

Un modello di servizio territoriale per la psiconcologia

R. DE SIMONE¹, A. FEDERICI², A. COSTANTINI³

RIASSUNTO

Da diversi anni si assiste ad un aumento dell'incidenza delle patologie oncologiche ma pure al progressivo aumento dei tempi di sopravvivenza, il che ha portato alla cronicizzazione di molte forme di cancro. D'altro canto, la politica sanitaria degli ultimi anni si è orientata progressivamente a favore di un maggiore coinvolgimento delle strutture territoriali per tutte le situazioni non acute, attraverso la riorganizzazione dell'assistenza primaria. In questo lavoro vengono esaminati gli atti di pianificazione sanitaria degli ultimi 20 anni relativi all'oncologia e presentato un modello di Servizio Territoriale di Psiconcologia, sulla base dell'esperienza quadriennale di un ambulatorio specifico di psiconcologia (e delle patologie organiche croniche) inserito in una realtà sanitaria territoriale non psichiatrica (Distretto Sanitario 55 dell'Asl Napoli 3 sud).

PAROLE CHIAVE: psiconcologia, politica sanitaria, servizio territoriale di psiconcologia.

SUMMARY

For several years there has been an increased incidence of oncological diseases but also the progressive increase in survival times, which led to the chronicity of many forms of cancer. On the other hand, in recent years health policy has increasingly biased in favour of a greater involvement of local structures, for all non-acute situations, through primary care reorganization. This paper examined oncology health planning acts produced during the last 20 years and presented a Psycho-Oncology Territorial Service model. This model is based on the four-year experience of a specific psycho-oncology (and chronic organic diseases) outpatient clinic within a non-psychiatric territorial health reality (Health District 55 LHM Napoli 3 sud).

KEY WORDS: psycho-oncology, health policy, territorial service of psycho-oncology.

Introduzione

Nonostante l'aumento dell'incidenza di diverse forme tumorali, in Italia come nel mondo si assiste in parallelo al netto incremento degli anni di sopravvivenza dopo la diagnosi. Secondo i dati pubblicati nel 2016 dall'AIRTUM - Associazione Italiana Registri Tumori (1), oltre 3 milioni di italiani (il 4,9% della popolazione) vivono con una diagnosi pregressa di tumore. Ciò solleva il problema di dove, istituzionalmente parlando, accogliere il disagio psichico e/o gestire la riabilitazione di queste persone.

D'altro canto, la necessità di riorganizzare l'assistenza sanitaria secondo una gestione più efficiente

e più efficace delle risorse strutturali ed umane, ed il progressivo aumento dell'età media e dell'incidenza delle patologie croniche, ha spinto la politica sanitaria ad abbandonare l'ottica ospedale-centrica a favore di un maggiore coinvolgimento delle strutture territoriali. Ecco quindi la riorganizzazione dell'assistenza primaria (2) ed una più efficace integrazione ospedale-territorio per le patologie complesse e a lungo termine (3).

Lo studio degli atti di pianificazione sanitaria nazionale relativi all'oncologia degli ultimi vent'anni (nell'ambito di uno *stage* effettuato presso il Ministero della Salute) e l'esperienza quadriennale in un ambulatorio specifico di psiconcologia inserito in una realtà sanitaria territoriale non psichiatrica (Distretto Sanitario 55 dell'Asl Napoli 3 sud), hanno portato all'elaborazione di un modello di Servizio di Psiconcologia Territoriale che rappresenta una risposta concreta all'evoluzione della domanda da parte dell'utenza e dell'offerta sanitaria istituzionale.

¹ Dirigente Psicologo 1° livello Asl Napoli 3 sud, Ercolano (NA), Italia

² Dirigente Medico Ministero della Salute, Roma, Italia

³ Direttore UOD Psiconcologia, Dipartimento di Scienze Oncologiche Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma, Italia

Indirizzo per la corrispondenza:

Anna Costantini

E-mail: anna.costantini@ospedalesantandrea.it

La governance

L'analisi degli atti dal 1994 al 2016 ha evidenziato diverse criticità, ma è opportuno prima ricordare che la riforma del 2001 della seconda parte del Titolo V della Costituzione (4) ha comportato, tra l'altro, la gestione *esclusiva* della sanità da parte delle regioni: lo Stato definisce le prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale (al fine di attuare la *garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario*), ma non può più intervenire sul *come* saranno realizzate. Il conferimento di nuove autonomie ha implicato la necessità di una nuova "governance": questa parola non ha una precisa traduzione in italiano, viene resa come «*l'insieme delle procedure e dei principi che consentono la gestione di un'azienda, di un'istituzione*». Oggi viene utilizzata in economia, in politica e da alcune Istituzioni Internazionali (ONU, Università delle Nazioni Unite ed altre), prevalentemente con l'accezione di "metodo di governo".

