

La presa in carico psicologica del paziente oncologico nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale: l'esperienza della AOU di Alessandria

Psychological care of cancer patients in the diagnostic and therapeutic care pathway: the experience of the AOU Alessandria

Simona Giribone,¹ Monica Franscini,¹ Valentina Manfredi,¹ Antonio Pepoli,¹ Patrizia Valorio,¹ Rossella Sterpone,¹ Maria Caterina Canepa,² Maura Vincenti,³ Maura Rossi,³ Antonio Maconi⁴

¹SSA Psicologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria; ²Breast Unit, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria; ³SC Oncologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria; ⁴Infrastruttura Ricerca, Formazione e Innovazione (IRFI), Dipartimento Attività Integrate, Ricerca, Innovazione (DAIRI), Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

Key words: psychooncology, cancer, psychological care, distress.

ABSTRACT

I tumori rappresentano ancora oggi la seconda causa di morte nel mondo dopo le malattie cardiovascolari, nonostante i progressi tecnologici abbiano portato negli ultimi anni ad un notevole incremento della sopravvivenza. Il paziente oncologico, proprio per la complessità e la natura delle problematiche che si trova ad affrontare, necessita di una presa in carico globale ed integrata del proprio percorso diagnostico-terapeutico, di tipo multidisciplinare e multidimensionale.

Il modello di riferimento è quello bio-psico-sociale, che vede il modello medico tradizionale, centrato sul corpo, sostituito da un approccio centrato sulla persona, che integri le dimensioni fisiche, psicologiche e sociali dell'individuo.

La psiconcologia si colloca in quest'area di multidisciplinarietà e multidimensionalità, da un lato interfacciandosi costantemente con le altre discipline mediche, dall'altro costruendo percorsi di presa in carico personalizzati per il paziente e i suoi familiari, che tengano conto dei bisogni non solo fisici ma anche psicologici, esistenziali ed assistenziali.

In questo articolo viene descritta l'attività del servizio di Psicologia dell'AOU AL nella presa in carico del paziente oncologico, dal momento della diagnosi (o del sospetto diagnostico) lungo tutto il percorso di cura e di follow up, con particolare riferimento ai momenti di valutazione/assessment e di confronto interdisciplinare.

Cancer is still the second leading cause of death in the world after cardiovascular disease, even though technological advances have led to a significant increase in survival in recent years. Cancer patients, precisely because of the complexity and nature of the problems they face, need a global and integrated multidisciplinary and multidimensional approach in their diagnostic-therapeutic pathway.

The reference model is bio-psycho-social: the traditional body-centered medical model is replaced by a person-centered approach, with the integration of physical, psychological, and social dimensions of the individual.

Psycho-oncology is placed in this area of multidisciplinarity and multidimensionality, on one hand constantly interfacing with other medical disciplines, and on the other developing personalized care paths for the patient and his family, which consider not only physical but also psychological, existential and welfare needs.

This article describes the activity of the Psychology service of the AOU AL in taking charge of cancer patients, from the moment of diagnosis (or diagnostic suspicion) throughout the treatment and follow-up pathway, with reference to the moments of evaluation/assessment and interdisciplinary comparison.

Introduzione

I tumori rappresentano ancora oggi la seconda causa di morte nel mondo dopo le malattie cardiovascolari. In Italia nel 2020 è stato stimato che vi fossero circa 3,6 milioni di persone (circa il 6% della popolazione globale) con una diagnosi di tumore; tale dato risulta in aumento negli ultimi anni grazie ai progressi in ambito diagnostico-terapeutico.¹

Il paziente oncologico, a causa della complessità della malattia e

delle terapie che deve affrontare, nonché della loro intensità e durata, necessita di una presa in carico globale ed integrata del proprio percorso di cura, di tipo multidisciplinare e multidimensionale.²

Il modello di riferimento è quello bio-psico-sociale, all'interno del quale il modello medico tradizionale centrato sul corpo è sostituito da un approccio centrato sulla persona, che integri le dimensioni fisiche, psicologiche e sociali dell'individuo.^{3,4}

La presa in carico multidisciplinare ha, dunque, lo scopo di offrire ad ogni singolo paziente oncologico il percorso migliore e

più appropriato di diagnosi e cura, con il coinvolgimento sinergico e collegiale di tutte le figure professionali competenti per patologia ed eventuale successivo coinvolgimento delle figure professionali territoriali.

