

QUARTO EVENTO NAZIONALE

SIE incontra i pazienti



PROGRAMMA
26 maggio 2025
Bologna, Royal Hotel Carlton

Ambulatori *AiL* di Psico-Oncologia

angelapiattelli@gmail.com

I dati AIL sugli interventi psicologici in Ematologia

Censimento AIL anno 2024: Numero pazienti seguiti: 5.192

61 psicologi hanno risposto alla survey

41 sezioni AIL supportano un servizio di psico-oncologia

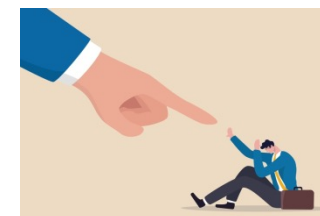
Principali prestazioni erogate	N. servizi attivi
Supporto psicologico	57
Psicoterapia	32
Formazione dei volontari AIL	36
Interventi di riabilitazione	12

Setting di erogazione dei servizi	N. servizi
Sedi AIL	38
Reparti ospedalieri	38
Day Hospital	31
Ambulatori	24
Centri trapianti	20
Cure domiciliari	10

Le prestazioni vengono erogate principalmente a pazienti adulti (58 servizi attivi) e caregiver (55 servizi attivi) con una minore presenza a favore di operatori sanitari (25 servizi attivi) e l'area pediatrica (solo 4).

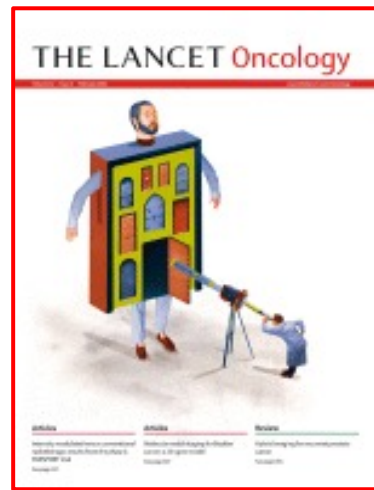
Principali minacce collegate alle malattie neoplastiche

Identità Individuale	Identità esistenziale (mortalità) Identità somatica (immagine corporea) Identità emozionale (stabilità affettiva) Identità temporale (prospettiva del futuro)
Identità Sociale	<i>Identità di ruolo familiare</i> • Relazioni familiari intime • Relazioni familiari allargate Identità di ruolo sociale • Relazioni sociali intime (rapporti interpersonali) • Relazioni sociali allargate (rapporti lavorativi e ambientali)



Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies

Alex.J Mitchell, Melissa Chan, Henna Bhatti, Marie Halton, Luigi Grassi, Christoffer Johansen.



Background: Substantial uncertainty exists about prevalence of mood disorders in patients with cancer, including those in **oncological, haematological, and palliative-care settings**. We aimed to quantitatively summarise the prevalence of depression, anxiety, and adjustments disorders in these settings.

Methods: We searched Medline, PsycINFO, Embase, and Web of Knowledge for studies that examined well-defined depression, anxiety, and adjustment disorder in adults with cancer in oncological, haematological, and palliative-care settings. We restricted studies to those using psychiatric interviews. Studies were reviewed in accordance with PRISMA guidelines and a proportion meta-analysis was done.

Findings: We identified 24 studies with 4007 individuals across seven countries in palliative-care settings. Meta-analytical pooled prevalence of depression defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) or International Classification of Diseases (ICD) criteria was 16.5% (95% CI 13.1–20.3), 14.3% (11.1–17.9) for DSM-defined major depression, and 9.6% (3.6–18.1) for DSM-defined minor depression. Prevalence of adjustment disorder alone was 15.4% (10.1–21.6) and of anxiety disorders 9.8% (6.8–13.2). Prevalence of all types of depression combined was of 24.6% (17.5–32.4), depression or adjustment disorder 24.7% (20.8–28.8), and all types of mood disorder 29.0% (10.1–52.9). We identified 70 studies with 10 071 individuals across 14 countries in oncological and haematological settings. Prevalence of depression by DSM or ICD criteria was 16.3% (13.4–19.5); for DSM-defined major depression it was 14.9% (12.2–17.7) and for DSM-defined minor depression 19.2% (9.1–31.9). Prevalence of adjustment disorder was 19.4% (14.5–24.8), anxiety 10.3% (5.1–17.0), and dysthymia 2.7% (1.7–4.0). Combination diagnoses were common; all types of depression occurred in 20.7% (12.9–29.8) of patients, depression or adjustment disorder in 31.6% (25.0–38.7), and any mood disorder in 38.2% (28.4–48.6). There were few consistent correlates of depression: there was no effect of age, sex, or clinical setting and inadequate data to examine cancer type and illness duration.

