoviventi oncologici: risultati preliminari di una valutazione neuropsicologica" in AA.VV. Atti del XI Congresso nazionale SIPO "Professionalità ed Innovazioni in Psico-Oncologia" Senigallia (Ancona) 1-3 ottobre 2009
- Gomella LG, Johannes J, Trabulsi EJ "Current prostate cancer treatments: effect on quality of life" *Urology* 73 (5A): 28-35, 2009.
- Gotay CC, Muraoka MY "Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers" *J Nat. Cancer Inst.* May 6; 90 (9): 656-67, 1998.
- Grassi L., Biondi M., Costantini A. (2003), *Manuale pratico di psico-oncologia*. Ed. Il pensiero scientifico – Roma
- Hiermstad M.J., Fossa S.D., Bjordal K., Kaasa. Test-retest study of the European organization for research and treatment of cancer cure Quality of Life Questionnaire. *J clinical oncol* 1995; 13; 1:249-254.
- Hildegard E. Peplau RN. "Interpersonal Relations In Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing", Springer 1952
- Jakobsson S., Ekman T., Ahlberg K., 2008, "Components That Influence Assessment and Management of Cancer-Related Symptoms: An Interdisciplinary Perspective Oncology", *Nursing Forum*, 35, 4:691-699.
- Kaplan H.S. 1989 "Nuove terapie sessuali." Ed Studi Bompiani
- Leiblum S.R., R.C. Rosen Principi e pratica di terapia sessuale. 2002, Ed. CIC Edizioni Internazionali;
- Lepor H., Williford WO., Bany MJ., et al. The efficacy of terazosin, finastende, or both in benign Prostatic Hyperplasia Study group. *N England J Med.* 1996; 335:533-9
- Lucas G. 2006 "Perché ho messo il rossetto il giorno della mia mastectomia" - Ed. TEA
- Marasso – Tomamichel, 2005, *La sofferenza psichica in oncologia. – Modalità di intervento* – Ed. Carocci Faber
- Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The Lancet Oncology*, 7, 935–43
- Rosen M. A., Salas E., Wu T.S., Silvestri S., Lazzara E.H., Lyons R., Weaver S.J., King H.B., 2008, "Promoting Teamwork: An Event-based Approach to Simulation-based Teamwork
- Rosen RC., Riley A., Wagner G., Osterhol LH., Kirkpatrick J., Mishra A. The International Index of Erectile Dysfunction: a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49:822-30.
- Sarno L., Pantaleo G., Milesi M. R., DiMuzio N., Cozzarini C., Silva O. "La qualità di vita del paziente con tumore alla prostata sottoposto a trattamento radioterapeutico" in AA.VV "La psicologia della Salute tra ricerche e interventi sociosanitari" Franco Angeli, 2010.
- Sidhom, M. A. & Poulsen, M. G. (2006). Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions. *The Lancet Oncology*, 7, 951-54

- Spanier G.B., (1976). Assessing the strength of the Dyadic Adjustemnt Scale. Journal of family phycology, 2, pp. 92-94.
- Tromellini, Occhipinti 2004,– Eclissi di sole, dialoghi col paziente oncologico in un percorso formativo Ed. Unicopl