In letteratura sono riportati due modelli di *governance* (5), l'*agency* e la *stewardship*. L'*agency* (=mandato) è un modello di tipo verticale, gerarchico, con un approccio orientato al controllo: da un lato un'organizzazione che programma, decide, verifica, dall'altro uno o più interlocutori che sono "operativi". Vi è una grossa differenza di potere e di disponibilità finanziaria tra il livello centrale e le controparti; non vi è comunione di obiettivi, a meno che non vi siano specifici incentivi (di solito di natura economica). Prima della devoluzione, il Ministero della Salute era il "mandante", le Regioni gli "esecutori" ma pure "mandanti" rispetto alle ASL, "esecutori".

La *stewardship* è definita dall'OMS come «*strategia di gestione etica delle risorse nell'ambito sanitario*». È un modello che si basa su cooperazioni attive tra le varie istituzioni; implica una minore differenza di potere e di disponibilità finanziaria, il vertice indirizza, coordina e deve necessariamente consultarsi con le parti. Gli obiettivi sono condivisi, vi è un senso di appartenenza all'organizzazione e di condivisione delle responsabilità sia nei successi sia nei fallimenti. Prevale l'autorevolezza nei rapporti tra le parti, cioè la *leadership* e gli incentivi sono dati dal riconoscimento delle competenze.

La *stewardship* dal 2000 è stata raccomandata dall'OMS quale stile di *governance* più idoneo per i sistemi sanitari decentralizzati ed è stato adottato dall'Italia con l'adesione alla Carta di Tallin del giugno 2008 (6). In questo tipo di governance il raggiungimento degli obiet-

tivi di salute è anche influenzato dall'azione degli *stakeholder*, ("portatori di interesse": enti locali, aziende, media, cittadini, associazioni di pazienti, ecc.).

Nell'ultima edizione dell'indagine annuale di *Health Consumer Powerhouse* (che valuta i sistemi sanitari in base alla combinazione di dati statistici sanitari ufficiali e il livello di soddisfazione dei cittadini), l'Italia rimane al 22° posto, seppur con un piccolo incremento nel punteggio rispetto al 2015 (7): la criticità è nella disparità nell'offerta assistenziale tra le varie regioni, dato noto da tempo che ha portato a varie proposte di revisione della precedente riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione.

La psiconcologia negli atti di pianificazione sanitaria: le criticità

Nell'ultimo ventennio vi è stata da parte delle istituzioni una specifica attenzione alle strategie di intervento in ambito sanitario per il contrasto al cancro. Costante il richiamo al superamento della disparità dell'offerta sanitaria, agli interventi di prevenzione primaria (ad es. la lotta al fumo) e di diagnosi precoce (le tre campagne di *screening* per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto), al raccordo tra le istituzioni sanitarie, alla centralità del territorio, all'assistenza extra-ospedaliera, alla formazione del personale e al completamento dei Registri Tumori. Progressiva l'attenzione ai fattori ambientali cancerogeni (compresa la qualità dell'aria 'indoor'), lavorativi e non. Ma si sono riscontrate alcune importanti criticità.

1. La carente attenzione all'impatto psicologico della malattia oncologica su pazienti e familiari, in termini di qualità di vita e di compliance ai trattamenti ed esiti degli stessi, negli atti di pianificazione sanitaria dal 1994 al 2011.

∞ Il (primo) Piano Sanitario Nazionale 1994-96 (8), pur manifestando una visione allarmistica del fenomeno cancro, non valuta per nulla le ricadute psicologiche della malattia. Dal '96 fino al 2011 la considerazione per sofferenza psichica del malato e dei suoi familiari è minima, generica e circoscritta solo ad alcuni tipi di pazienti ed in relazione a specifiche aree:

◆ è previsto il supporto psicologico solo per le donne richiamate nell'ambito degli *screening* della mammella e della cervice uterina; sono totalmente ignorate le persone che devono affrontare il II livello

dello *screening* del carcinoma del colon-retto (Linee Guida 1996 della Commissione Oncologica Nazionale (9), Progetto Obiettivo Materno Infantile 1998-2000 (10), Linee Guida... in oncologia del 2001 (11), queste ultime considerate il primo Piano Oncologico Nazionale);

