

Documento Tecnico

Valutazione Psicologica nei pazienti oncologici

2023



INDICE

1. Razionale Scientifico

1.1 Distress

1.2 Comunicazione

2. Scopo

3. Campo di applicazione

4. Descrizione delle attività

4.1 Identificazione pazienti/screening psiconcologico

4.2 Consulenza psiconcologica

4.3 Redazione scheda psiconcologica

4.4 Redazione cartella clinica

4.5 Definizione del programma di monitoraggio

4.6 Continuità territoriale attraverso la piattaforma ROC

5. Intervento psicologico e presa in carico del paziente

6. Raccomandazioni

7. Conclusioni

8. Documenti di riferimento

8.1 Linee Guida

8.2 Bibliografia

Allegati

1. Scheda valutazione psiconcologica;
2. Cartella clinica psiconcologica;
3. Scheda termometro del distress;
4. Cope-vni;
5. Ansia e depressione (hads o zung);
6. General decision making style;
7. Neq;
8. Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito.

1. RAZIONALE SCIENTIFICO

Il cancro è un insieme di malattie con eziopatogenesi, caratteristiche cliniche, trattamenti e prognosi diverse. L'incidenza del cancro risulta in aumento, con stime (OMS) che indicano una crescita del 60% entro il 2030, in funzione sia dell'invecchiamento della popolazione, sia in parte in funzione dell'efficacia delle campagne di screening. In Italia nel 2022 i nuovi casi di tumore sono 400.000 circa (ad eccezione dei tumori della cute diversi dal melanoma), con aumento dell'1,4% negli uomini e dello 0,7% nelle donne rispetto al 2020. La precocità della diagnosi, il miglioramento dei trattamenti oncologici, ha comportato un considerevole aumento della sopravvivenza, nel nostro Paese, più di due milioni sono le persone guarite o con una sopravvivenza superiore ai 5 anni. Le malattie oncologiche hanno quindi un ruolo fondamentale nella epidemiologia delle malattie come malattia ad alto impatto sociale, infatti, il cancro rappresenta sempre, per il paziente e la sua famiglia, ma anche per i terapeuti, una prova esistenziale sconvolgente. La diagnosi di una neoplasia è una deflagrazione che investe tutti gli aspetti della vita del paziente, il rapporto con il proprio corpo, il significato della sofferenza, della malattia e della morte, la famiglia e le sue relazioni, il ruolo sociale e professionale, come pure il rapporto con l'equipe del personale medico e oncologico. Pertanto il coordinamento di tutte le azioni che intervengono nella diagnosi, cura e assistenza al malato oncologico, sia in ospedale che nel territorio, è ormai universalmente considerato un nodo cruciale ed irrinunciabile ai fini del raggiungimento di livelli standard di qualità, sicurezza, corretta allocazione di risorse e requisito fondamentale per consentire equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini. Nell'ambito dell'assistenza al malato oncologico tra l'altro vanno considerati non solo gli aspetti clinici e psicologici, ma anche tutta la gestione pratica del percorso di cura dalle fasi iniziali a quelle più avanzate. Solo in questo modo si può assicurare al malato e alla sua famiglia una migliore qualità di vita durante tutte le fasi delle cure e dell'assistenza, valorizzando gli interventi territoriali alla pari di quelli ospedalieri. Da una disamina della letteratura si evidenzia che circa il 30% dei pazienti neoplastici è affetto da ansia clinicamente significativa, la prevalenza di depressione varia da 20% a 35% e il 50-70% manifesta forme di distress emozionale. La psicooncologia si propone di assicurare un supporto psicologico e psicoterapeutico a chi affronta o ha affrontato una malattia da un punto di vista biologico, cognitivo, emotivo, relazionale, sociale e spirituale. È ampiamente riconosciuta la necessità di attivare, per le diverse neoplasie nelle varie fasi di malattia, percorsi psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificamente psicoterapeutici (individuali, di coppia, familiari) per il paziente e la sua famiglia, integrati all'interno dei percorsi della cura medica. L'intervento psicologico richiede una presa in carico repentina che consenta alle difficoltà connesse alle "crisi" evolutive del percorso diagnostico

terapeutico di non cronicizzarsi in vere e proprie sindromi psicopatologiche: la tendenza a minimizzare e “normalizzare” la sofferenza comporta una sottovalutazione dei sintomi ed un loro mancato trattamento.

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.

La rete oncologica regionale campana ha tra gli obiettivi anche quello di garantire a tutti i pazienti, ai familiari, ai *caregiver* ed agli operatori un adeguato livello di assistenza psicologica ospedaliera e territoriale. A tal fine si prevede di realizzare in modo uniforme sul territorio regionale adeguati livelli di assistenza, di programmazione sanitaria, di ricerca ed interventi di prevenzione. La scelta nasce dalla consapevolezza che i pazienti neoplastici presentano abitualmente quadri di sofferenza psicologica, nonché “difficoltà di adattamento con influenze negative sulla qualità di vita, sull’aderenza ai trattamenti ed una percezione maggiore degli effetti collaterali con evidenti ricadute sulla relazione medico-paziente, i tempi di degenza, il recupero e la riabilitazione”. Il carico per il paziente è ulteriormente appesantito da necessità pratiche e da bisogni di tipo informativo. La presenza di questi bisogni psicosociali può limitare notevolmente l’individuo nelle sue attività, costituendo anche un problema di natura sociale ed economico ostacolando la capacità di affrontare nel modo migliore la malattia. Questi aspetti sono così rilevanti che alcuni autori suggeriscono di considerare il cancro una “malattia biopsicosociale”.

L’assistenza psicosociale è, dunque, considerata una componente essenziale di un trattamento oncologico ottimale: essa si pone l’obiettivo di alleviare il distress emozionale e di promuovere il benessere: elemento chiave di qualsiasi strategia volta a migliorare la qualità di vita delle persone con tumore. Nonostante questa diffusa consapevolezza dimostrata dall’evidenza scientifica, molti pazienti beneficerebbero di interventi psicosociali che in realtà non ricevono. Ancora oggi, infatti, i bisogni psicosociali spesso non vengono rilevati e trattati in modo opportuno.

1.1 Distress

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 (Ziegler, Hill et al., 2011; Waller, Groff et al., 2012).

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 nell'abilità del paziente di affrontare la patologia, i suoi sintomi fisici e il suo trattamento (National Comprehensive Cancer Network, 2002).

La presenza di distress è strettamente legata ai bisogni non soddisfatti dei pazienti. Pur non essendo inquadrato quale vero e proprio disturbo psichiatrico, quando moderato o severo il distress può essere considerato una categoria generica di sofferenza emozionale, che comprende ansia e depressione e i disturbi dell'adattamento. Il termine distress ha il vantaggio di essere maggiormente accettato dai pazienti, non implicando lo stesso stigma percepito che risulta associato alla depressione, e di essere più ampio e inclusivo, indicando disturbi diversi. La letteratura riporta che il distress non trattato può avere un impatto negativo sulla qualità di vita di pazienti e familiari, sull'adesione ai trattamenti e sulla sopravvivenza.

Lo screening del distress in pazienti oncologici è raccomandato da diverse società scientifiche autorevoli e richiesto da molte agenzie di accreditamento, assunto il presupposto che la sua identificazione precoce porta ad una sua significativa riduzione. I pazienti con cancro dovrebbero essere sottoposti a screening per il distress psicologico nei momenti in cui il rischio di svilupparlo è più alto (es. diagnosi, transizione a un altro trattamento, completamento del trattamento, modifica dello stato della malattia).

La valutazione del distress va effettuata utilizzando strumenti validati e documentata in cartella clinica ed a seconda del suo esito si prevedono differenti programmi di intervento e di gestione del disagio. La presenza di distress si può estendere lungo un continuum in cui da un lato si collocano i normali e comuni sentimenti di vulnerabilità, paura e tristezza e dall'altro sindromi clinicamente significative e fortemente disabilitanti, come la depressione maggiore ed i disturbi d'ansia e dell'adattamento (Ziegler, Hill et al., 2011).

Quando è presente un disagio psicologico significativo la sintomatologia fisica dei pazienti oncologici può peggiorare sensibilmente e la qualità di vita può subire un impatto estremamente negativo (Greer, Traeger et al., 2012; Brown, Kroenke et al., 2010; Redeker, Lev et al., 2000). La prevalenza di distress psicologico può essere messa in relazione ai vari tipi di tumore e all'evoluzione della patologia ed è solitamente maggiore tra coloro che soffrono di un cancro in fase avanzata con prognosi severa. Alcuni studi evidenziano una prevalenza di distress che può raggiungere il 60% (Waller, Groff et al., 2012; Holland & Alici, 2010). Sembrano esserci anche alcuni fattori anamnestici e socio-demografici, come in particolare gli eventi stressanti di vita che precedono la diagnosi di tumore, che sembrano correlati ad un maggiore rischio di sperimentare sintomi di distress moderato o grave (Grassi, Johansen et al., 2013). Il mancato riconoscimento del distress nei pazienti oncologici incide anche sugli operatori sanitari producendo numerosi effetti negativi sul processo di cura e sul trattamento: risulta correlato ad una minore aderenza ai trattamenti, può ostacolare e compromettere la relazione

medico-paziente e complicare i processi di decision-making (Greer, Traeger et al., 2012; Partridge Wang et al., 2003; Di Matteo, Lepper et al., 2000; Bultz & Holland, 2006; Carlson & Bultz, 2004).