Interpretation: Interview-defined depression and anxiety is less common in patients with cancer than previously thought, **although some combination of mood disorders occurs in 30–40% of patients in hospital settings without a significant difference between palliative-care and non-palliative-care settings. Clinicians should remain vigilant for mood complications, not just depression.**

Introduzione

La diagnosi di tumore e le sue conseguenze possono avere un forte impatto negativo sulla vita dei pazienti e delle loro famiglie, ben oltre i sintomi fisici sui quali generalmente si concentra l'attenzione di chi ha in cura i pazienti. La malattia infatti può influire su una vasta gamma di aspetti psicologici, emozionali, sociali, culturali e spirituali della salute. Circa il 20% delle persone con tumore risulta affetto da depressione, il 10% da ansia e fino al 52% sviluppa disagio psicologico [1, 2]. Il carico per il paziente è ulteriormente appesantito da necessità pratiche e da bisogni di tipo informativo [3, 4]. La presenza di tutti questi bisogni psicosociali può limitare notevolmente l'individuo nelle sue attività, costituendo quindi anche un problema di natura sociale ed economico, può ostacolare la capacità di affrontare la malattia e ridurre la compliance terapeutica [5]. Questi aspetti sono così rilevanti che alcuni autori suggeriscono di considerare il tumore una malattia biopsicosociale [6].

L'assistenza psicosociale è ormai considerata, in effetti, una componente essenziale di un trattamento oncologico ottimale: essa si pone l'obiettivo di alleviare il distress emozionale e di promuovere il benessere, e pertanto è elemento chiave di qualsiasi strategia volta a migliorare la qualità di vita delle persone con tumore [7]. Eppure, nonostante questa diffusa consapevolezza, e l'esistenza in vari Paesi di linee guida che raccomandano interventi psicosociali basati sull'evidenza in oncologia, molti pazienti che beneficerebbero di questi interventi in realtà non li ricevono [7]. Ancora oggi, i bisogni psicosociali spesso non vengono rilevati, e quindi non sono trattati in modo opportuno. Molti pazienti affermano ancora, ad esempio, di non essere sufficientemente informati circa la loro patologia per poter partecipare attivamente al processo decisionale [3, 8]. Anche ove i servizi di supporto sono presenti, spesso i malati ne ignorano la disponibilità. Queste carenze sono particolarmente gravi per i cittadini più vulnerabili (economicamente svantaggiati, con bassa scolarità, appartenenti a culture diverse, ecc.) [9]. Il report 2014 della International Psycho-Oncology Society (IPOS),