- ◆ *neoplasie a carattere ereditario*: le Linee Guida 1996 della C.O.N. prevedono, in centri appositamente istituiti, il supporto psicologico a pazienti e familiari a rischio, ma dell'istituzione di tali centri non vi è più traccia negli atti successivi. Per i soli casi di rischio di carcinoma eredo-familiare della mammella/ovaio, nell'ambito della rete dei Centri di Senologia, è previsto uno specifico percorso diagnostico-terapeutico per le donne a rischio, ma bisogna comunque attendere le Linee Indirizzo del 2014 (12);
- ◆ *le cure extra-ospedaliere* (vi si riferisce già il primo PSN 1994-96) rappresentano l'ambito cui viene dedicata una maggiore attenzione: si va dall'auspicare la presenza dello psicologo nell'*équipe* multidisciplinare (LG 1996 della C.O.N.), al ritenere necessario il supporto "psicosociale" e psicologico/sociale/spirituale per il malato affetto da patologia evolutiva irreversibile (oncologica e non) e per i suoi familiari, prima e dopo il decesso [PSN 1998-2000 (13), che tra l'altro istituisce gli Hospice, Linee Guida... in oncologia del 2001, PSN 2003-2005 (14), PSN 2006-2008 (15)]. In relazione agli Hospice, le LG del 2001 collocano lo psicologo nell'*équipe* multidisciplinare e ne dettagliano i compiti. Per l'ambito riabilitativo, raccomandano il recupero psico-relazionale del paziente, ma è un'indicazione del tutto generica.
- ∞ Le Linee Guida del 2001 richiamano esplicitamente "*i problemi psicologici e relazionali (grado di consapevolezza, di accettazione o di rifiuto della malattia e della terapia in corso – dinamiche familiari)*" che possono presentarsi; non vi è però alcun accenno all'organizzazione di servizi e/o all'attivazione di percorsi specifici nelle diverse fasi di cura (e non è ancora stata sancita la devoluzione). Il P.O.N. del 2006, mai presentato in Conferenza Stato-Regioni, sarebbe stato il primo documento in cui si indicava, tra le azioni prioritarie, il "*promuovere l'attivazione di servizi o attività di supporto psicologico mediante personale specificamente formato e dedicato*".

Solo a partire dal 2011 vi è un'attenzione precisa all'impatto psicologico della malattia oncologica: il

"Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anni 2011-2013" (16) asserisce che la patologia neoplastica può avere profonde ripercussioni sulla sfera psicologica, affettiva, familiare, sociale e sessuale sia del paziente sia dei suoi familiari, e riconosce "*fondamentale l'attivazione, nelle diverse neoplasie e fasi di malattia, di percorsi psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale*". E il «Documento tecnico..... – Anni 2014-2016» (17) proroga al 2016 la validità del precedente. Nel 2014, nelle "Linee di indirizzo sulla rete dei Centri di Senologia" (12), viene disposto che questi ultimi (*Breast Unit*) debbano "*necessariamente disporre di un servizio di psico-oncologia*". Nel 2015, il D.M. che regola gli standard dell'assistenza ospedaliera (3) afferma che "*In coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione europea, presso i centri di oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato*".

2. La scarsissima attenzione ai risvolti psicologici delle malattie oncoematologiche pediatriche e la separazione della relativa normativa sanitaria da quella degli adulti, fino al 2011.

- ∞ Nei PSN 1994-96, 1998-2000, 2003-05 e 2006-08 non c'è alcun riscontro della necessità di farsi carico della sofferenza psichica del bambino/adolescente affetto da neoplasia e di quella dei suoi familiari, nonostante che il primo istituisca specifici registri per i tumori infantili, quello 2003-05 citi i dati di mortalità per cancro di bambini ed adolescenti e l'ultimo solleciti studi epidemiologici per la valutazione del possibile aumento del rischio di neoplasie infantili nelle aree situate in prossimità dei siti sospetti di smaltimento dei rifiuti. Anche nello specifico (e a tutt'oggi unico) Progetto Obiettivo Materno Infantile 1998-2000 non si parla di sostegno psicologico neppure in relazione alle malattie rare e genetiche: viene solo segnalata la necessità di garantire la presenza del genitore durante l'ospedalizzazione del minore.
- ∞ Nelle Linee Guida per l'Oncoematologia pediatrica del 1999 (18) "compare" lo psicologo tra gli specialisti che devono attuare una "*strategia multidisciplinare*" per gli interventi terapeutici. Si parla, poi, di "consulenze territoriali per interventi riabilitativi fisici, *psicologici* e sociali, come parte del trattamento globale, in collaborazione coi familia-

ri”, ed è un’indicazione generica, considerando che le competenze in materia di programmazione sanitaria sono ancora centrali;

- ∞ Le Linee Guida del 2001 trattano unicamente dell’assistenza agli adulti.

È solo col Documento Tecnico del 2011-2013 che l’oncoematologia pediatrica e le relative azioni programmatiche sono integrate in una visione complessiva del contrasto al cancro:

- importante il rilievo del complicato accesso e della qualità delle cure degli adolescenti e giovani ed il richiamo a un raccordo tra i centri oncologici pediatrici e quelli per adulti. Ma, se nella presa in carico “globale” del minore si prevede lo psicologo, non ne vengono specificati i compiti (come, invece, per l’Hospice nel primo P.O.N.);
- viene evidenziato che lo sviluppo della psicooncologia è stato permesso grazie all’azione delle Associazioni dei genitori e questo costituisce un’implicita ma chiarissima delega agli stakeholder di compiti invece propriamente istituzionali!

3. Assenza, nel pur previsto percorso assistenziale integrato ospedale-territorio, dell’assistenza psicooncologica territoriale per quei pazienti (e i loro familiari) che, non ospedalizzati, non forzatamente domiciliati, non in fine vita, devono rientrare in una quotidianità (di relazioni interpersonali e sociali, di lavoro) mutata, in misura più o meno ampia, dall’impatto della malattia.