1.2 Comunicazione

Una corretta informazione/comunicazione ai pazienti e ai loro familiari/*caregiver*, in tutte le fasi della malattia, è uno dei più importanti elementi della terapia di supporto in oncologia. Difatti, una comunicazione adeguata contribuisce a ridurre l'incertezza, a rafforzare nel paziente un senso di autonomia e di controllo aiutandolo a prendere decisioni. Alcuni autori definiscono l'informazione al paziente come un *tipo di supporto per orientarsi nel territorio delle conoscenze della malattia e dell'assistenza*. Un processo dinamico, nel quale i pazienti accolgono le informazioni che ritengono importanti e se lo desiderano si rivolgono ai professionisti per avere indicazioni e chiarimenti. La comunicazione è, pertanto, a tutti gli effetti un atto terapeutico e un presupposto per l'acquisizione di un consenso informato "adeguato".

Una comunicazione efficace consente di rafforzare la consapevolezza del malato (*empowerment*), il suo coinvolgimento attivo (*engagement*) nelle scelte di cura e la sua aderenza ai trattamenti.

2. SCOPO

Il presente documento si propone di realizzare un percorso condiviso per il supporto psicologico nel malato oncologico finalizzato a fornire la migliore assistenza possibile al paziente, alla famiglia e al *caregiver*, sia in ospedale che sul territorio.

Tale documento definisce i compiti e le responsabilità dei diversi operatori coinvolti lasciando ad ogni singolo servizio accreditato la possibilità di ampliare il proprio livello di *performance* operativa in relazione alle risorse umane e tecnologiche disponibili.

Per la costruzione del modello psiconcologico il gruppo di lavoro ha utilizzato come riferimento e confronto le principali linee guida, nazionali ed internazionali, le normative attuali nonché alcuni protocolli operativi utilizzati in altre realtà regionali. Gli obiettivi specifici sono:

- Standardizzazione dell'iter diagnostico terapeutico relativo a screening del distress, valutazione psicodiagnostica e attivazione del supporto psico-oncologico;
- Miglioramento degli aspetti informativi e comunicativi tra i diversi operatori sanitari coinvolti e con i pazienti;

- Miglioramento della qualità delle cure prestate, attraverso l'identificazione e il monitoraggio di indicatori di processo e di esito e la creazione di un sistema di raccolta e analisi dei dati.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica nelle strutture sanitarie della Regione Campania aderenti al PDTA e si estende ai pazienti adulti affetti da neoplasia, familiari e *caregiver* sottoposti a visita oncologica ambulatoriale o in corso di ricovero ospedaliero.

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

La presa in carico globale del malato, fin dall'inizio del percorso terapeutico, prevede un approccio multidisciplinare sostenuto da un'organizzazione delle attività ospedaliere che garantisca da un lato, il miglior trattamento antitumorale (in termini di qualità, di tempi e di coordinamento degli interventi), e dall'altro, un precoce riconoscimento di eventuali altri bisogni (psicologici, sociali e riabilitativi) del malato. La valutazione e la presa in carico psicologica è finalizzata ad individuare i fattori di "rischio" psicologico, facilitando il processo di accettazione e di adattamento alla malattia oncologica, favorendo la relazione terapeutica con il team curante e sostenendo il paziente sul piano emotivo. L'intervento psicologico, inoltre, rinforza la consapevolezza del paziente durante il processo decisionale (*decision making*), il ruolo di responsabilità e di cura del team con l'obiettivo comune di raggiungere una buona relazione, uno scambio autentico e la condivisione delle scelte terapeutiche.

Compito dello psicologo non è solo la cura del disagio psichico, ma deve intervenire per sostenere e valorizzare le risorse presenti, sia individuali che familiari. In particolare, il sostegno ai care-giver è decisivo. Inoltre, in ambito ospedaliero lo psico-oncologo è la figura istituzionale che meglio può costituire l'interfaccia con le associazioni di volontariato rappresentanti i bisogni dei pazienti

E' quindi necessario mettere a disposizione dei professionisti indicazioni basate su prove di efficacia, che li guidino alla comprensione dell'impatto emotivo della patologia sui loro pazienti e all'applicazione di strategie volte a ridurlo. Le fasi particolarmente critiche dal punto di vista psicologico risultano essere le seguenti:

- **fase diagnostica:** comunicazione della diagnosi, condivisione del piano terapeutico e processo di *decision-making*;
- **fase terapeutica:** adattamento alle opzioni terapeutiche e agli effetti collaterali e relativo impatto sul benessere psicologico e sulla qualità di vita;

- **fase di post-trattamento:** gestione della “*fear of recurrence*” (paura della recidiva) e delle conseguenze fisiche e psichiche della malattia e dei trattamenti;
- **fase di survivorship:** recupero della traiettoria di vita, riabilitazione psico-sociale e lavorativa;
- **fase di recidiva:** gestione del distress emotivo correlato alla progressione della malattia;
- **fase avanzata e/o terminale:** gestione del distress emotivo correlato alle tematiche esistenziali (angoscia di morte). Le specifiche finalità dell’intervento psicologico prevedono di:
 - ✓ Sottoporre tutti i pazienti a screening ad intervalli regolari, in particolare in momenti in cui il rischio di sviluppare il distress è più alto (es. diagnosi, transizione ad un altro trattamento, completamento del trattamento, modifica dello stato di malattia);
 - ✓ Rilevare la presenza di fattori di rischio, su cui agire preventivamente arginando gli effetti psicopatologici conseguenti il disagio emozionale;
 - ✓ Riconoscere i bisogni sociali del paziente, dei familiari e dei *caregiver*, in fase iniziale, a intervalli appropriati e quando si modificano le condizioni cliniche, coinvolgendo i servizi sociali e la rete delle associazioni di volontariato del territorio;
 - ✓ Offrire adeguati interventi terapeutici (*counseling*, sostegno psicologico, psicoterapia; tecniche a mediazione corporea, *mindfulness* e altre terapie complementari).

Diventa indispensabile dunque il riconoscimento precoce e la valutazione del disagio emozionale nella malattia oncologica. Spesso l’intervento si trova a dover rispondere frequentemente a richieste che non sempre si configurano come psicopatologiche, ma piuttosto di grande, acuta, sofferenza psicologica.

È opinione fortemente condivisa che ogni paziente oncologico debba ricevere una valutazione ed eventualmente una presa in carico psicologica. Ciò nonostante, in relazione alla realtà attuale non è ancora sostenibile che tutti i soggetti affetti da patologia neoplastica si possano avvalere di un intervento psicologico. Tuttavia si ritiene utile raccomandare la presa in carico psicologica a tutti i pazienti che ne facciano espressa richiesta, in presenza di un disagio, durante il processo decisionale e in tutti quei momenti considerati “critici” dal paziente o dall’equipe.

4.1 Identificazione pazienti/ screening psiconcologico

L’oncologo ed il case manager possono richiedere consulenza psiconcologica; si raccomanda il termometro del distress come strumento d’indirizzo per l’identificazione del paziente.

L'utilizzo, nella pratica clinica, del termometro del distress (allegato 9.4) consente di rilevare l'intensità del disagio emotivo e le aree problematiche che impattano maggiormente sulla qualità di vita del paziente. L'elevata presenza di risposte affermative nelle aree problematiche permette di identificare la "complessità" del paziente. Al paziente "complesso" deve essere assicurata una presa in carico psicologica e per tale ragione si raccomanda che il termometro del distress diventi parte integrante del dossier che accompagna il paziente e che possa essere riproposto in tutte le fasi della malattia: diagnosi, transizione ad un altro trattamento, completamento del trattamento, modifica dello stato di malattia ed in ogni momento considerato "critico" dal paziente o dall'equipe.

4.2 Consulenza psiconcologica

In relazione alla richiesta di consulenza insieme alla somministrazione del termometro del distress è prevista una valutazione clinica (con l'utilizzo discrezionale di questionari - vedi allegato n. 8) suddivisa per aree:

- Area comunicativo/decisionale;
- Area psico-diagnostica;
- Area familiare–sociale.

Dimensioni di particolare interesse al fine di garantire una presa in carico personalizzata e una scelta terapeutica del paziente sempre più consapevole.

4.3 Redazione scheda psiconcologica

Viene inviata al *core team* una relazione riportata sulla **scheda psiconcologica** contenente la valutazione clinica, lo stato psicologico ed il programma terapeutico.