Nella pratica clinica, naturalmente, il “percorso ideale”, che descrive le migliori pratiche professionali e di gestione desunte dalle linee guida e dalla letteratura di riferimento, necessita di essere definito in un “percorso di riferimento” (il PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale), che rappresenta la pianificazione logica e cronologica degli interventi necessari e ottimizzati nell’approccio psicologico al paziente affetto da cancro, e successivamente reso operativo attraverso un “percorso effettivo” che tenga conto della realtà esistente e delle problematiche e criticità presenti in ogni contesto clinico.⁵

In questa ottica si inserisce il lavoro dello psiconcologo.

La psiconcologia considera infatti l’interdisciplinarietà e l’integrazione disciplinare come requisiti indispensabili per l’attuazione di un sistema di cura che tenga conto della globalità dei bisogni del malato.⁶

La psiconcologia si propone di assicurare un supporto psicologico e/o psicoterapeutico a chi affronta o ha affrontato una malattia che coinvolge non solo la persona nella sua dimensione fisica ma tutte le dimensioni su cui si fonda l’unicità dell’essere umano, compresa la dimensione psicologica, spirituale, esistenziale, relazionale, sociale, familiare e lavorativa. L’esperienza della malattia oncologica, infatti, comporta una ridefinizione della propria immagine corporea, dei ruoli e delle relazioni familiari, dei rapporti interpersonali, dell’ambito lavorativo, affrontando aspetti esistenziali/spirituali complessi (compreso il concetto della morte) e continue e nuove regolazioni dello stato affettivo.⁷

In ambito clinico, una delle attività principali della psiconcologia è rappresentata dalla valutazione / *assessment* del paziente, con particolare attenzione alla sua storia di vita e di malattia, alle risorse personali, familiari e sociali, al livello di distress percepito, alle strategie di coping messe in atto e/o alla comparsa di sintomi psicopatologici.⁶

I disturbi psicopatologici non rappresentano infatti una evenienza rara in ambito psiconcologico.⁸

I disturbi più frequentemente riscontrabili in psiconcologia comprendono: i disturbi dell’adattamento, i disturbi depressivi, i disturbi d’ansia, i disturbi della sessualità, i disturbi psichiatrici su base organica e, più raramente, i disturbi psicotici.

Per la valutazione di questi disturbi vengono solitamente seguiti i criteri diagnostici più usati in ambito psichiatrico: l’ICD-11 (International Classification of Disease)⁹ e il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), attualmente DSM-5-TR.¹⁰

I disturbi dell’adattamento rappresentano i quadri di sofferenza psicologica più frequentemente diagnosticabili nei pazienti con cancro, avendo una prevalenza del 30-35%;¹¹ sono comuni anche i disturbi depressivi (prevalenza tra il 6% ed il 30%, a seconda della fase di malattia, del contesto psicosociale e delle specifiche caratteristiche cliniche), i disturbi d’ansia, i disturbi della sessualità, i disturbi psichiatrici su base organica e, più raramente, i disturbi psicotici.^{7,12-14}

Negli ultimi anni particolare attenzione viene data in letteratura alla sintomatologia riconducibile a Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD): le stime di prevalenza del disturbo da stress post-traumatico correlato al cancro variano infatti tra il 7 e il 14%,¹⁵ con un ulteriore 10-20% di pazienti che manifestano sintomatologia a livello subsindromico.^{16,17}

