



Progetto per un servizio di assistenza psico-oncologica presso l'Ospedale S. Martino Belluno

Alla cortese attenzione

del Direttore Generale della ULSS n°1 dr. F. Antonio Compostella
e
del Direttore Sanitario della ULSS n°1 dr. Lucio Di Silvio
e
del Direttore Sanitario dell'Ospedale S. Martino dr. Raffaele Zanella
e
del Direttore Amministrativo della ULSS n°1 dr. Roberto De Nes

Introduzione

Impatto psicologico del tumore

Tutti i soggetti affetti da patologia neoplastica provano o possono provare un ampio spettro di disturbi fisici e psicologici in relazione ai diversi momenti del percorso di malattia e agli effetti avversi del trattamento specifico. Il paziente neoplastico e la sua famiglia possono inoltre soffrire in seguito agli eventuali cambiamenti dei ruoli e/o dell'ambiente psicologico emozionale familiare, dello stato occupazionale e dello stato finanziario.

Dati osservazionali mettono in evidenza che, secondo la popolazione studiata, il 20% - 60% dei soggetti affetti da neoplasia manifesta un significativo livello di "distress".

In media circa il 35-40% delle persone colpite da cancro presenta un disturbo di tipo psichiatrico classificabile secondo l'ICD-10 o il DSM-IV (depressione maggiore, distimia, ansietà, adattamento).

E' noto come la malattia oncologica e gli stati emotivi ad essa correlati incidano sulla qualità della vita affettiva, sociale e professionale. In particolare, sono disponibili recenti evidenze riguardo ai disturbi della sfera sessuale e ai disturbi del sonno.

I disturbi psicopatologici, in particolare le condizioni depressive, sono fattori di rischio indipendenti del peggioramento della qualità della vita, dell'aumentato rischio di disagio psichico nella famiglia, della ridotta aderenza ai trattamenti e dell'alterata relazione medico-paziente, con sviluppo di "abnormal illness behavior".

Inoltre, i disturbi psicopatologici correlano indipendentemente con l'aumento dei tempi di recupero, di riabilitazione e di degenza, con la minore efficacia biologica della chemioterapia, con il marcato aumento del rischio di suicidio (aumento di quattro volte della richiesta di eutanasia e suicidio assistito), con l'incremento del rischio di recidiva della malattia e con la riduzione della sopravvivenza.

Dati recenti evidenziano come il rischio di suicidio nei pazienti affetti da cancro sia circa doppio rispetto alla popolazione generale, con rischio massimo nei primi cinque anni dalla diagnosi di cancro, e rimanga comunque più alto a distanza di quindici anni e venticinque anni per i tumori al seno.

In Veneto non è attualmente disponibile un data-base che permetta di quantificare e analizzare i bisogni di intervento psiconcologico. Sulla base dei casi incidenti di tumore in Italia nell'anno 2007 (253.667), è stato stimato che circa 80-100.000 (30-40%) di questi soggetti possano presentare un quadro di "distress", fra questi circa 50-60.000 (20-25% del totale) potrebbero necessitare di un intervento specialistico a causa di forme severe (disturbi d'ansia, disturbi depressivi, ecc.).

Ruolo della psicooncologia

La psicologia ospedaliera non è quindi riconducibile ad un generico e occasionale "sostegno psicologico" al paziente ricoverato da parte di uno psicologo itinerante fra i reparti, "quasi una versione laica del conforto religioso prestato dai cappellani degli ospedali", né solo ad un "pronto intervento psicologico per sedare un'ansia improvvisa o l'agitazione psicomotoria di un paziente".

Se queste erano le "fantasie" con cui si confrontavano vent'anni fa i primi rari psicologi che operavano in qualche struttura ospedaliera, oggi la situazione è molto cambiata. Anche se la realtà operativa è frammentaria e disomogenea sul territorio italiano, si è andata pian piano acquisendo una configurazione concettuale ed operativa più precisa della psicologia ospedaliera, peraltro ribadita dal nuovo piano oncologico nazionale.