4.4 Redazione cartella clinica psiconcologica

Successiva alla valutazione clinica potrà esserci una presa in carico psicologica presso il servizio di riferimento. Le informazioni clinico/psicodiagnostiche, il programma terapeutico ed il monitoraggio verranno riportate sulla cartella clinica che sarà resa disponibile nella ROC

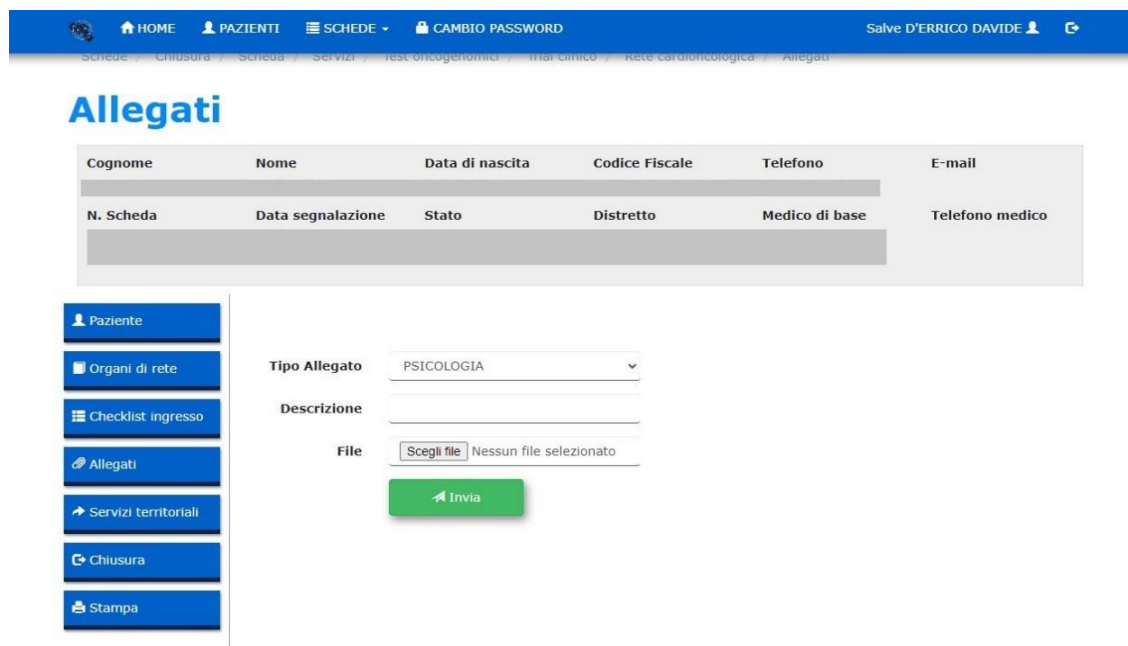
4.5 Definizione del programma di monitoraggio

Verrà definita una programmazione temporale delle visite di controllo sulla base della situazione psicologica del paziente.

4.6 Valutazione psico-oncologica

La presa in carico dei GOM avviene in maniera olistica e non può prescindere dall'occuparsi della persona non solo dal punto di vista della patologia medica, ma anche da un punto di vista psico-

sociale. La piattaforma ROC dà la possibilità di inserire nella sezione “allegati” la relazione psicologica.



In relazione alla valutazione psicologica del paziente verranno programmati tre differenti livelli di intervento

5. INTERVENTO PSICOLOGICO E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

- 1) **Primo livello psiconcologico:** definibile anche come “livello base”, comprende interventi minimi ed essenziali ossia azioni di prevenzione del disagio emotivo che hanno l’obiettivo di accogliere, condividere e contenere le ansie del paziente e dei suoi familiari favorendo l’instaurarsi di un rapporto di fiducia con i sanitari e sostenendo la fase di comunicazione al momento della diagnosi e nelle diverse fasi di malattia. Il primo livello di intervento prevede, inoltre, di aiutare il paziente ed il *caregiver* ad affrontare e a gestire la malattia sviluppando competenze di base (acquisizione informazioni specifiche e sviluppo della consapevolezza) e fornendo informazioni sugli aiuti disponibili (interventi socio-assistenziali e psicoeducazionali).
- 2) **Secondo livello psiconcologico:** consiste in un intervento di individuazione e contenimento del disagio emotivo. Rivolto a pazienti e familiari/*caregiver* affronta le difficoltà legate alla esperienza di malattia o alla scarsa aderenza ai trattamenti. Per i soggetti candidati ad un intervento di “secondo livello” si prevede l’utilizzo di colloqui di valutazione psicodiagnostica e di sostegno. Compatibilmente con l’organizzazione e con le risorse disponibili nelle singole realtà territoriali si suggerisce l’impiego di strumenti quali i gruppi di supporto, le osservazioni del nucleo familiare e l’attivazione di risorse extra sanitarie (sociali, domiciliari, altre individualizzate).
- 3) **Terzo livello psiconcologico:** consiste in una presa in carico psicoterapeutica e/o farmacologica. Si tratta di azioni rivolte a pazienti e familiari che richiedono un aiuto in rapporto a componenti psicopatologiche reattive o all’emergere di aspetti psicopatologici precedentemente compensati e slatentizzati dall’evento traumatico-malattia (ansia, depressione, etc). A tutti i soggetti per i quali è appropriato un intervento di “terzo livello” si raccomanda presa in carico psicologica continuativa individuale, familiare, di coppia, di gruppo ed eventuale terapia psico-farmacologica che potrà essere gestita direttamente dallo psico-oncologo, quando di formazione psichiatrica.

6.RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda l'intervento dello psiconcologo:

- a tutti i soggetti adulti, affetti da patologia oncologica, definibili “complessi”;
- a tutti i bambini/adolescenti affetti da patologia neoplastica e alle figure genitoriali.

Si raccomanda che tutti i pazienti affetti da patologia oncologica e i loro familiari siano sempre informati sulla possibilità di usufruire del consulto psicologico.

Si raccomanda la formazione continua degli operatori sanitari. La formazione, insieme alla comunicazione, sono azioni trasversali di sistema che contribuiscono al raggiungimento di obiettivi di salute. Come riportato nel piano Piano Oncologico Nazionale (2023-2027) è fondamentale anche supportare lo sviluppo di *soft skill* relative alla “Comunicazione in Oncologia”, con specifico riferimento, ad esempio, alle dinamiche del gruppo di lavoro, alla promozione dell'attività multidisciplinare e interdisciplinare (es. comunicazione e relazione nei gruppi di lavoro, gestione dei conflitti, promozione dei gruppi ottimali) e alla comunicazione con il paziente, sottolineando l'importanza dell'umanizzazione delle cure. Coerentemente con le modalità organizzative/gestionali e con le risorse disponibili nelle diverse realtà si consiglia l'impiego dei seguenti strumenti:

- riunioni e momenti di confronto inseriti nella pratica clinica corrente in reparto, Day Hospital, ambulatori con medici, infermieri, altri sanitari coinvolti;
- attività di supporto/supervisione operatori;
- attività di formazione per gli operatori;
- attività di intervizione di casi clinici tra psiconcologi al fine di condividere prassi e teorie relative ai modelli terapeutici e in cui si promuove la conoscenza scientifica. Tale attività è finalizzata anche a prevenire fenomeni di isolamento professionale/burn out;

Si raccomanda che “i *caregiver*” ricevano, soprattutto all'inizio del percorso, una formazione specifica che consenta l'acquisizione di conoscenze e competenze, utili per far fronte alla complessità della malattia ed alle conseguenze dei trattamenti antitumorali.

Si raccomanda l'attivazione di ambulatori virtuali dedicati (televisite), all'interno delle relative piattaforme regionali, in cui avverranno consultazioni con gli specialisti psiconcologi. Un filo diretto psicologo-paziente che non si sostituisce alla visita psicologica in presenza, ma prende in carico i bisogni di salute, riduce la necessità di spostamento e quindi facilita soprattutto i pazienti più fragili e anziani. Le prestazioni erogabili in modalità tele visita verranno effettuate successivamente alla valutazione da parte dello psiconcologo seguendo le modalità previste dalle specifiche strutture e nel rispetto della normativa vigente.

7. CONCLUSIONI

La patologia neoplastica e i suoi trattamenti rappresentano sul piano soggettivo un'interruzione importante del ciclo vitale che investe in maniera significativa la sfera psicologica del paziente e dei suoi familiari e possano causare una sofferenza multidimensionale definita dalla comunità scientifica mondiale con il termine di distress. La presenza di distress psicologico è influenzato da diversi fattori come il tipo di tumore, il trattamento, i fattori anamnestici e socio-demografici, in particolare gli eventi stressanti che precedono la diagnosi di tumore.

Il distress nei pazienti oncologici è un'esperienza emotiva multifattoriale spiacevole che influisce sull'abilità del paziente di affrontare la patologia, sui sintomi fisici e sul trattamento (National Comprehensive Cancer Network, 2002).