Sul piano legislativo nazionale, un primo ed unico riferimento alla sanità territoriale per l’assistenza psicooncologica a uno specifico tipo di malato oncologico si ha con il P.O.M.I. 1998-2000: il consultorio viene individuato quale servizio che deve “*collaborare per il supporto psicologico alla donna con patologia oncologica prima o dopo la terapia, anche attraverso la promozione di gruppi di auto aiuto*”.

Il Documento Tecnico 2011-13 non fa alcun riferimento ai servizi sanitari territoriali, in linea con la devoluzione che non permette indicazioni dirette di pianificazione ed organizzazione, ma sottolinea come la riabilitazione in oncologia abbia un’importante connotazione sociale, per il numero crescente di malati lungo sopravvissuti e la cronicizzazione della malattia: “*una riabilitazione anche psicologica consente di reinserire, ove possibile, più precocemente le persone nel sistema lavorativo, nella famiglia e nella società civile*”. Il Documento Tecnico 2014-16, con la sua Guida alle reti oncologiche regionali, vuole integrare tutti i

servizi disponibili sul territorio, ma l’assistenza psico-oncologica ambulatoriale territoriale per pazienti oncologici e loro familiari non è mai stata pianificata a livello centrale. È vero che nelle “Linee di indirizzo 2014”, viene disposto che i Centri di Senologia debbano avere un *servizio di psico-oncologia*, ma:

- laddove istituiti, accolgono solo donne affette da carcinoma mammario
- non sono sempre facilmente fruibili dall’utenza (si pensi alle realtà sanitarie dove convergono più comuni), che potrebbe trovare difficoltà considerato che un intervento psicologico adeguato richiede incontri settimanali e può durare mesi (o più)
- il sostegno ai caregiver è lasciato alla discrezione del singolo psicooncologo.

Se si pensa che il riconoscimento dell’importanza di percorsi psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale (previsto in ambito ospedaliero, domiciliare e in Hospice) è stato atteso per decenni, non stupisce che l’assistenza psicooncologica ambulatoriale territoriale per i pazienti e i familiari rappresenti una necessità programmatica non ancora fattivamente considerata.

→ **Altre criticità sono segnalate dagli stakeholder, in particolare dalla F.A.V.O.** (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) (19), la quale:

- ♦ evidenzia che il SSN non riconosce la specificità della riabilitazione oncologica, che deve “puntare al ripristino dell’integrità o del miglioramento di tutte le funzioni lese dal tumore o dai suoi trattamenti, dal punto di vista non solo fisico ma anche *cognitivo, psicologico, nutrizionale, sessuale, sociale e lavorativo*”. In particolare, proprio con la promulgazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (20), a 15 anni dai primi, la FAVO ne ha segnalato la clamorosa esclusione;
- ♦ lamenta le disparità territoriali nell’assistenza sanitaria ai malati di cancro, aggravatesi in seguito alla riforma costituzionale del 2001.

L’esperienza campana: l’Ambulatorio di Psiconcologia e delle patologie organiche croniche del Distretto Sanitario 55 (Ercolano) dell’Asl Napoli 3 sud

L’Ambulatorio di Psiconcologia e delle patologie organiche croniche rappresenta un’iniziativa autonoma

e pionieristica del territorio, promossa diversi anni prima dell'istituzione della Rete Oncologica Campana del settembre 2016 (21) (R.O.C.). Quest'ultima, se da un lato "garantisce a tutti i pazienti, ai caregivers ed agli operatori dei settori a maggiore rischio un adeguato livello di assistenza psicologica ospedaliera e territoriale tramite specifiche strutture assistenziali", poi prevede come strutture eroganti specifiche strutture di psicologia e/o di psiconcologia, ma cita solo quelle ospedaliere di I e II livello.

Tra il 2000 ed il 2009 presso l'U.O. di Salute Mentale di Cercola (NA), presidio sanitario territoriale con un bacino d'utenza di oltre 125.000 residenti di 6 comuni, a cui affluivano pure cittadini di distretti sanitari limitrofi furono presi in carico, tra gli altri, pazienti affetti da neoplasie, trapiantati e in attesa di trapianto, diabetici, cardiopatici, dializzati, affetti da patologie autoimmuni. Da questa esperienza emerse il riscontro che le persone con patologie organiche croniche e cronico-degenerative (e loro familiari), *in primis* gli oncologici, necessitassero di uno specifico intervento psicologico al fine di contenere le difficoltà ad adattarsi alla condizione di malattia, il malessere dato dall'impatto della diagnosi, dagli effetti delle terapie farmacologiche e chirurgiche, dal cambiamento del corpo, delle abitudini di vita, del ruolo lavorativo, sociale e familiare. Maturò l'idea di creare, per essi, uno spazio specifico, nuovo, al di fuori della psichiatria e dell'ospedale, inserito in un contesto di cura abituale e privo di connotazioni negative, di richiami ansiogeni, traumatizzanti: il Distretto Sanitario. L'obiettivo fu quello di istituire un ambulatorio territoriale di assistenza psicologica per pazienti - e loro *caregiver* - affetti da patologie organiche croniche e/o degenerative al quale potessero afferire persone in ogni fase della malattia tranne quella terminale, escludendo, quindi, gli interventi domiciliari. Le strategie di intervento dovevano essere:

- ∞ lavoro sinergico coi Medici di Medicina Generale attraverso un loro diretto coinvolgimento in riunioni informative/formative;
- ∞ pubblicizzazione della nuova offerta assistenziale sanitaria con azioni mirate;
- ∞ collegamento in rete con gli altri servizi aziendali (reparti di Oncologia all'interno delle A.O., specialisti ambulatoriali in oncologia e senologia in servizio presso i Distretti Sanitari, servizio Assistenza Domiciliare Ospedaliera per raggiungere i caregivers) e, infine, il raccordo con alcuni *stakeholder* (associazioni di pazienti).

Una prima ufficiale proposta per l'attivazione di un tale servizio fu presentata a gennaio 2010. A una seconda seguì, nell'ottobre 2010, il «Progetto A.P.P.O.C. Assistenza Psicologica per pazienti con patologie organiche croniche» con l'inserimento delle attività ambulatoriali nel CUP aziendale.

Nel 2012, presso il DS 55 di Ercolano della stessa ASL, nell'ambito dell'UO Assistenza Sanitaria di Base, fu istituito l'*Ambulatorio di Psiconcologia e delle patologie organiche croniche* per pazienti adulti, aperto anche ai *caregiver* e ai genitori/familiari di pazienti oncoematologici pediatrici. Dopo circa 20 mesi di attività, ci fu la formalizzazione da parte della Direzione Sanitaria Aziendale (22). Fu poi approntato uno spazio sul sito web dell'Asl¹ e, a distanza di alcuni mesi, furono stampate *brochure* e locandine. Nel dicembre 2014 l'attività dell'ambulatorio è stata oggetto di attenzione da parte della stampa locale (23) e, nel dicembre 2015, è stato citato in un articolo di una rivista sanitaria nazionale (24). Da febbraio 2016 è inserito nell'elenco dei centri di psiconcologia dello *Sportello Cancro* del Corriere.it.

Nonostante i riconoscimenti, vi sono state e vi sono tutt'ora difficoltà di vario genere:

- la resistenza, ancora presente, di parte degli attori sanitari, a configurare mentalmente un'offerta non prevista dalle normative nazionali, regionali e aziendali, sia con il riferimento all'assistenza domiciliare (carente per la figura dello psicologo) sia persistentemente a situazioni cliniche primariamente psichiatriche (non tanto per gravità della condizione psichica quanto per la causa che ne è alla base, indipendente dal confronto con una condizione di malattia organica);
- la non positiva collaborazione di buona parte dei MMG (e dei Pediatri di Libera Scelta), che rappresenta un significativo freno all'ampliamento dell'attività ambulatoriale ed alla diffusione della conoscenza nella cittadinanza di tale offerta sanitaria: mentre nella psiconcologia ospedaliera i pazienti giungono, in gran parte, su segnalazione interna, per la psiconcologia territoriale il ruolo dei MMG è cruciale, anche per la scarsa integrazione ospedale-territorio;
- per le problematiche che gravano sull'Asl Napoli 3 Sud, tra cui la carenza di personale, a tutt'oggi l'Ambulatorio conta un'unica figura professionale, il dirigente psicologo; al momento nella Asl si sta

¹ <http://www.aslnapoli3sud.it/sitoweb/jportal/JPDocumento.do?id=767&rev=3>

promuovendo l'attivazione della rete oncologica aziendale, nella quale dovrà essere coinvolto lo psiconcologo;

- l'inserimento delle attività dell'ambulatorio nel C.U.P., se da un lato ha consentito alcuni vantaggi, tra cui il permettere all'utenza extra-distrettuale di prenotare un primo colloquio anche da altri comuni dell'Asl, dall'altro complica l'attività clinica consecutiva poiché, al fine di garantire all'utenza uno spazio fisso settimanale, si provvede direttamente in ambulatorio alle prenotazioni successive, previa presentazione della nuova impegnativa o invio della stessa a mezzo fax o email.

Nonostante queste difficoltà, in quattro anni vi è stato un netto aumento dell'attività ambulatoriale, di tipo sia quantitativo sia qualitativo, cioè indirizzata agli utenti *target* (Figura 1). Dall'1/10/2012 al 31/12/2016 sono stati effettuati 1.031 colloqui clinici, di cui il 51,7% con pazienti oncologici, il 19,1% con utenti affetti da altra patologia organica cronica, il 3,5% con *caregiver* familiari. Ma il dato più interessante è quello relativo alla fase di malattia in cui si sono trovati i pazienti oncologici al momento del primo accesso all'ambulatorio: il picco corrisponde a chi vi è affetto a distanza di 12-18 mesi dalla diagnosi (non sono considerati i pazienti con recidiva – Figura 2); in relazione alla conclusione del trattamento chemio o radioterapico, poi, l'apice lo si trova tra chi lo ha concluso da massimo 6 mesi (Figura 3). Un acme lo si ritrova anche tra chi non ha effettuato alcun trattamento dopo la diagnosi/intervento (Figura 3).