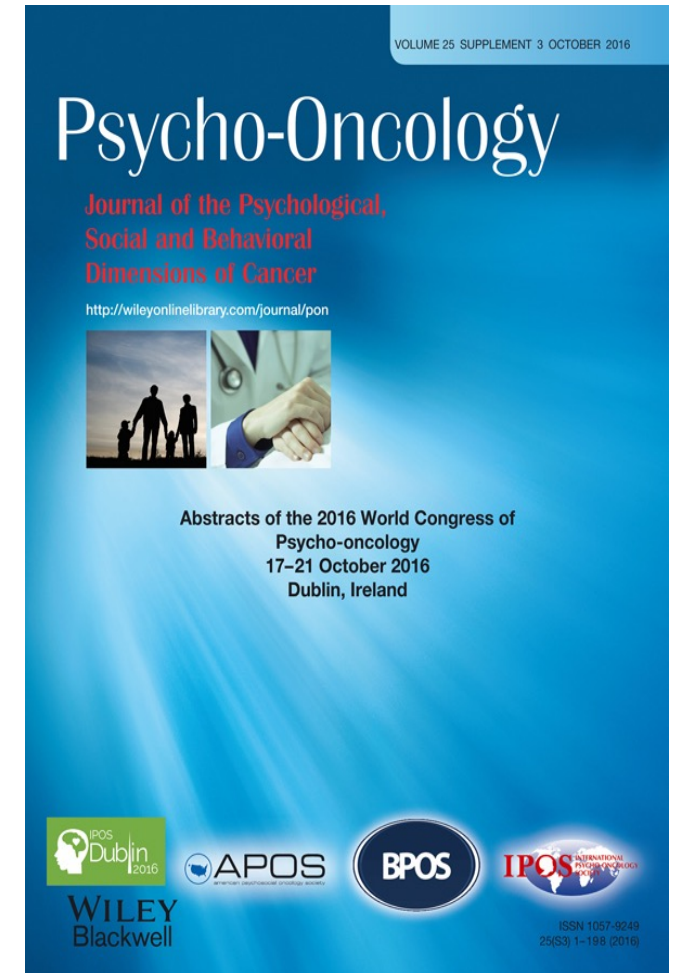
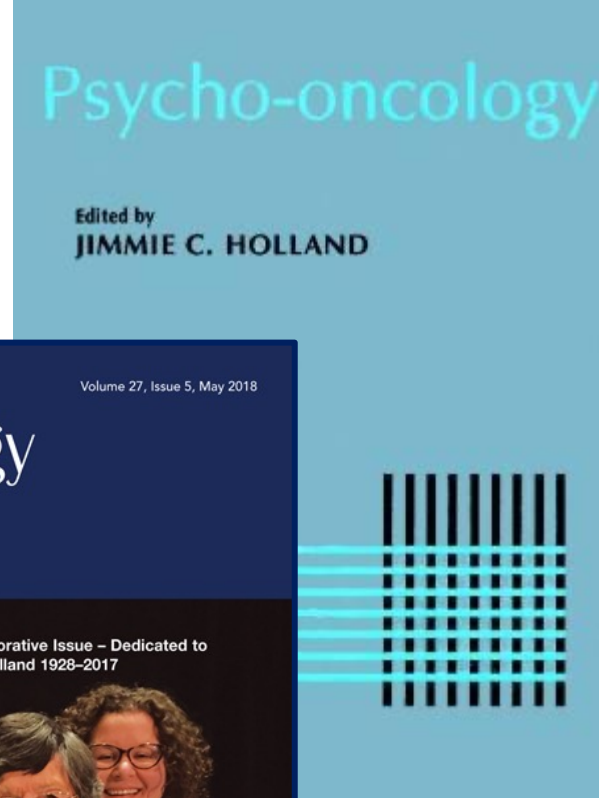
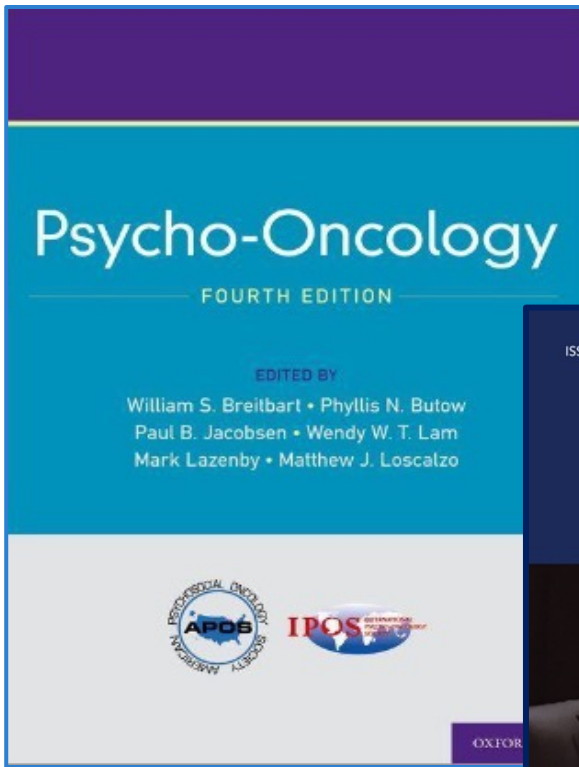
Linee guida