Un distress clinicamente rilevante è associato, infatti, ad un'aumentata percezione degli effetti collaterali dei trattamenti, peggioramento della qualità della vita, impoverimento delle relazioni sociali, disfunzioni familiari, alterazione della relazione medico-paziente, maggiore difficoltà alla ripresa e al reinserimento lavorativo, aumento dei tempi di recupero e riabilitazione, allungamento delle degenze, maggiori richieste di accertamenti diagnostici e consultazioni incongrue, maggiore utilizzo di farmaci e minore aderenza a stili di vita salutari che influenzano l'andamento della malattia. Livelli significativi di stress emozionale sono correlati, anche, ad una minore aderenza ai trattamenti che, oltre ad ostacolare e compromettere la relazione medico-paziente, possono complicare i processi decisionali (*decision making*) che riguardano le scelte terapeutiche. L'intervento psicologico favorisce il processo di accettazione e adattamento alla patologia, facilita la relazione terapeutica con l'equipe curante e supporta il paziente sul piano emotivo promuovendo l'assunzione di responsabilità individuale del paziente e dell'equipe curante.

Il supporto emozionale è, invece, al primo posto tra i bisogni non soddisfatti in termini di prevalenza (*unmet care needs*) nei pazienti e nei loro familiari/*caregiver*. È marcata, quindi, la necessità di attivare, per le diverse neoplasie e nelle varie fasi di malattia (compresa la *survivorship*), percorsi

psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificamente psicoterapeutici (individuali, di coppia, familiari) per il paziente e la sua famiglia, integrati all'interno dei percorsi della cura medica.

La possibilità di valutare il disagio emotivo dei soggetti durante il percorso diagnostico-terapeutico rappresenta un'opportunità per rilevare precocemente il sintomo, comprendere il fenomeno in relazione alla situazione clinica e predisporre specifici interventi tempestivi.

Tali aspetti assumono, inoltre, rilevanza particolare nei nuovi percorsi di cura oncologica (oncologia di precisione) sempre più personalizzati e di precisione, che coinvolgendo approcci terapeutici basati su individuali e specifici profili genetico-molecolari del tumore di ogni singolo paziente, comportano un ruolo ancora più specifico della psico-oncologia per rispondere all'ampio spettro di reazioni emozionali, comportamentali e relazionali che la nuova terapia può determinare sia nel paziente/*caregiver*/famiglia. Ne consegue, quindi, la necessità di una formazione specifica in questa disciplina, come raccomandato dalle linee-guida internazionali di area psicologica e psichiatrica, finalizzata ad una presenza stabile di specialisti psico-oncologi nei gruppi multidisciplinari.

Per la stesura di questo modello si è fatto riferimento alle principali Linee Guida, nazionali ed internazionali, alle normative attuali nonché ad alcuni protocolli operativi utilizzati in altre realtà regionali. L'obiettivo è favorire l'integrazione della cura psicosociale nella cura medica del paziente oncologico assicurando una cura globale, uniforme e omogenea. Offrire pertanto una adeguata assistenza ai pazienti oncologici, implica anche rilevare precocemente potenziali problemi di carattere psicologico.

Nel PDTA si prevede una fase iniziale in cui viene eseguito lo *screening* psicologico con misurazione del distress emozionale. Lo *screening* valuterà il grado di "complessità" del paziente e tre differenti livelli di intervento psicooncologico. La presa in carico potrà avvenire in qualsiasi momento dell'iter terapeutico. Alla diagnosi, nel follow-up, nella fase di remissione, nell'eventuale recidiva o nel fine vita. Gli interventi terapeutici individuati saranno: *counseling* psicologico, sostegno psicologico; psicoterapia; tecniche a mediazione corporea; *mindfulness* e altre terapie complementari; gruppo self-help; psicofarmacoterapie. Le strutture coinvolte nell'erogazione degli interventi saranno i reparti di degenza ordinaria, i day hospital, gli ambulatori e i presidi territoriali.

"... E' fuor di dubbio che dall'attenta, consapevole e programmata gestione della sofferenza psichica, l'intera organizzazione ne trae un vantaggio e gli stessi piani terapeutici ne guadagnano in efficacia: pazienti meno angosciati e psicologicamente sostenuti nell'impatto con la malattia e l'intervento clinico, sviluppano comportamenti che migliorano la compliance e quindi l'efficacia delle cure; familiari più adeguatamente informati e più supportati dal punto di vista psicologico,

partecipano con più adeguatezza al processo di assistenza; operatori sanitari più formati e protetti di fronte ai rischi di stress o di burn-out, si assentano meno e lavorano meglio. Tutto ciò produce, nel tempo, un miglioramento del clima organizzativo e dell'efficacia complessiva della cura e dell'assistenza, che (nel breve e medio periodo) può anche portare ad una riduzione complessiva dei costi.” (P.Bozzaro).

8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Il presente documento fa riferimento ai seguenti documenti informativi:

Ministero della Salute – Piano Oncologico Nazionale 2023-2027;

PDTA Regione Campania – Nutrizione Artificiale in Oncologia – Edizione 2022;

Ministero della Salute - Decreto 29 aprile 2022 - Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare»

Ministero della Salute - Allegato A - accordo Stato-Regioni: Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina del 27 ottobre 2020 versione 4.4;

Decreto n. 19 del 05.03.2018. Rete Oncologica Regionale: Adozione Documenti Tecnici. BURC n. 22/2018;

Decreto n. 98 del 20.09.2016. Istituzione della Rete Oncologica Campania.BURC n. 63/2016;

Regione Campania - DCA n.191/2016 e n.192/2016 - progetto “Ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle piccole isole ed in altre località caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso”;

Decreto n. 383 del 25.10.2015 - servizi sanitari erogabili a distanza Telemedicina – Regione Campania;

<https://osservatorio.favo.it/dodicesimo-rapporto/introduzione/>;

Ministero della Salute: Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per il 2011-2013.

8.1 Linee guida:

NCCN Guidelines for Supportive Care: Distress Management, Version 2.2018 —February 23, 2018-
<http://www.nccn.org>; National Comprehensive Cancer Network (NCCN);

Linee guida: Assistenza psicosociale dei malati oncologici, Edizione 2019 - https://content/uploads/2019/10/2019_LG_AIOM_Psicosociali.pdf - Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM);

Linee guida: “Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica” - Seconda Edizione, 2013 - SIPO - Società Italiana di Psico-Oncologia;

8.2 Bibliografia:

National Comprehensive Cancer Network (NCCN): NCCN Guidelines for Supportive Care: Distress Management, Version 2.2018 — February 23, 2018- <http://www.nccn.org>;

Jacobsen PB, Lee M. *Integrating Psychosocial Care Into Routine Cancer Care*. Cancer Control. 2015 Oct;22(4):442-9;

Morasso G, Caruso A, Belbusti V, et al. Improving physicians' communication skills and reducing cancer patients' anxiety: a quasi-experimental study. Tumori 2015 Jan-Feb; 101 (1):131 – 7;

Bibila S, Rabiee F. Training the powerful: issues that emerged during the evaluation of a communication skills training programme for senior cancer care professionals. Eur J Cancer Care (Engl). 2014 Jul;23(4):531-44;

Meijer A, Roseman M, Delisle VC, et al. Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: A systematic review. J Psychosom Res. 2013;75(1):1-17;

Charles d. Spielberger ed. Italiana: luigi pedrabissi e massimo santinello giunti os 1989, 1998

Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? Acta Oncol. 2013 Feb;52(2):216-24;

Galway K, Black A, Cantwell M, et al. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD007064:

Fargelin A, Zikmund – Fisher BJ, Ubel PA. Helping patients decide: ten steps to better risk communication. J Natl Cancer Inst. 2011; 103:1436-43:

Caruso A, Tramontana A, Bigazzi V. Burnout e formazione psicologica degli operatori sanitari in oncologia, Interventi in psiconcologia, NO'OS 3: 2011;247-259;

Harrison D. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. Support Care Cancer. 2009; 17:1117–28;

Passalacqua R, Caminiti C, Campione F, et al. Prospective, multicenter, randomized trial of a new organizational modality for providing information and support to cancer patients. J Clin Oncol. 2009;27(11):1794-9;

Ravenna AR, Approccio psicologico alla relazione con la persona sofferente. Il dolore e l'esistenza. In: Quattrini GP, Ravenna AR, Basili G, Mazzei S, Mengheri M, Liperini G. Le forme della gestalt. Informazione Psicologica Psicoterapia Psichiatria 2008; 11:6-13;

Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. Int J Psychiatry Med. 2006; 36:13-34;

Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with patients. 2nd Edition. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2005;

Caruso A, Ravenna AR, Bongiorno L, Limoncelli L, Tomao F, Arcidiacono S. Valutazione dell'impatto di un modello di formazione psiconcologica per infermieri. Giornale Italiano di Psico-Oncologia, 2005;7:54-61;

Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. Curr Opin Oncol. 2005; 17:331-5.;

Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, et al. Cancer patients' needs during hospitalization: a quantitative and qualitative study. BMC Cancer. 2003; 3: 12;

Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. Patient Educ Couns. 2003;50: 179-86;

Bellani L. M., Morasso G, Amadori D., Orru W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P., Psiconcologia – Ed. Edra Masson – 2002;

Caruso A, Ravenna AR, Tramontana A, et al. La formazione psicologica degli operatori: la proposta di un modello interdisciplinare. Giornale Italiano di Psico-Oncologia 2000; 1: 12-6;

Sirigatti S, Stefanile C (eds). The Maslach Burnout Inventory: adattamento e taratura per l'Italia. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali, 1993:

Per la valutazione dei sintomi vengono solitamente seguiti i criteri diagnostici più usati in ambito psichiatrico (International Classification of Diseases – 10 Edition, ICD – 10 American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5TR Edition, DSM – 5TR).