Le valutazioni cliniche nei follow up hanno inoltre rilevato un’incidenza di PTSD del 21,7% a 6 mesi dalla diagnosi, con tassi in calo al 6,1% a 4 anni. Sebbene i tassi complessivi del disturbo siano diminuiti nel tempo, circa un terzo dei pazienti inizialmente diagnosticati con PTSD ha avuto sintomi persistenti o un peggioramento anche quattro anni più tardi.¹⁸

Nonostante tali dati, emerge dalla letteratura una ampia varietà di approcci per gestire tale disturbo, con una grande eterogeneità nelle metodologie utilizzate.¹⁹

Un modo abbastanza efficace per descrivere e raggruppare i diversi sintomi di disagio psicologico esperiti dai pazienti oncologici è utilizzare il termine ed il concetto di *distress*.^{20, 21}

Il *distress* nei pazienti oncologici è stato definito dal National Comprehensive Cancer Network (NCCN) come un’esperienza emotiva multifattoriale spiacevole, di natura psicologica, sociale, e/o spirituale, che influisce sulla capacità del paziente di affrontare la patologia, i suoi sintomi fisici e il suo trattamento.²²

Sappiamo che un *distress* elevato è associato ad una elevata percezione degli effetti collaterali dei trattamenti (e quindi alla riduzione della compliance alle terapie), al peggioramento della qualità di vita, all’impoverimento delle relazioni sociali, a disfunzioni familiari, ad alterazione della relazione medico-paziente, nonché a maggiore difficoltà alla ripresa e ad aumento dei tempi di recupero.¹

Inoltre i problemi psicologici nei pazienti affetti da cancro sono associati ad un aumento dei costi sanitari e sociali: sintomi psicologici e disturbi psichiatrici sono infatti positivamente correlati all’aumento del ricorso all’assistenza sanitaria (primaria, ospedaliera, ambulatoriale), a perdite economiche in altri settori (assenze dal lavoro) e ai costi per la sanità (costi ospedalieri, ambulatoriali, costi sanitari totali).²³

La nostra realtà

La struttura di Psicologia dell’AOU AL si occupa, in un’ottica di psicologia ospedaliera, delle difficoltà di adattamento correlate a patologie organiche in integrazione anche con progetti strutturati e continuativi con i dipartimenti di competenza, con approccio multidisciplinare finalizzato a favorire sia il benessere futuro sia l’adattamento nel qui ed ora alla situazione di ricovero.

Particolare attenzione viene pertanto posta al paziente oncologico.

In qualsiasi momento del percorso diagnostico-terapeutico il paziente può accedere al servizio di Psicologia della AOU AL.

Il primo contatto può avvenire durante il ricovero (su richiesta di consulenza psicologica da parte del medico di reparto) oppure in ambulatorio (su accesso spontaneo oppure su invio del medico specialista, del CAS, Centro Accoglienza e Servizi, o del medico di medicina generale).

Durante le prime fasi diagnostiche, il *distress* percepito è spesso estremamente elevato in quanto, come sappiamo dagli studi di psicotraumatologia, il paziente si trova nelle primissime fasi successive all’esposizione ad un evento critico o potenzialmente traumatico quale è la comunicazione di una diagnosi oncologica. In una prima fase di choc, possono essere presenti emozioni di rabbia, paura, tristezza, incredulità, senso di confusione o disorganizzazione mentale; in momenti successivi, quando subentra la consapevolezza di quanto sta accadendo, possono prevalere comportamenti di isolamento, ottundimento emotivo, emozioni intense di paura, ansia, depressione, incubi, flashback o pensieri intrusivi.²⁴

Per tali motivazioni in queste fasi l’intervento psicologico, che

spesso si realizza durante il ricovero, è focalizzato sulla stabilizzazione emotiva del paziente e sull'attivazione delle risorse, attraverso per esempio la psicoeducazione, l'insegnamento di tecniche di rilassamento o l'installazione del "posto al sicuro", dall'approccio EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing).^{25,26}

Qualora, invece, il paziente si trovi nella fase di definizione o avvio delle terapie, appare normalmente più stabilizzato dal punto di vista emotivo, anche se porta con sé emozioni di ansia, preoccupazione, angoscia per il futuro.¹

La matrice epistemologica di riferimento è quella cognitivo-costruttivista, che vede l'uomo come costruttore di significati atti a interpretare e dare senso alla realtà;²⁷ nell'ambito della psiconcologia, favorire nuovi processi di elaborazione e nuovi significati significa favorire il mantenimento dell'identità e di continuità personale.