ASSISTENZA PSICOSOCIALE DEI MALATI ONCOLOGICI

Edizione 2023

In collaborazione con







National Comprehensive
Cancer Network®

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

Distress Management

Version 1.2025 — November 18, 2024

NCCN.org

NCCN recognizes the importance of clinical trials and encourages participation when applicable and available.
Trials should be designed to maximize inclusiveness and broad representative enrollment.

NCCN Guidelines for Patients® available at www.nccn.org/patients

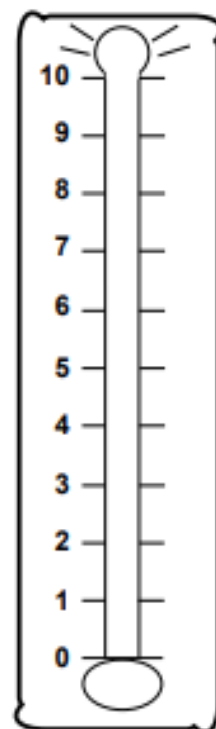
Continue

NCCN DISTRESS THERMOMETER

Distress is an unpleasant experience of a mental, physical, social, or spiritual nature. It can affect the way you think, feel, or act. Distress may make it harder to cope with having cancer, its symptoms, or its treatment.

Instructions: Please circle the number (0–10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

Extreme distress



No distress

PROBLEM LIST

Have you had concerns about any of the items below in the past week, including today? (Mark all that apply)

Physical Concerns

- ☐ Pain
- ☐ Sleep
- ☐ Fatigue
- ☐ Tobacco use
- ☐ Substance use
- ☐ Memory or concentration
- ☐ Sexual health
- ☐ Changes in eating
- ☐ Loss or change of physical abilities

Emotional Concerns

- ☐ Worry or anxiety
- ☐ Sadness or depression
- ☐ Loss of interest or enjoyment
- ☐ Grief or loss
- ☐ Fear
- ☐ Loneliness
- ☐ Anger
- ☐ Changes in appearance
- ☐ Feelings of worthlessness or being a burden

Social Concerns

- ☐ Relationship with spouse or partner
- ☐ Relationship with children
- ☐ Relationship with family members
- ☐ Relationship with friends or coworkers
- ☐ Communication with health care team
- ☐ Ability to have children
- ☐ Prejudice or discrimination

Practical Concerns

- ☐ Taking care of myself
- ☐ Taking care of others
- ☐ Safety
- ☐ Work
- ☐ School
- ☐ Housing/Utilities
- ☐ Finances
- ☐ Insurance
- ☐ Transportation
- ☐ Child care
- ☐ Having enough food
- ☐ Access to medicine
- ☐ Treatment decisions