9. ALLEGATI

Scheda valutazione psiconcologica

Scheda Psiconcologica

UO Psicologia Oncologica

GOM _____

Cognome	Nome
Nato a:	il:
Residente:	Indirizzo:
Tel.	Stato civile:
Figli: M ____ Età _____ F ____ Età _____	Titolo di Studio:
Professione:	Condizione lavorativa attuale:
Medico di base:	Patologia:
CF	COD ROC:

Screening Distress:

Rilevazione iniziale complessità globale:

VALUTAZIONE PSICOLOGICA

Area comunicativa/decisionale	Livello comunicativo/ informativo, capacità decisionale.
Area psico-diagnostica	Stili di coping, disturbi psicologici/ psichiatrici
Coesione familiare, supporto sociale.	

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Referto del _____

	Psicologo -Psicoterapeuta
	Dr.ssa

Cartella clinica psiconcologica

CARTELLA CLINICA PSICONCOLOGICA

☐ Gom ☐ Ambulatoriale ☐ Televisita ☐ Consenso Informato
 (_____)

RICHIESTA INTERVENTO PSICOLOGICO:

☐ Paziente ☐ Familiare _____ ☐ Operatore sanitario _____ ☐
 Gom _____

TRATTAMENTO:

☐ Paziente ☐ Familiare _____ ☐ Familiare con mutazione _____ ☐
 Altro _____

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____

il _____ Residente _____ Via _____

Tel _____ Cell _____ Stato _____

civile _____

Figli _____ M ____ Età ____ F ____ Età ____ Titolo _____ di _____

studio _____ Professione _____

CF _____ Medico _____ di _____

base _____ Psichiatra _____

ANAMNESI MEDICA:

Diagnosi _____

oncologica _____ Data _____

Interventi _____

chirurgici _____ Data _____

Trattamenti _____

effettuati _____

Trattamenti _____ in _____

corso _____

Trattamenti _____ previsti _____

Struttura _____ di _____

referimento/medico _____

Comorbilità _____

SCREENING PSICOLOGICO (_____)

Distress: _____

Complessità: _____

ANAMNESI

PSICOLOGICA: _____

Trattamenti _____ psicofarmacologici _____ precedenti/in
corso _____

Diagnosi _____
psichiatrica _____

(Orientamento spazio-temporale, eloquio)

VALUAZIONE PSICOLOGICA:

a) Area

comunicativa/decisionale: _____

Test _____
somministrati _____

b) Area

psico-

diagnostica: _____

Test _____
somministrati _____

c) Area

familiare

sociale: _____

Test

somministrati: _____

Sintesi: _____

CONCLUSIONI E PROGETTO TERAPEUTICO:

(Livello di Intervento: ☐ Primo ☐ Secondo ☐ Terzo)

Data.....

Dott.....

DIARIO COLLOQUI:

Scheda Termometro del distress

Distress Thermometer (Gil et al 2005). Il Termometro del Distress o del Disagio, secondo la versione italiana in corso di validazione, è uno strumento ad un singolo item ad ancoraggio, che valuta lo stress soggettivo percepito dal paziente attraverso una scala analogico visuale e una lista di cinque aree problematiche.



TERMOMETRO DEL DISTRESS (DT)

NCCN Practice Guidelines
in Oncology – v.1.2008

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

Cognome e Nome: _____

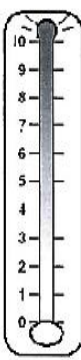
Sex M F Et  _____

Diagnosi _____

Data _____

La preghiamo di indicare con una crocetta su S  o NO se qualcuna delle seguenti voci   stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso

Istruzioni: La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantit  di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana oggi compreso



10 = MASSIMO DISAGIO EMOTIVO
(MASSIMO STRESS)

0 = NESSUN DISAGIO EMOTIVO
(NESSUNO STRESS)

SI NO A. PROBLEMI PRATICI

- ☐ Problemi nella cura dei figli
- ☐ Problemi di alloggio
- ☐ Problemi economici
- ☐ Problemi scolastici/lavorativi
- ☐ Problemi di trasporto

B. PROBLEMI RELAZIONALI

- ☐ Nel rapporto con il partner
- ☐ Nel rapporto con i figli
- ☐ Nel rapporto con altri

C. PROBLEMI EMOZIONALI

- ☐ Depressione
- ☐ Paure
- ☐ Nervosismo
- ☐ Tristezza
- ☐ Preoccupazione
- ☐ Perdita di interessi nelle usuali attivit 

D. ASPETTI SPIRITUALI

- ☐ Problemi inerenti la propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso della esistenza)

Altro: specificare _____

SI NO E. PROBLEMI FISICI

- ☐ Problemi di sonno
- ☐ Dolore
- ☐ Problemi a lavarsi/vestirsi
- ☐ Nausea
- ☐ Senso di fatica e stanchezza
- ☐ Problemi a muoversi
- ☐ Problemi respiratori
- ☐ Ulcere alla bocca
- ☐ Problemi ad alimentarsi
- ☐ Difficolt  a digerire
- ☐ Stipsi
- ☐ Disturbi della minzione
- ☐ Febbre
- ☐ Secchezza della cute/prurito
- ☐ Naso chiuso o senso di secchezza
- ☐ Fomicolio alle mani o ai piedi
- ☐ Senso di gonfiore
- ☐ Problemi sessuali
- ☐ Diarrea
- ☐ Problemi di memoria/concentrazione
- ☐ Problemi su come ci si vede e come si appare

Valutazione del Distress:

Bassa = 1-4

Media = 5-7

Alta = 7-10

Valutazione della "Complessit ": Il programma operativo prevede la valutazione iniziale di tutti i fattori identificati quali indicatori specifici di complessit  nelle aree su riportate. La valutazione si basa sul semplice principio di presenza/assenza (S /No). L'elevata presenza di risposte affermative nelle aree problematiche rimanda alla consulenza psicologica.

Valutazione delle aree problematiche e indicatori di “complessità”

Il programma operativo prevede la valutazione iniziale di tutti i fattori identificati quali indicatori specifici di complessità nelle aree: 1) Problemi fisici, 2) Problemi pratici, 3) Problemi relazionali, 4) Problemi emozionali, 5) Aspetti spirituali. La valutazione iniziale degli indicatori si basa sul semplice principio di presenza/assenza (Sì)/(No). L'elevata presenza di risposte affermative nelle aree problematiche rimanda alla consulenza psicologica.

Cope-vni/

Il COPE-NVI19 è un questionario self-report composto da 60 item nei quali si chiede al soggetto di valutare con quale frequenza mette in atto, in situazioni difficili e stressanti, quel particolare processo di coping. Le risposte sono quattro, da “di solito” a “lo faccio quasi sempre”. Nelle istruzioni si sottolinea che il soggetto non deve fare riferimento a uno stress specifico ma pensare piuttosto a come abitualmente si comporta in situazioni stressanti. I 15 diversi meccanismi di coping presi in considerazione dal questionario sono: a) Attività: intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti; b) Pianificazione: riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema; c) Soppressione di attività competitive: mettere da parte ogni altra attività, evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema; d) Contenimento: aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, trattenersi dall'agire impulsivamente; e) Ricerca di informazioni: chiedere consigli, assistenza, informazioni; f) Ricerca di comprensione: ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione; g) Sfogo emotivo: esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti; h) Reinterpretazione positiva e crescita: elaborare l'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana; i) Accettazione: accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla; l) Dedicarsi alla religione: cercare aiuto o conforto nella religione; m) Umore: prendersi gioco della situazione, riderci sopra; n) Negazione: rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse; o) Distacco comportamentale: è una condizione di «helplessness»; si riducono gli sforzi per trattare la situazione critica, si abbandonano i tentativi di risoluzione (è il comportamento tipico di chi pensa che otterrà scarsi risultati dai propri tentativi di fronteggiamento); p) Distacco mentale: è il contrario della

soppressione di attività competitive: implica distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo, «immergersi» nella televisione, ecc. (è evidente che questo stile di coping presenta numerose sotto articolazioni che abbastanza arbitrariamente, come gli stessi autori riconoscono, sono state riunite sotto una sola etichetta); q) Uso di droghe o alcol: usare alcol o droghe per tollerare lo stress.

Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI)

Sica, Magni, Ghisi, Altoè, Sighinolfi, Chiri, & Franceschini, 2008

Siamo interessati a conoscere il modo con cui le persone reagiscono quando devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita. Ci sono molti modi per cercare di fronteggiare lo stress. Questo questionario le chiede di indicare che cosa generalmente fa e che cosa generalmente sente quando fa esperienza di eventi o situazioni stressanti. Ovviamente, eventi diversi portano ad agire in modi in qualche misura differenti, ma pensi a che cosa generalmente fa quando è sottoposto/a a un notevole stress. Per favore risponda a ciascuna delle seguenti affermazioni segnando il numero che corrisponde alla sua risposta.