Questi dati avvalorano la bontà del contesto territoriale come sede privilegiata nel quale accogliere chi ha superato la fase delle terapie e che necessita di un intervento psicologico per un migliore reinserimento nella quotidianità familiare, lavorativa e sociale ossia di una "riabilitazione oncologica".

Un modello di servizio territoriale per la psiconcologia

Sulla base della positiva esperienza maturata e delle criticità rilevate, un servizio territoriale per la psiconcologia dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

1. essere collocato nell'ambito delle Unità Complesse di Cure Primarie (2), in linea con le indicazioni dell'ultimo PSN (2006-08), che sollecita la *deospedalizzazione dei pazienti cronici* e "*l'attivazione di reti integrate, anche per l'età pediatrica, il cui*

coordinamento può essere attribuito, ferma restando l'autonomia regionale, al distretto" (...) e parla di "*(reti) finalizzate all'integrazione tra la prevenzione, l'assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale, l'assistenza ospedaliera, per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria*" ed avvisa che "*i campi nei quali l'integrazione è particolarmente necessaria sono quelli delle patologie neoplastiche e delle patologie croniche, sia congenite che acquisite*";

2. essere istituito non in tutti i Distretti ma sulla base dell'incidenza e della prevalenza delle patologie oncologiche su un dato territorio, quindi con una valenza sovra-distrettuale;
3. prevedere, oltre allo psiconcologo (per i pazienti adulti ed i *caregiver*):
 - uno psichiatra formato nel campo, almeno per un giorno a settimana;
 - uno psiconcologo formato o con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva, al fine di includere anche l'attività assistenziale psicologica per bambini e adolescenti oncologici (usufruendo, laddove necessario, della consulenza dei neuropsichiatri infantili dell'U.O. Materno Infantile, di solito allocata nei Distretti Sanitari);
 - almeno un infermiere;
4. prevedere un percorso "privilegiato" per i pazienti, al fine di usufruire di visite specialistiche nel Poliambulatorio distrettuale;
5. essere inserito nella Rete Oncologica Regionale;
6. comprendere altresì l'assistenza a pazienti affetti da patologie croniche e cronico-degenerative e loro *caregiver*;
7. essere inserito nel sistema CUP solo per le prenotazioni relative alle prime visite psiconcologiche, lasciando le prenotazioni successive – anche psichiatriche – all'organizzazione interna del servizio, come avviene per altri servizi territoriali ad accesso diretto (Salute Mentale, Consultori, Tossicodipendenze);
8. essere aperto 5 giorni su 7, compresi due pomeriggi.

Tutto questo nell'ottica non solo di una maggiore efficienza dei servizi sanitari attraverso il loro avvicinamento all'utenza sul territorio [come previsto dal Patto per la salute (2)], ma anche e soprattutto in quella del posizionamento del paziente e dei suoi bisogni al centro del percorso assistenziale.