Il colloquio rappresenta lo strumento principale e specifico per la valutazione e per l'intervento, all'interno della relazione con l'altro; permette di formulare ipotesi ed è parte dell'assessment finalizzato a fornire indicazioni per l'impostazione di interventi di counseling e di psicoterapia.^{6,28}

Durante il primo colloquio in ambulatorio vengono indagati diversi aspetti tra cui: la storia della malattia, la consapevolezza e vissuto di malattia con particolare attenzione al relativo livello di *distress*; la presenza di psicopatologia pregressa o attuale e di pregressi eventi critici/traumatici; l'uso pregresso o attuale di terapia psicofarmacologica; lo stato delle relazioni e del sostegno familiare e sociale; le risorse personali e del contesto ambientale.

Viene inoltre effettuata una valutazione psiconcologica che rappresenta la base per una eventuale successiva presa in carico.

Particolare attenzione viene posta alla valutazione del *distress* psicosociale così come descritto dal NCCN, attraverso strumenti di semplice e veloce compilazione: il termometro del *distress*, utilizzato nella ricerca psico-oncologica in tutto il mondo e suggerito come strumento clinico di routine da utilizzare in contesti oncologici per rilevare un disagio clinicamente significativo,²⁹ ed il PDI (Psychological Distress Inventory)³⁰ che valuta il *distress* psicologico attraverso 13 item su scala Likert.

Vengono infine concordati con il paziente i successivi incontri in base alle esigenze emerse e all'andamento clinico.

Il successivo percorso psiconcologico viene infatti costruito su misura insieme al paziente, identificando obiettivi e durata in base da un lato alle necessità cliniche (tipo, frequenza delle terapie e impatto che possono avere sulla vita quotidiana), dall'altro sulle esigenze e bisogni emersi al primo colloquio.

In linea generale esistono tre livelli di intervento psiconcologico, definiti anche dalle linee guida e PDTA nazionali e regionali, che vengono programmati in base alla complessità in area psicologica del paziente e all'impatto della malattia sulla vita, come emerge dalla valutazione rispetto al funzionamento psicologico complessivo della persona, della sua consapevolezza, della capacità di adattamento, delle sue fragilità e risorse, attraverso indicatori quali per es la presenza di disturbi psichici o cognitivi.⁵

Un primo livello di intervento psiconcologico, destinato ai pazienti con minore complessità globale, riguarda azioni di prevenzione e ha come obiettivo l'accoglienza e il contenimento del disagio emotivo del paziente, sostenendolo nella fase di comunicazione della diagnosi e nelle diverse fasi di malattia; ulteriori obiettivi sono individuati nel fornire informazioni riguardo agli aiuti disponibili (interventi socio-assistenziali e psicoeducazionali) per affrontare meglio la malattia, e nel sviluppare le risorse e le competenze di base per la gestione del percorso di malattia.

Un secondo livello di intervento prevede azioni rivolte a pazienti e familiari finalizzate a un sostegno qualora emergano significative difficoltà nel fare fronte all'esperienza di malattia o una scarsa aderenza ai trattamenti.

Il terzo livello di intervento consiste nella presa in carico psicoterapeutica e/o invio per terapia farmacologica per i pazienti valutati ad elevata complessità, con eventuale attivazione dei servizi psichiatrici, sociali, e risorse territoriali.

Ricordiamo che i destinatari degli interventi psicologici non sono solo i pazienti, ma spesso anche familiari (es. figli minori) e caregivers, ugualmente impattati dalla diagnosi di malattia oncologica che sconvolge i ruoli familiari.^{31,32}

La possibilità di un supporto psicologico specifico per i familiari riguarda non soltanto il periodo di malattia del paziente ma anche il momento successivo all'eventuale decesso, nelle fasi che caratterizzano l'elaborazione del lutto.