I numeri vanno interpretati in questo modo:

1	2	3	4
<i>Di solito non lo faccio</i>	<i>Lo faccio qualche volta</i>	<i>Lo faccio con una certa frequenza</i>	<i>Lo faccio quasi sempre</i>

Per favore cerchi di rispondere a una domanda per volta e non tenga conto delle risposte che ha dato precedentemente. Scelga con attenzione la risposta che meglio descrive il suo modo di comportarsi. Per favore risponda a ogni affermazione. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, perciò scelga la risposta più appropriata per lei e non quella che la maggior parte delle persone, secondo lei, darebbe. In sintesi, dica che cosa di solito fa quando affronta un'esperienza stressante.

1.	Cerco di utilizzare questa esperienza per crescere come persona.	1	2	3	4
2.	Mi dedico al lavoro o ad altre attività per non pensare a ciò che mi preoccupa.	1	2	3	4
3.	Mi preoccupa e do sfogo alle mie emozioni.	1	2	3	4
4.	Cerco di farmi consigliare da qualcuno sul da farsi.	1	2	3	4

5.	Mi impegno al massimo per agire sulla situazione.	1	2	3	4
6.	Dico a me stesso/a che sto vivendo qualcosa di irreale.	1	2	3	4
7.	Ripongo la mia speranza in Dio.	1	2	3	4
8.	Rido della situazione.	1	2	3	4
9.	Riconosco che non posso farci niente e abbandono ogni tentativo di agire.	1	2	3	4
10.	Mi trattengo dall'agire troppo in fretta.	1	2	3	4
11.	Parlo dei miei sentimenti con qualcuno.	1	2	3	4
12.	Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per sentirmi meglio.	1	2	3	4
13.	Cerco di abituarci all'idea che ciò è successo.	1	2	3	4
14.	Parlo con qualcuno per capire di più sulla situazione.	1	2	3	4
15.	Non mi faccio distrarre da altri pensieri o attività.	1	2	3	4
16.	Tendo a fantasticare per distrarmi.	1	2	3	4
17.	Mi rendo conto di preoccuparmi molto.	1	2	3	4
18.	Cerco aiuto in Dio.	1	2	3	4
19.	Preparo un piano d'azione.	1	2	3	4
20.	Ci scherzo sopra.	1	2	3	4
21.	Accetto che ciò sia accaduto e che non possa essere cambiato.	1	2	3	4
22.	Mi trattengo dal fare qualsiasi cosa fino a che la situazione lo permetta.	1	2	3	4
23.	Cerco sostegno morale dagli amici e dai parenti.	1	2	3	4
24.	Semplicemente rinuncio a raggiungere i miei obiettivi.	1	2	3	4
25.	Mi sforzo più del solito per tentare di liberarmi dal problema.	1	2	3	4
26.	Cerco di distrarmi per un momento bevendo alcool o prendendo droghe o farmaci.	1	2	3	4
27.	Mi rifiuto di credere che ciò sia accaduto.	1	2	3	4
28.	Do libero sfogo ai miei sentimenti.	1	2	3	4
29.	Cerco di vedere le cose in una luce diversa, per farle sembrare più positive.	1	2	3	4
30.	Parlo con qualcuno per fare qualcosa di concreto per risolvere il problema.	1	2	3	4
31.	Dormo più del solito.	1	2	3	4
32.	Cerco di escogitare una strategia sul da farsi.	1	2	3	4
33.	Mi concentro nel trattare questo problema, e se necessario metto da parte le altre cose.	1	2	3	4
34.	Cerco la comprensione e la solidarietà di qualcuno.	1	2	3	4

35.	Bevo alcool o prendo droghe o farmaci per pensarci di meno.	1	2	3	4
36.	Mi prendo gioco di quello che è successo.	1	2	3	4
37.	Rinuncio a ogni tentativo di ottenere ciò che voglio.	1	2	3	4
38.	Cerco qualcosa di positivo in ciò che sta accadendo.	1	2	3	4
39.	Penso a come potrei gestire al meglio il problema.	1	2	3	4
40.	Faccio finta che non sia veramente accaduto.	1	2	3	4
41.	Mi accerto di non peggiorare le cose agendo troppo presto.	1	2	3	4
42.	Cerco strenuamente di impedire che le altre cose interferiscano coi miei sforzi di fronteggiare il problema.	1	2	3	4
43.	Vado al cinema o guardo la televisione per pensarci di meno.	1	2	3	4
44.	Accetto la realtà dei fatti.	1	2	3	4
45.	Chiedo alle persone come hanno agito di fronte ad esperienze simili.	1	2	3	4
46.	Mi sento molto stressato/a e lascio andare i miei sentimenti.	1	2	3	4
47.	Agisco senza indugio per sbarazzarmi del problema.	1	2	3	4
48.	Tento di trovare conforto nella mia religione.	1	2	3	4
49.	Mi sforzo di aspettare il momento giusto per fare qualcosa.	1	2	3	4
50.	Tento di ridicolizzare la situazione.	1	2	3	4
51.	Non mi impegno più di tanto per risolvere il problema.	1	2	3	4
52.	Parlo con qualcuno di come mi sento.	1	2	3	4
53.	Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per aiutarmi ad uscirne.	1	2	3	4
54.	Imparo a convivere con il problema.	1	2	3	4
55.	Metto da parte le altre attività per concentrarmi sulla situazione.	1	2	3	4
56.	Rifletto intensamente su quali mosse fare.	1	2	3	4
57.	Mi comporto come se non fosse mai accaduto.	1	2	3	4
58.	Faccio quello che deve essere fatto, un passo alla volta.	1	2	3	4
59.	Tento di imparare qualcosa dall'esperienza.	1	2	3	4
60.	Prego più del solito.	1	2	3	4

GRIGLIA DI CORREZIONE

Per ottenere il punteggio complessivo per ogni scala del COPE-NVI, sommare i valori segnati da colui che ha compilato il questionario, secondo lo schema seguente.

Sostegno sociale = cope4 + cope14 + cope30 + cope45 + cope11 + cope23 + cope34 + cope52 + cope3 + cope17 + cope28 + cope46

Strategie di evitamento = cope6 + cope27 + cope40 + cope57 + cope9 + cope24 + cope37 + cope51 + cope2 + cope16 + cope31 + cope43 + cope12 + cope26 + cope35 + cope53

Attitudine positiva = cope10 + cope22 + cope41 + cope49 + cope1 + cope29 + cope38 + cope59 + cope13 + cope21 + cope44 + cope54

Orientamento al problema = cope5 + cope25 + cope47 + cope58 + cope19 + cope32 + cope39 + cope56 + cope15 + cope33 + cope42 + cope55

Orientamento trascendente = cope8 + cope20 + cope36 + cope50 + cope7 + cope18 + cope48 + cope60

Ansia e depressione**HADS**

La scala HAD (Hospital Anxiety Depression Scale (HADS; zigmond e Snaith 1983; Costantini et al 1999) ha come doppio obiettivo quello d'individuare la presenza di disturbi ansiosi e depressivi e di valutarne la gravità. Strumento composto da 14 item, di cui sette relativi al livello d'ansia e sette relativi al livello di depressione. Ha come doppio obiettivo quello di valutare lo stato ansioso (7 domande) e lo stato depressivo (7 domande). Ogni domanda é valutata da 0 a 4 in funzione della gravità dei sintomi avvertiti. Questa scala non ha come obiettivo quello d'individuare gli stati depressivi gravi. Si richiede al paziente di rispondere alle domande sulla base dello stato emotivo avvertito nel corso dell'ultima settimana.