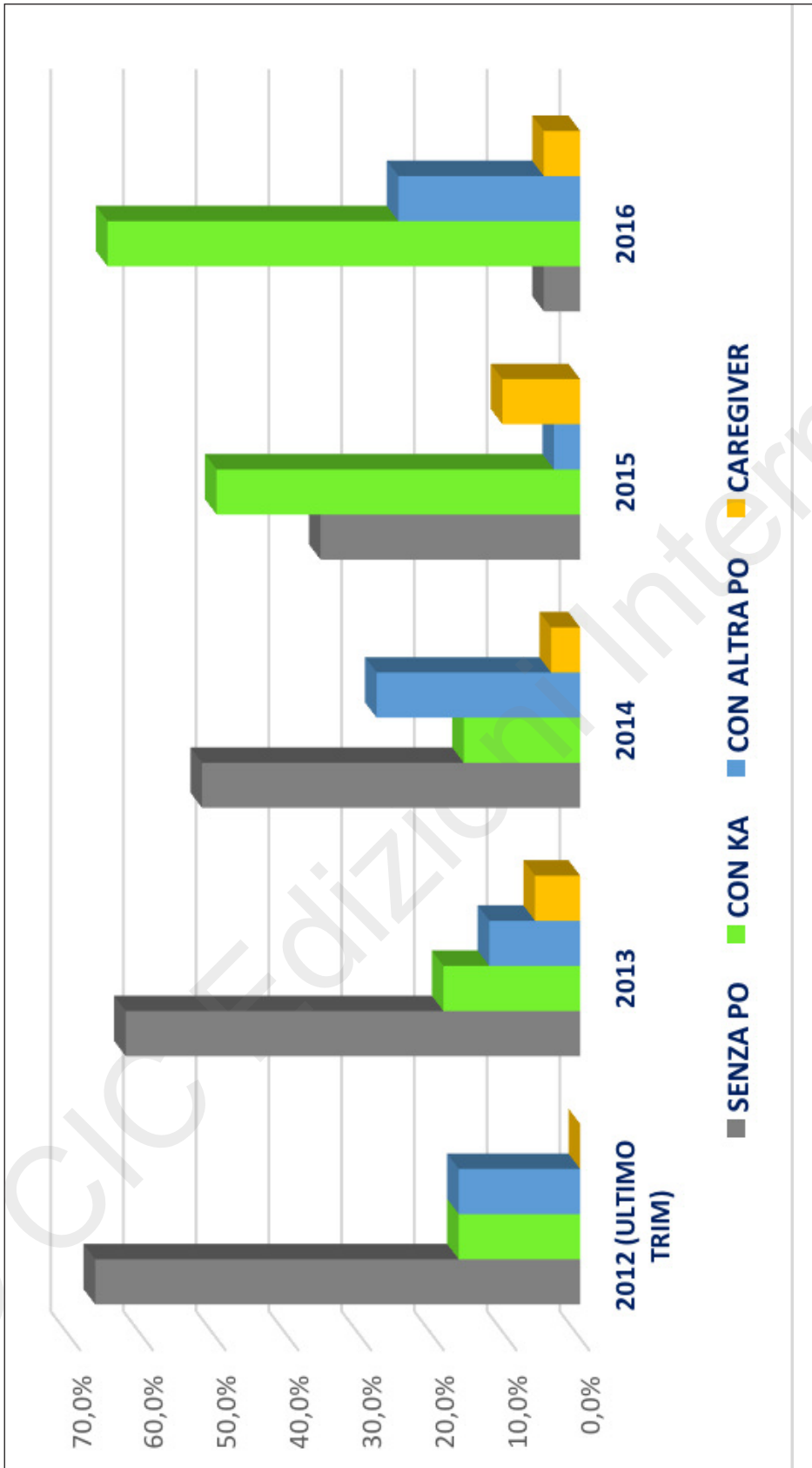


Figura 1. Tipologia di nuovi utenti afferiti per anno (% sul totale per anno).