La seguente tabella illustra le aree di intervento della psicooncologia secondo le linee guida della SIPO

Prevenzione primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi contro l'abitudine al fumo • Campagne per una corretta alimentazione • Interventi informativi diretti alla popolazione sugli agenti cancerogeni
Prevenzione clinica e diagnosi precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Programmi di screening sul cancro
Informazione educativa ed educazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni al pubblico ed a gruppi scelti
Formazione del personale sanitario e dei volontari	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di corsi di formazione • Conduzione di gruppi eterocentrati
Attività di ricerca	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di progetti di ricerca sulla qualità della vita e impatto psicosociale dei trattamenti antitumorali e palliativi • Sviluppo di progetti di ricerca sullo stress lavorativo • Valutazione dei modelli di intervento psicosociale
Attività clinica	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui individuali e di gruppo per i pazienti • Colloqui individuali e di gruppo per i familiari • Psicodiagnostica (valutazione delle reazioni psicopatologiche) • Terapia di supporto e psicoterapia per i pazienti • Trattamento psicofarmacologico dei pazienti • Conduzione di gruppi di self help • Conduzione di gruppi eterocentrati per il personale • Colloqui di selezione e orientamento per i volontari
Attività nelle cure palliative	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione e supervisione dell'equipe curante e del volontario • Supporto psicologico al paziente e alla famiglia • Supporto psicologico all'elaborazione del lutto dei familiari
Controllo dell'efficacia degli interventi	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione/controllo di qualità dell'assistenza

Il nuovo piano oncologico nazionale

Recentemente è stato approvato il piano oncologico nazionale, inteso come linee guida generali rivolte alla promozione da parte delle Regioni, di coerenti ed efficaci modalità organizzative e operative per combattere il cancro. Il piano è giudicato dalla stessa Commissione "una priorità che il complesso delle istituzioni sanitarie e sociali del Paese è chiamato ad affrontare, anche per migliorare la risposta del SSN".

Data la sua connotazione, il piano oncologico nazionale assume, per decisione della Conferenza Stato-Regioni, il più pregnante titolo di "documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro" per il triennio 2011-2013.

Il documento recepisce molte delle sollecitazioni formulate dal volontariato, soprattutto in materia di prevenzione delle complicanze e delle recidive, di fruibilità del supporto psiconcologico, di partecipazione delle associazioni di volontariato, parenti e familiari alla formulazione dei percorsi integrati nelle fasi post-acuzie, di recupero e riabilitazione e di continuità assistenziale nel territorio, di promozione delle reti oncologiche, di monitoraggio e di messa a disposizione dei farmaci di recente autorizzazione al commercio, di formazione alla comunicazione del medico oncologo e di formazione più specifica dei volontari. Inoltre il documento ribadisce la necessità di implementare le cure palliative e di sviluppare la psiconcologia; è così riconosciuta, anche a livello formale, l'esigenza di assicurare un supporto psicologico e psicoterapeutico competente ed adeguato a chi affronta una malattia che coinvolge la persona e il suo sistema di vita da un punto di vista biologico, cognitivo, emotivo, relazionale, sociale e spirituale.

Quello appena varato si prospetta quindi un piano nazionale volto ad assicurare elevati livelli di cura e assistenza a chi affronta la malattia oncologica, con l'obiettivo primario di ridurre le disparità esistenti fra le varie zone del nostro paese.

Per far sì che le indicazioni contenute nel documento si traducano effettivamente in azioni di politica attiva a livello locale, ogni regione dovrà condividere ed approvare il documento, andando a costituire l'ossatura di una rete oncologica nazionale, capace di riunire le eccellenze scientifiche e cliniche in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione oncologica.

"Per i suoi contenuti propositivi – dichiara il presidente FAVO – il documento tecnico di indirizzo per la riduzione del carico di malattia del cancro, sottoscritto come atto d'intesa fra tutte le Regioni, costituisce quindi il riferimento per rivendicare, da parte dei malati, l'equità uniforme dei trattamenti in tutto il Paese, specie in previsione dell'attuazione del federalismo fiscale, e rappresenta, sul piano operativo l'ambito specifico di azione per le associazioni di volontariato per coadiuvare, in ogni sede regionale, le istituzioni sanitarie, sociali e previdenziali del territorio per la realizzazione delle soluzioni assistenziali sulle quali è stata raggiunta l'intesa tecnica e politica a livello nazionale".

Proposta per l'istituzione di un servizio di psiconcologia per l'ULSS n°1

Lo stato attuale

La ricognizione dell'esistente sottolinea drammaticamente l'assenza di professionisti strutturati, pur essendovi una certa attivazione di risorse nell'ambito delle cure palliative, coperta da personale non strutturato e sostenuta economicamente dall'associazione Cucchini.