In un'ottica di presa in carico multidisciplinare lo psicologo segue il paziente nel corso dell'iter diagnostico terapeutico anche confrontandosi con altri medici specialisti, per esempio attraverso la partecipazione ai Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC), istituiti dalla Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta già nel 2000.

I GIC rappresentano una diversa modalità operativa, multidisciplinare, in quanto i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura (oncologi, radioterapisti, chirurghi, specialisti d'organo) si presentano come una vera e propria équipe medica che lavora attraverso la comunicazione e la condivisione interdisciplinare, decidendo collegialmente il trattamento più appropriato.³³

Nella pratica clinica, è costante da anni la partecipazione dello psicologo al GIC per i tumori della mammella, essendosi costituita nel 2020 la Breast Unit come Centro HUB; la presenza dello psiconcologo è infatti definita come requisito per i centri di senologia a livello nazionale ed europeo.³⁴

Da alcuni anni è inoltre corso presso la nostra AOU il Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF), avviato nel 2002 dalla Fondazione Faro e successivamente sostenuto dalla Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

La finalità del Progetto è costruire una rete di supporti assistenziali psicologici e sociali mirati al sostegno delle famiglie "fragili" che affrontano l'esperienza della malattia tumorale, famiglie in cui il rischio di destabilizzazione risulta più elevato, nello specifico: famiglie con minori o giovani adulti, disabili, disagio psichico, dipendenze, fragilità/assenza di caregiver, difficoltà nell'integrazione sociale, linguistica, culturale, problemi economici indotti dalla malattia, anziani e grandi anziani malati oncologici.

Il Progetto propone un modello di lavoro in rete coinvolgendo un gran numero di operatori dell'area sanitaria, dell'area sociale ed educativa, costruendo canali operativi adeguati soprattutto nella tempistica per rispondere al bisogno dell'utente. A tale scopo sono coinvolti il medico oncologo, l'infermiere CAS, lo psiconcologo e l'assistente sociale, l'OdV (Organizzazione di Volontariato).³⁵

I nostri pazienti

Seguendo le indicazioni della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, sono stati raccolti in questi anni alcuni dati relativi ai pazienti oncologici presi in carico (es. età, genere, fase e localizzazione di malattia...), dai quali possiamo effettuare alcune considerazioni.

Il numero dei pazienti seguiti ambulatorialmente nella Struttura di Psicologia della nostra Azienda risulta in aumento nel corso degli anni presi in esame, dal 2020 al 2023 (Tabella 1).

Ciò corrisponde a un incremento costante dei pazienti che accedono ai servizi di psicologia anche a livello nazionale e regionale.³⁶

Naturalmente gli anni 2020 e 2021 si caratterizzano per la pandemia da Covid-19, con ripercussioni enormi anche sui dati statistici sanitari, per es la diminuzione delle visite ambulatoriali, il calo drammatico degli screening oncologici e la sottodiagnosi per la quasi totalità dei tumori.^{37,38}

L'età media dei nostri pazienti è di 58 anni (Tabella 2), in aumento (da 49 anni nel 2020 a 59 anni nel 2023) con una maggiore rappresentatività negli anni anche della fascia 66-80 e over 80, quest'ultima in particolare portatrice di caratteristiche, bisogni e tematiche diverse (multimorbilità, polifarmacoterapia, condizione di fragilità fisica e sociale, presenza di disturbi neurocognitivi...).^{39,40}

Per quanto riguarda il genere (Tabella 3), risultano in netta predominanza le donne (79% vs 21%): ciò dipende da un lato dall'e-

sistenza di una consolidata *Breast Unit* nella AOU AL, ma probabilmente anche dalla maggior propensione delle donne a ricercare un aiuto psicologico.⁴¹