Hospital Anxiety and Depression Scale

Indichi per ogni affermazione la risposta più vicina al suo stato emozionale:

D.1 Mi sono sentito teso e molto nervoso:		D.8 Mi sono sentito rallentato nei movimenti:	
1.1 Per la maggior parte del tempo		8.1 Quasi sempre	
1.2 Per molto tempo		8.2 Molto spesso	
1.3 A volte		8.3 A volte	
1.4 Mai		8.4 Mai	
D.2 Sono riuscito ancora a provare piacere per le cose		D.9 Mi sono sentito nervoso, come con un senso di	

che ho sempre fatto volentieri:		tensione allo stomaco:	
2.1 Proprio come una volta	☐	9.1 Mai	☐
2.2 Non proprio come una volta	☐	9.1 A volte	☐
2.3 Solo in parte	☐	9.3 Piuttosto spesso	☐
2.4 Per niente	☐	9.4 Molto spesso	☐
D.3 Ho provato un sentimento di paura come se potesse accadere qualcosa di terribile:		D.10 Ho perso interesse per il mio aspetto fisico:	
3.1 Sicuramente e in maniera intensa	☐	10.1 Completamente	☐
3.2 Sì, ma in maniera non troppo intensa	☐	10.2 Non me ne prendo cura quanto dovrei	☐
3.3 Un po' ma non da preoccuparmene	☐	10.3 Forse non me ne prendo cura abbastanza	☐
3.4 Per niente	☐	10.4 Me ne prendo cura come al solito	☐
D.4 Sono riuscito a ridere e a vedere il lato divertente delle cose:		D.11 Mi sono sentito irrequieto e incapace di stare fermo:	
4.11 Proprio come ho sempre fatto	☐	11.1 Moltissimo	☐
4.2 Non proprio come un tempo	☐	11.2 Molto	☐
4.3 Sicuramente non come un tempo	☐	11.3 Non molto	☐
4.4 Per niente	☐	11.4 Per niente	☐
D.5 Mi sono venuti in mente pensieri preoccupanti:		D.12 Penso al futuro con ottimismo:	
5.1 Per la maggior parte del tempo	☐	12.1 Così come ho sempre fatto	☐
5.2 Per molto tempo	☐	12.2 Un po' meno di una volta	☐
5.3 A volte, non troppo spesso	☐	12.3 Sicuramente meno di una volta	☐
5.4 Solo in qualche occasione	☐	12.4 Per niente	☐
D.6 Mi sono sentito di buon umore:		D.13 Mi sono venute improvvise crisi di panico:	
6.1 Mai	☐	13.1 Molto spesso	☐
6.2 Raramente	☐	13.2 Piuttosto spesso	☐
6.3 A volte	☐	13.3 Non molto spesso	☐
6.4 Per la maggior parte del tempo	☐	13.4 Mai	☐
D.7 Ho potuto sedermi sentendomi rilassato e a mio agio:		D.14 Ho provato piacere leggendo un buon libro o seguendo la radio o la televisione:	
7.1 Sempre	☐	14.1 Spesso	☐
7.2 Spesso	☐	14.2 A volte	☐

7.8 Qualche volta

7.9 Mai

☐

14.4 Non di frequente

☐

14.5 Molto raramente

☐
☐

ZUNG – Depressione/Ansia

Quella che segue è la Scala di Autovalutazione della Depressione realizzata da Zung, pubblicata nel 1965 e rivista nel 1974. Per le sue caratteristiche è un questionario molto utilizzato come strumento di ausilio nell'attività di diagnosi in ambito clinico, ma anche come strumento di ricerca epidemiologica e nella valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici e/o farmacologici. La costruzione della scala è avvenuta attraverso un'analisi fattoriale sui sintomi raccolti dalla letteratura nosografica, integrati da interviste con i pazienti.

Il questionario è finalizzato alla valutazione degli aspetti quantitativi della depressione ed è composto da 20 item che indagano sintomi fisiologici e concomitanti psicologiche della sindrome depressiva. Il soggetto ha la possibilità di rispondere su una scala a quattro punti: raramente, qualche volta, spesso, quasi sempre. Il test di autovalutazione dell'ansia di Zung, non sostituisce in nessun modo l'anamnesi medica di uno specialista, tuttavia aiuta il paziente ad orientarsi nel valutare la possibile presenza di sintomi ansiosi. Per ciascuna delle 20 frasi sottostanti scegli la risposta che meglio descrive il tuo stato d'animo nel corso dell'ultima settimana.

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELL'ANSIA (ZUNG, 1971)

Il seguente test, permette di misurare l'ansia di stato relativa al periodo attuale. Leggi con attenzione le 20 frasi elencate di seguito e scegli la risposta che meglio descrive la tua situazione nell'**ultima settimana**. Rispondi velocemente **senza riflettere molto** e segna il punteggio relativo alla tua risposta su di un foglio a parte.

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto Spesso
Mi sento più nervoso ed ansioso del solito	1	2	3	4
Mi sento impaurito senza alcun motivo	1	2	3	4
Mi spavento facilmente o sono preso dal panico	1	2	3	4

Mi sento a pezzi e mi sembra di stare per crollare	1	2	3	4
Mi sembra che tutto vada bene e che non capiterà niente di male	1	2	3	4
Mi tremano le braccia e le gambe	1	2	3	4
Sono tormentato dal mal di testa e dai dolori al collo e alla schiena	1	2	3	4
Mi sento debole e mi stanco facilmente	1	2	3	4
Mi sento calmo e posso stare seduto facilmente	1	2	3	4
Sento che il mio cuore batte veloce	1	2	3	4
Soffro di vertigini	1	2	3	4
Mi sembra di stare per svenire	1	2	3	4
Respiro con difficoltà	1	2	3	4
Ho sensazioni di intorpidimento e di formicolio alle dita delle mani e dei piedi	1	2	3	4
Soffro di mal di stomaco o di indigestione	1	2	3	4
Ho bisogno di urinare spesso	1	2	3	4
Le mie mani sono in genere asciutte e calde	1	2	3	4
La mia faccia diventa facilmente calda e arrossata	1	2	3	4
Mi addormento facilmente e mi sveglio riposato	1	2	3	4
Ho degli incubi	1	2	3	4

Somma i punti ottenuti e verifica il **risultato**:

Da **0 a 20** il tuo livello di ansia potrebbe essere **molto basso**.

Tra **21 e 40** il tuo livello di ansia potrebbe essere **basso**.

Tra **41 e 60** il tuo livello di ansia potrebbe essere **moderato**, potrebbe essere utile ridurla.

Tra **61 e 80** il tuo livello di ansia potrebbe essere **elevato** ed il problema meriterebbe attenzione clinica.

SCALA DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DEPRESSIONE (ZUNG, 1974)

Il seguente test, permette di misurare l'ansia di stato relativa al periodo attuale. Leggi con attenzione le 20 frasi elencate di seguito e scegli la risposta che meglio descrive la tua situazione nell'**ultima settimana**. Rispondi velocemente **senza riflettere molto** e segna il punteggio relativo alla tua risposta su di un foglio a parte.

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Molto Spesso
1. Mi sento scoraggiato, depresso e triste	1	2	3	4
2. La mattina è il momento in cui mi sento meglio	1	2	3	4
3. Ho crisi di pianto o mi sento come se stessi per piangere	1	2	3	4
4. Ho problemi di sonno durante la notte	1	2	3	4
5. Continuo a mangiare tanto quanto mangiavo prima	4	3	2	1
6. Mi piace ancora avere rapporti sessuali	4	3	2	1
7. Ho notato che sto perdendo peso	1	2	3	4
8. Ho problemi di stipsi	1	2	3	4
9. Il mio cuore batte più velocemente del solito	1	2	3	4
10. Mi stanco senza motivo	1	2	3	4
11. La mia mente è lucida quanto prima	4	3	2	1
12. Trovo facile fare le cose che facevo prima	4	3	2	1
13. Sono agitato e non riesco a rimanere fermo	1	2	3	4
14. Sono ottimista riguardo al futuro	4	3	2	1
15. Sono più irritabile del solito	1	2	3	4
16. Trovo facile prendere decisioni	4	3	2	1
17. Mi sento utile e necessario	4	3	2	1
18. Ho una vita piuttosto intensa	4	3	2	1
19. Ho la sensazione che gli altri starebbero meglio se io morissi	1	2	3	4
20. Gradisco ancora fare le cose che facevo prima	4	3	2	1

Somma i punti ottenuti e verifica il **risultato**:

Da **20 a 31** il livello di gravità potrebbe essere **molto basso**;

Tra **32 e 43** il livello di gravità potrebbe essere **basso**;

Tra **44 e 55** il livello di gravità potrebbe essere **moderato**, potrebbe essere utile intervenire;

Tra **56 e 67** il livello di gravità potrebbe essere **elevato** ed il problema meriterebbe attenzione clinica;

Tra **68 e 80** il tuo livello di depressione potrebbe essere molto **elevato**, converrebbe rivolgersi ad un esperto.

General Decision Making Style

Per valutare le capacità di giudizio - decision making - Scott and Bruce (1995) hanno elaborato il **General Decision Making Style (GDMS)**, che distingue cinque stili decisionali: lo stile razionale, caratterizzato da un'approfondita ricerca delle informazioni e una sistematica valutazione delle alternative individuate; lo stile intuitivo, caratterizzato dalla fiducia nelle proprie intuizioni e sensazioni, lo stile dipendente, caratterizzato dalle ricerca di consigli e pareri degli altri prima di decidere; lo stile evitante, caratterizzato dal tentativo di evitare la presa di decisione il più possibile; lo stile spontaneo, caratterizzato da intuizioni immediate e dal desiderio di prendere la decisione il più velocemente possibile.