Il supporto psicologico ai pazienti in fase terminale e alle loro famiglie nell'ambito delle cure palliative è fondamentale ma l'attività di supporto deve iniziare subito dopo la diagnosi della malattia oncologica.

La presenza di psicologi/attività psicologiche presso il reparto di oncologia medica è dipesa per un lungo periodo dal finanziamento della sezione bellunese della LILT. Nel corso di ben 11 anni (dal 1998 al 2009) si è creata una collaudata modalità di lavoro che ha risposto alle richieste di moltissimi pazienti, curati presso il S. Martino o altrove, creando nel tempo un riferimento importante che ora manca completamente.

Attualmente non esiste infatti alcun percorso delineato per la presa in carico psicooncologica del paziente ammalato di cancro.

Le scriventi associazioni di volontariato (ADOS e Nuovi Traguardi), in considerazione di quanto esposto nell'introduzione e del potenziale danno per i pazienti oncologici della ULSS n°1, derivante dalla completa assenza di un servizio strutturato di psiconcologia, intendono proporre a codesta amministrazione il finanziamento di un servizio provvisorio, in attesa che la Regione recepisca e metta in atto le raccomandazioni del documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro.

La nostra proposta

Da colloqui intercorsi con i medici dei reparti di Oncologia e Medicina si è stimata in 12 ore settimanali complessive la disponibilità temporale minima per avviare un servizio di psiconcologia con qualche pretesa di efficacia.

Sono stati contattati la dr.ssa Chiara Sgorlon e il dr. Leonardo Spiz che hanno già svolto questo servizio nel periodo in cui era finanziato dalla LILT. A causa di altri impegni, essi hanno assicurato la loro disponibilità per 8 ore settimanali complessive anziché per le 12 previste.

Le scriventi associazioni hanno deciso da dare comunque il via al progetto con 8 ore settimanali, riservandosi di adeguare il monte ore complessivo alle necessità che emergeranno nel prossimo futuro, anche ricorrendo all'apporto di altri professionisti.

Lo psiconcologo sarà presente quattro giorni alla settimana, per due ore al giorno, presso il reparto di Oncologia.

A tutti i pazienti oncologici ritenuti idonei per età e per lingua dovrà essere proposto, dopo la prima visita oncologica, un colloquio di consultazione con lo psicologo disponibile.

Saranno valutate insieme al paziente, attraverso un colloquio clinico e con l'ausilio di test specifici, la presenza di reazioni di tipo depressivo/ansioso o di risposte post-traumatiche da stress conseguenti alla diagnosi oncologica o allo sviluppo di recidive, piuttosto che di reazioni psicopatologiche alle terapie mediche o alla chemioterapia.

Nei casi in cui emergano le condizioni per un intervento psicologico sarà proposto al paziente un ciclo di otto sedute di psicoterapia breve focalizzata sulla crisi. Al termine del trattamento sarà valutata l'efficacia dell'intervento, la risposta del paziente ed il superamento della fase di crisi. Nei casi in cui si riscontri il persistere dello stato di malessere acuto sarà valutata la possibilità di rinnovare il ciclo di incontri per ulteriori otto sedute.

Al paziente oncologico che manifesti una sintomatologia per la quale si riterrà necessario un intervento farmacologico, sarà fissato un colloquio con lo psichiatra di riferimento. Nel caso ci sia una presa in carico psicofarmacologica essa si accompagnerà ad un intervento psicoterapeutico secondo le modalità sopra descritte.

Ovviamente sarà necessaria una stretta collaborazione con lo psicologo già operante nell'ambito delle cure palliative ogni qualvolta se ne profili la necessità.

L'accesso al supporto psicologico dovrà essere possibile per tutti i malati oncologici, indipendentemente dal reparto di ricovero ordinario o giornaliero.

Perciò tale possibilità dovrà essere debitamente illustrata con l'affissione di appositi avvisi in tutti i reparti cui afferiscono pazienti oncologici (Oncologia, Medicina, Broncopneumologia, Otorinolaringoiatria, Gastroenterologia, Dermatologia, Ginecologia, Chirurgia...).

La gestione economica del presente progetto sarà a totale carico delle scriventi associazioni come da precedenti accordi verbali intercorsi con il Direttore Sanitario dr. Lucio Di Silvio.

In attesa di un sollecito riscontro si porgono cordiali saluti.

Belluno, 22 dicembre 2011

la presidente dell' ADOS

Carla Pra Baldi

la presidente di Nuovi Traguardi

Tiziana Bolla