Guardando la fase di malattia (Tabella 4), quasi la metà dei pazienti (45,5%) sta affrontando cure attive (chemioterapia, ormonoterapia, radioterapia, immunoterapia) nel momento in cui inizia una presa in carico psicologica; sono tuttavia molti, quasi uno su cinque, anche i pazienti che cercano un aiuto nei primissimi momenti, in fase di prima diagnosi (16%) o nel pre-intervento chirurgico (5%). In questi pazienti risultano spesso prevalenti i sintomi da esposizione ad evento critico, e richiedono pertanto interventi psicologici specifici, prevalentemente finalizzati alla stabilizzazione emotiva.⁴²

Rispetto alla localizzazione di malattia (Tabella 5), la metà circa dei pazienti seguiti (47%) ha un tumore della mammella, essendo istituita, come ricordato, la *Breast Unit* nella nostra AOU.

Tabella 1. Numero dei pazienti oncologici in carico anno per anno presso SSA Psicologia.

2020	2021	2022	2023
30	29	73	86

Tabella 2. Numero di pazienti raggruppati per fasce di età.

Età	2020	2021	2022	2023	Tot
<35	2	0	2	5	9
36-50	14	13	16	15	58
50-65	12	12	33	36	93
66-80	2	4	19	24	49
>81	0	0	3	6	9

Tabella 3. Numero e percentuale di pazienti per genere.

Genere	n	%
M	45	21%
F	173	79%

Tabella 4. Percentuale di pazienti per fase di malattia.

Fase di malattia	%
ND (Nuova Diagnosi)	16
ND con metastasi	5
ND-recidiva	4
Pre-intervento	5
Post-intervento	15
Cure attive	39
Cure palliative	2
Follow up	13
Lutto	2
Totale	100

Tabella 5. Numero e percentuale di pazienti per localizzazione di malattia.

Localizzazione malattia	Tot	%
Mammella	102	47
Polmone	17	8
Intestino	8	4
Rene	1	0
Prostata	4	2
Vescica	2	1
Testa-collo	10	5
Stomaco	5	2
Leucemia	3	1
Mieloma	1	0
Linfoma	4	2
Utero-ovaio	6	3
Colon-retto-ano	23	11
Fegato	1	0
Pancreas	6	3
Cerebrale	13	6
Melanoma	3	1
Tiroide	0	0
Sarcoma	4	2
Neuroblastoma	2	1
Altro	3	1

Discussione e Conclusioni

Criticità e prospettive future

L'attività clinica psicologica rivolta al paziente oncologico nella nostra AOU risulta molto complessa e differenziata, sia per quanto riguarda il destinatario (paziente o familiare), sia considerando il contesto di applicazione (reparto vs ambulatorio), sia infine a livello clinico rispetto alla localizzazione e alla fase della malattia, che impongono tematiche e di conseguenza interventi psicologici specifici.

Nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, tuttavia, spesso la presa in carico psiconcologica viene rappresentata come un generico "supporto psicologico", concetto vago ed indefinito che non corrisponde alla reale articolazione della disciplina psiconcologica, la quale assume invece una sempre più precisa e maggiore articolazione, con obiettivi, metodologie e strumenti specifici, configurandosi come disciplina autonoma caratterizzata da avanzamento scientifico, qualità di programmi assistenziali e innovazione nella ricerca parallelamente allo sviluppo delle discipline mediche con le quali si interfaccia.⁷

Ulteriore criticità, rilevata ampiamente dalle ricerche condotte in ambito soprattutto nazionale, riguarda l'invio del paziente al servizio di Psicologia, con richieste di consulenza che spesso risultano inferiori rispetto alle reali necessità psicologiche, oppure non specifiche; in entrambi i casi emergono ostacoli al riconoscimento del disagio psichico nel paziente da parte degli operatori sanitari, che richiederebbero costante formazione e consolidamento dei servizi di psiconcologia all'interno dei servizi.⁷

Guardando al futuro, possiamo notare come la maggior *survivorship* del paziente oncologico nel corso degli ultimi anni determini anche nuove sfide per la psiconcologia, per es la presa in carico del paziente anziano o grande anziano, o lo sviluppo di programmi più strutturati di monitoraggio degli aspetti psicologici legati alla malattia oncologica anche in fase di follow up.