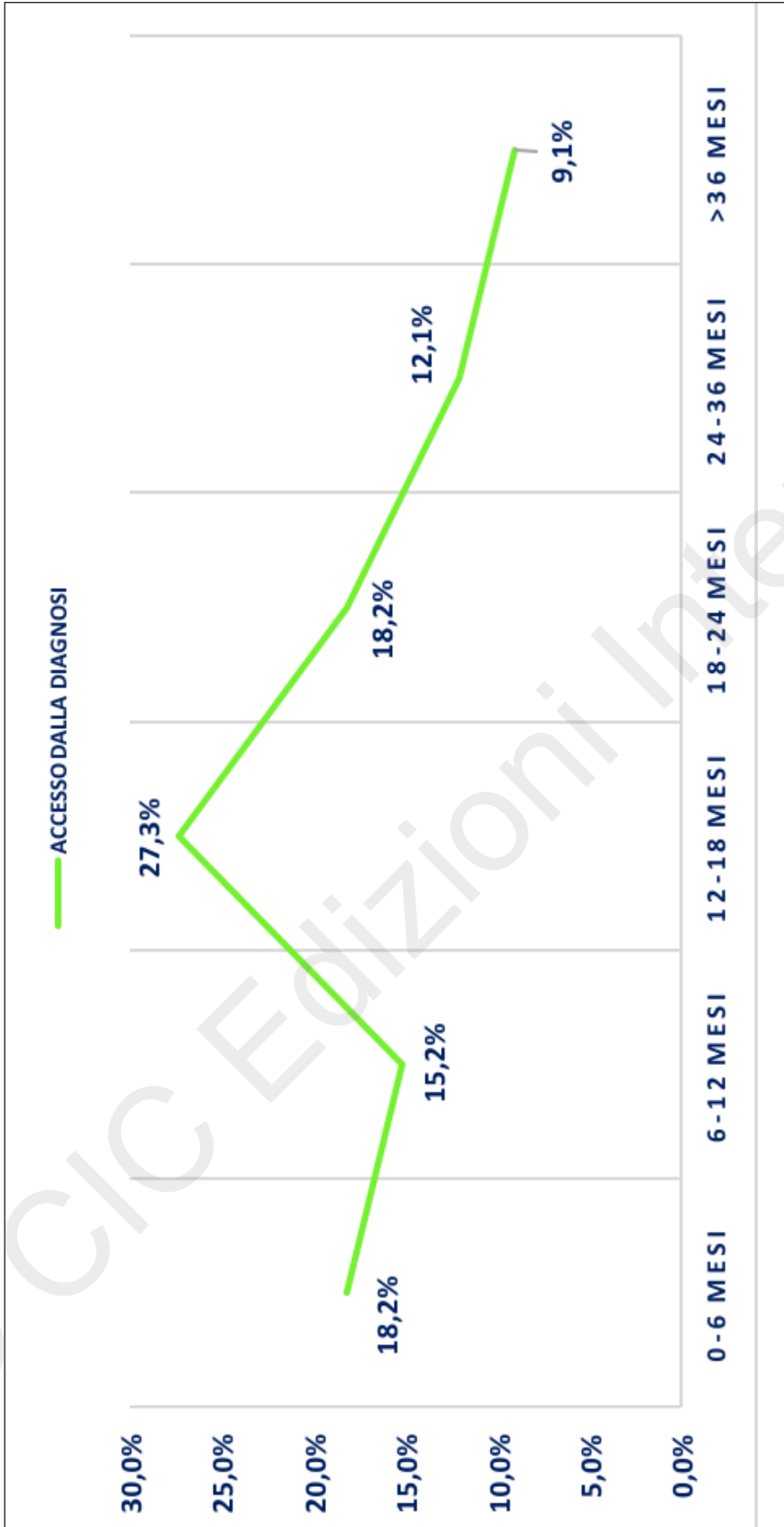


Figura 2. Percentuale pazienti oncologici suddivisi sulla base del tempo intercorso tra la diagnosi di KA ed il primo accesso all'ambulatorio (sono esclusi i pazienti con recidiva).



Figura 3. Percentuale pazienti oncologici (tutti) suddivisi sulla base del tempo intercorso dalla conclusione dell'ultimo trattamento (se effettuato) all'accesso all'ambulatorio.

Bibliografia

1. AIOM, I numeri del cancro in Italia 2016. Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
2. Intesa Stato-Regioni n° 82 del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. <http://www.statoregioni.it/Documenti>.
3. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n° 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Gazzetta Ufficiale n° 127 del 4/06/2015 ed Intesa Stato-Regioni n° 98 e Atto di rettifica n. 198/CSR.
4. Legge Costituzionale n°3, 18 ottobre 2001. Gazzetta Ufficiale n°248 del 24/10/2001.
5. Novinsky CM, Federici A. Stewardship. Un nuovo modello di Governance. Care. 2008;6:31-36
6. CARTA DI TALLIN - I sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico. Tallin (Estonia), 25-27 Giugno 2008. http://www.progettomattoneinternazionale.it/upload/mattone/gestionedocumentale/SintesiCartadiTallin_784_1972.pdf
7. http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=47592 30/01/2017.
8. Piano Sanitario Nazionale 1994-1996. 1 marzo 1994. G. U. n°171 del 23/07/94, S. O. n°107.
9. Linee Guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale, in applicazione di quanto previsto dal PSN per il triennio 94-96, relativo all'azione programmata "Prevenzione e cura delle malattie oncologiche", concernenti l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. G.U. n°127 dell'1/06/1996, S. O. n°88.
10. Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. G.U. n°131 del 7/06/2000, S.O. n°89.
11. Accordo Stato-Regioni sulle Linee Guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia. 8 marzo 2001. G.U. n°100 del 2/05/2001, S.O. n°102.
12. Intesa Stato-Regioni n°185 del 18 dicembre 2014 sul documento recante «Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia» <http://www.statoregioni.it/Documenti>
13. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. 23 luglio 1998. G.U. n°288 del 10/12/98, S.O. n.201.
14. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. DPR 23 maggio 2003. G.U. n°139 del 18/06/2003, S.O. n°95.
15. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Decreto del Presidente Repubblica 7 aprile 2006. G.U. n°139 del 17/06/2006 Supplemento Ordinario n°149.
16. Intesa Stato-Regioni n°21 del 10 febbraio 2011 concernente il «Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013». G.U. n°50 del 2/3/2011 S.O. n°60.
17. Intesa Stato-Regioni n°144 del 30 ottobre 2014 concernente il «Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016». <http://www.statoregioni.it/Documenti>.
18. Linee Guida per l'Oncoematologia Pediatrica. 18 giugno 1999. G.U. n°236 del 7/10/1999.
19. VIII rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. Roma 12 maggio 2016 - XI Giornata nazionale del malato oncologico. <http://www.favo.it>.
20. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12/01/2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. G.U. n°65 del 18/3/2017 S.O. n°15.
21. Decreto Regionale n°98 del 20/9/2016 «Istituzione della Rete Oncologica Campana». Bollettino Ufficiale della regione Campania n°63 del 26/09/2016.
22. Nota prot. n. 39956/Asl Napoli3sud del 09/05/2014.
23. Il Mattino sezione Sud e Costiera, 28 dicembre 2014.
24. Mastrilli V. Nuovi modelli organizzativi di gestione: delocalizzazione ospedale-territorio. I Quaderni di Medicina, supplemento a Il Sole 24 ore Sanità del 22/12/2015, pag 11-15.