Segna quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni, utilizzando la scala che va **da 1 = massimo disaccordo a 5 = massimo accordo (in mezzo valori intermedi)**

	Disaccordo - Accordo				
1. Pianifico attentamente le decisioni importanti	1	2	3	4	5
2. Nel prendere le decisioni mi affido a cosa mi dice l'istinto	1	2	3	4	5
3. Quando devo prendere decisioni importanti ho bisogno dell'aiuto di altre persone	1	2	3	4	5
4. Evito di prendere decisioni importanti se sento qualcuno o qualcosa che mi fa pressione	1	2	3	4	5
5. Generalmente prendo decisioni in modo repentino	1	2	3	4	5
6. Prima di prendere una decisione controllo le mie fonti di informazione per essere certo di basarmi su dati adeguati	1	2	3	4	5

7. Per decidere mi baso molto sul mio intuito	1	2	3	4	5
8. Di solito prendo decisioni importanti dopo essermi confrontato con persone di cui mi fido	1	2	3	4	5
9. Se è possibile tendo a rimandare il momento di decidere, per pensarci ancora	1	2	3	4	5
10. Spesso prendo decisioni su due piedi, senza pensarci molto	1	2	3	4	5
11. Di solito decido in modo logico e sistematico, confrontando le varie opzioni	1	2	3	4	5
12. Spesso decido in base a ciò che per me è giusto e corretto	1	2	3	4	5
13. Per me è più semplice prendere decisioni importanti se ho il sostegno di altre persone	1	2	3	4	5
14. Spesso rinvio il momento in cui devo prendere decisioni importanti, vedo come evolve la situazione	1	2	3	4	5
15. Di solito decido in modo spontaneo, a seconda di come mi sento in quel momento	1	2	3	4	5
16. Per prendere una decisione ho bisogno di un'attenta riflessione e analisi delle precedenti esperienze	1	2	3	4	5
17. Per decidere cerco di guardare in modo diverso ai problemi, per farmi venire idee nuove	1	2	3	4	5
18. Quando devo prendere decisioni importanti mi avvalgo dei consigli di altre persone	1	2	3	4	5
19. Generalmente prendo le decisioni importanti all'ultimo minuto, dopo averci pensato a lungo	1	2	3	4	5
20. Per decidere mi baso sulle sensazioni del momento, a come "mi fa stare" la scelta	1	2	3	4	5

SCORING GDM – GENERAL DECISION MAKING

Stile Razionale: item 1-6-11-16-21;

Stile Intuitivo: item 2-7-12-17-22;

Stile Dipendente: item 3-8-13-18-23;

Stile Evitante: item 4-9-14-19-24;

Stile Spontaneo: item 5-10-15-20-25

NEQ Needs Evaluation Questionnaire)

Needs Evaluation Questionnaire (NEQ; Tamburini et al 2000). È un questionario composto da 25 compilato tramite autosomministrazione, volto a rilevare i principali bisogni connessi allo stato di salute di pazienti oncologici, suddivisi nelle seguenti aree: bisogni di informazione, comunicazione e relazione con l'équipe curante; le necessità di assistenza sanitaria; la richiesta della presenza di altri operatori dell'Istituzione (assistente sociale, psicologo, assistente spirituale); le necessità economiche e di accogliamento alberghiero; i bisogni nella sfera psicologica individuale, familiare e sociale.

NEQ (Need Evaluation Questionnaire)

Questionario per la Valutazione dei Bisogni del Paziente

Cognome

Nome:

Gent. le Signora/ Gent. le Signore

Il seguente questionario riporta un elenco di bisogni, legati alla condizione di salute, che alcune persone hanno detto di avere.

*Le chiediamo di rispondere **SI** per i bisogni che Lei ritiene di avere **in questo momento** e **NO** per i bisogni che pensa di non avere.*

		SI	NO
A	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulla mia diagnosi”	☐	☐
B	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulle mie condizioni future”	☐	☐

C	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni sugli esami che mi stanno facendo”	☐	☐
D	“Ho bisogno di avere maggiori spiegazioni sui trattamenti”	☐	☐
E	“Ho bisogno di essere più coinvolto/a nelle scelte terapeutiche”	☐	☐
F	“Ho bisogno che i medici e gli infermieri mi diano informazioni più comprensibili”	☐	☐
G	“Ho bisogno che i medici siano più sinceri con me”	☐	☐
H	“Ho bisogno di avere un dialogo maggiore con i medici”	☐	☐

		SI	NO
I	“Ho bisogno che alcuni dei miei disturbi (dolore, nausea, insonnia,ecc.) siano maggiormente controllati”	☐	☐
L	“Ho bisogno di maggiore aiuto per mangiare, vestirmi ed andare in bagno”	☐	☐
M	“Ho bisogno di maggiore rispetto della mia intimità”	☐	☐
N	“Ho bisogno di maggiore attenzione da parte del personale infermieristico”	☐	☐
O	“Ho bisogno di essere più rassicurato dai medici”	☐	☐
P	“Ho bisogno che i servizi offerti dall’ospedale (bagni, pasti, pulizia) siano migliori”	☐	☐
Q	“Ho bisogno di avere maggiori informazioni economico-assicurative legate alla mia malattia (ticket, invalidità, ecc.)”	☐	☐
R	“Ho bisogno di un aiuto economico”	☐	☐
S	“Ho bisogno di parlare con uno psicologo”	☐	☐
T	“Ho bisogno di parlare con un assistente spirituale”	☐	☐
U	“Ho bisogno di parlare con persone che hanno avuto la mia stessa esperienza”	☐	☐
V	“Ho bisogno di essere maggiormente rassicurato dai miei famigliari”	☐	☐
X	“Ho bisogno di sentirmi maggiormente utile in famiglia”	☐	☐
Y	“Ho bisogno di sentirmi meno abbandonato a me stesso”	☐	☐

Z	“Ho bisogno di essere meno commiserato dagli altri”	☐	☐
---	---	--------------------------	--------------------------

Altro:

In questo momento il mio bisogno principale è:

Con riferimento al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (G.U. 29 luglio 2003, n. 174 - Supplemento ordinario n. 123/L) a riguardo della “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, autorizzo all’uso dei dati sopra riportata

Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito

La Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) di Zimet et al. (1988) è composta da 12 item, utilizza un formato di risposta di tipo Likert a sei punti e si compone di tre subscales, ognuna di 4 item, che permettono di rilevare la percezione del sostegno proveniente da tre fonti: famiglia (MSPSS/F), amici (MSPSS/A), altro significativo (MSPSS/O).

- 1.completamente in disaccordo
- 2.molto in disaccordo
3. Poco in disaccordo
4. né in disaccordo né d’ accordo
- 5.Poco d’accordo
- 6.Molto d’accordo
- 7.Completamente d’accordo

1. E’ presente una persona particolare che mi è vicina quando ne ho bisogno	1	2	3	4	5	6	7	PP
2. E’ presente una persona particolare con cui condividere gioie e dispiaceri	1	2	3	4	5	6	7	PP
3. La mia famiglia cerca davvero di aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7	FAM

4. La mia famiglia mi sostiene emotivamente e mi aiuta	1	2	3	4	5	6	7	FAM
5. E' presente una persona particolare che mi dà conforto	1	2	3	4	5	6	7	PP
6. I miei amici cercano di aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7	AM
7. Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	1	2	3	4	5	6	7	AM
8. Posso parlare dei miei problemi con la mia famiglia	1	2	3	4	5	6	7	FAM
9. Ho degli amici con cui condividere le gioie e i dispiaceri	1	2	3	4	5	6	7	AM
10. E' presente una persona particolare a cui interessano i miei sentimenti	1	2	3	4	5	6	7	PP
11. La mia famiglia è disposta ad aiutarmi nel prendere decisioni	1	2	3	4	5	6	7	FAM
12. Posso parlare dei miei problemi con gli amici	1	2	3	4	5	6	7	AM
TOTALE	1	2	3	4	5	6	7	

Gruppi di sostegno sociale: FAM (Famiglia), AM (Amici), PP (persone particolari)

Punteggi:

12-35 basso livello di supporto sociale

36-60 medio livello

91-84 alto livello

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	D. Barberio, R. Manzo, A. Stanco, F. Cappuccio, E. Tulumieri, F. Fiore, M. Scarpelli, M.T. Del Gais, L. Attademo, G. Auriemma
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL Ferdinando Riccardi, A.O. Cardarelli Vincenzo Montesarchio, A.O. Dei Colli Cesare Gridelli, A.O. Moscati Antonio Grimaldi, A.O. Rummo San Pio Michele Orditura, A.O. S. Anna S. Sebastiano Fortunato Ciardiello, A.O.U. Luigi Vanvitelli Clementina Savastano, A.O.U. Ruggi Bruno Daniele, Ospedale del Mare Sabino De Placido, Federico II Gaetano Facchini. Ospedale Santa Maria delle Grazie Pozzuoli Bruno Marra e Rodolfo Cangiano, ASL Caserta Filomena Sibilio, ASL Napoli 2 Mario Fusco, ASL Napoli 3 Giuseppe Di Lorenzo, ASL Salerno Stefano Pepe, ASL Salerno Tiziana Spinosa, ASL Napoli 1 Elena Fossi, ASL Benevento
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche a cura:	M. Fusco: Coordinamento registri Tumori della Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	In tutte le tabelle va inserito così

	Rappresentanze regionali AIOM (R.Bianco), CIPOMO (C. Savastano), SIMG (G.Piccinocchi)
--	---