Tale complessità richiede un costante aggiornamento professionale ma anche un confronto abituale con i medici specialisti, che non può prescindere anche da conoscenze di tipo clinico e dalla costruzione di linguaggi condivisibili tra le diverse professionalità.

Nell'ottica di una sempre maggiore multidisciplinarietà e di una oncologia sempre più di precisione (basata su specifici profili genetico-molecolari del tumore di ogni singolo paziente), inoltre, non si può prescindere dalla costruzione di percorsi di cura integrati e sempre più personalizzati.

Su queste criticità e queste prospettive future deve pertanto indirizzarsi l'articolazione del servizio di psiconcologia nei prossimi anni anche nella nostra AOU.

Referenze

- Ministero della Salute. Piano oncologico nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027. 2023. Available from: www.salute.gov.it
- Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, et al. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol*. 2004;15:1243-9.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196: 129-36.
- Bolton D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychol Med*. 2023;53:7504-11.
- Ostacoli L, Torta R. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale in psicologia oncologica. 2009. Available from: <https://iris.unito.it/handle/2318/124888>
- Società Italiana di Psico-Oncologia. Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. 2011. Available from: https://www.siponazionale.it/pdf_2015/Linee_Guida_SIPO_2015.pdf
- Grassi L, Costantini A, Biondi M. Manuale pratico di psico-oncologia. Sfide ed evoluzione delle cure. Il Pensiero Scientifico Editore; Rome, Italy; 2023.
- Holland J, Watson M, Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psychooncology*. 2011;20:677-80.
- World Health Organization (WHO). International statistical classification of diseases and related health problems. 2021. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association Publishing; Washington, USA; 2022.
- Derogatis LR, Abeloff MD, McBeth CD. Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms. *Psychosomatics* 1976;17:197-201.
- Grassi L. La depressione nel cancro e nell'infezione da HIV. Franco Angeli; Milano, Italy; 1997.
- Biondi M. Mente, cervello e sistema immunitario. Mc Graw-Hill; Milan, Italy; 1997.
- Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry*. 2003;54:269-82.
- Abbey G, Thompson SBN, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related posttraumatic stress disorder. *Psychooncology* 2015;24:371-81.
- Andrykowski MA, Cordova MJ, Studts JL, Miller TW. Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist—Civilian Version (PCL—C) as a screening instrument. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:586-90.
- Shelby RA, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *J Trauma Stress* 2008;21:165-72.
- Chan CMH, Ng CG, Taib NA et al. Course and predictors of post-traumatic stress disorder in a cohort of psychologically distressed patients with cancer: a 4-year follow-up study. *Cancer*. 2018;124:406-16.
- Anderson D, Jones V. Psychological Intervention for cancer-related post-traumatic stress disorder: narrative review. *Bulletin BJPsych*. 2024;48:100-9.
- Ziegler L, Hill K, Neilly L, et al. Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: a systematic review of validated self-report measures. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41:619-36.
- Giese-Davis J, Waller A, Carlson LE, et al. Screening for distress, the 6th vital sign: common problems in cancer outpatients over one year in usual care: associations with marital status, sex, and age. *BMC Cancer*. 2012;12:441.

22. Riba MB, Donovan KA, Ahmed K, et al. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023. *J Natl Compr Canc Netw.* 2023;21:450-7.
23. Van Beek FE, Wijnhoven LMA, Holtmaat K, et al. Psychological problems among cancer patients in relation to healthcare and societal costs: A systematic review. *Psychooncology.* 2021;30:1801-35.
24. Solomon R, Macy R. La gestione dello stress da eventi critici. In: *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza.* Ecomind; Salerno, Italy; 2003.
25. Faretta E. Trauma e malattia. L'EMDR in psiconcologia. Mimesis; Milan, Italy; 2014
26. Portigliatti Pomeri A, La Salvia A, Carletto S, et al. EMDR in cancer patients: a systematic review. *Front Psychol.* 2021;11:590204.
27. Guidano V. La complessità del sé. Bollati Boringhieri; Turin, Italy; 1987.
28. Istituto Superiore di Sanità. Assistenza psicosociale dei malati oncologici. Linee guida. 2023. Available from: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/10/2019_LG_AIOM_Psicosociali.pdf
29. Donovan KA, Deshields TL, Corbett C, Riba MB. Update on the Implementation of NCCN Guidelines for Distress Management by NCCN Member Institutions. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17:1251-6.
30. Morasso G, Costantini M, Baracco G, et al. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology.* 1996;53:295-302.
31. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology.* 2010;19:1013-25.
32. Justin P, Lamore K, Dorard G, Untas A. Are there young carers in oncology? A systematic review. *Psychooncology.* 2021;30:1430-41.
33. Franzone P, Pastorino A, Carlevato R, et al. Il Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) sui tumori della mammella: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria. *Working Paper of Public Health* 2022;10:9518.
34. APS Senonetwork Italia. Indicatori di qualità Senonetwork per la cura del tumore della mammella. 2023. Available from: <https://www.senonetwork.it/eventi-news/news/+indicatori-di-qualita-senonetwork-per-la-cura-del-tumore-della-mammella/1-4306-0->
35. Rete Oncologica Piemonte – Valle d'Aosta. Progetto Protezione Famiglie Fragili, nuova struttura e organizzazione. 2022. Available from: www.reteoncologica.it
36. Arduino GM, Zanlungo M, Bertolotti M, et al. La presa in carico psicologica del paziente oncologico: uno studio di 3 anni sulle attività degli psiconcologi della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta. *Recenti Prog Med.* 2022;113:674-9.
37. Istat. Rapporto annuale 2021. 2021. Available from: <https://www.istat.it/evento/rapporto-annuale-2021/>
38. Lai AG, Pasa L, Banerjee A, et al. Estimated impact of the COVID-19 pandemic on cancer services and excess 1-year mortality in people with cancer and multimorbidity: near real-time data on cancer care, cancer deaths and a population-based cohort study. *BMJ Open* 2020;10:e043828.
39. Istituto Superiore di Sanità. Linee guida tumori nell'anziano. 2022. Available from: https://www.iss.it/documents/20126/8403839/LG-283-Tumori-Anziano_ed2022
40. Zhang Y, Mohile S, Culakova E, Norton S, et al. The shared uncertainty experience of older adults with advanced cancer and their caregivers. *Psychooncology.* 2022;31:1041-9.
41. McManus S, Bebbington PE, Jenkins R, Brugha T. Adult Psychiatric Morbidity Survey: Survey of Mental Health and Wellbeing, England, 2014. 2014. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-psychiatric-morbidity-survey/adult-psychiatric-morbidity-survey-survey-of-mental-health-and-wellbeing-england-2014>
42. Grimmett C, Heneka N, Chambers S. Psychological Interventions Prior to Cancer Surgery: a Review of Reviews. *Curr Anesthesiol Rep.* 2022;12:78-87.

Correspondence: Simona Giribone, SSA Psicologia, Azienda Ospedaliera-Universitaria SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria, Italy.
Tel. +39 0131 206196.
E-mail: sgiribone@ospedale.al.it

Authors' contributions: all the authors made a substantive intellectual contribution. All the authors have read and approved the final version of the manuscript and agreed to be held accountable for all aspects of the work.

Conflict of interest: the author declares no potential conflict of interest.

Funding: none.

Ethics approval and consent to participate: not applicable.

Informed consent: not applicable.

Availability of data and materials: all data generated or analyzed during this study are included in this published article.

Received: 23 May 2024.

Accepted: 8 July 2024.

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2024
Licensee PAGEPress, Italy
Working Paper of Public Health 2024;12:10050
doi:10.4081/wpph.2024.10050

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).