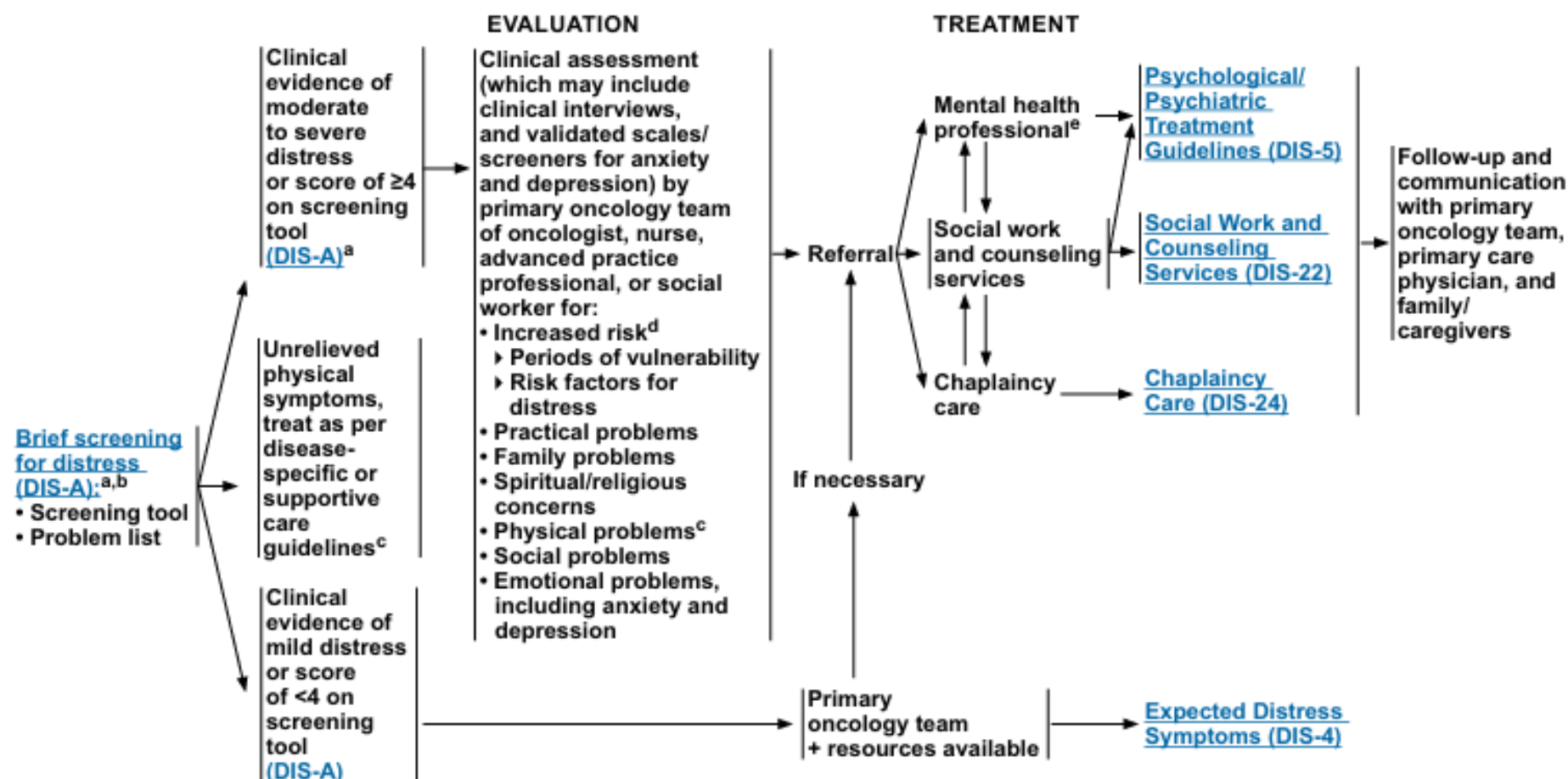
Spiritual or Religious Concerns

- ☐ Sense of meaning or purpose
- ☐ Changes in faith or beliefs
- ☐ Death, dying, or afterlife
- ☐ Conflict between beliefs and cancer treatments
- ☐ Relationship with the sacred
- ☐ Ritual or dietary needs

Other Concerns:

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

OVERVIEW OF EVALUATION AND TREATMENT PROCESS



^a The NCCN Problem List and the NCCN Distress Thermometer Screening Tool may be modified to fit the needs of the local population.

^b See [Discussion \(MS-8\)](#) for information about other validated screening tools.

^c Consider referral for palliative care management (see [NCCN Guidelines for Palliative Care](#) and [NCCN Guidelines for Adult Cancer Pain](#)).

^d Psychosocial Distress Patient Characteristics (DIS-B).

^a Licensed mental health providers including psychiatrists, psychologists, advanced practice clinicians, clinical social workers, mental health counselors, and marriage and family therapists.

Refer to [NCCN Guidelines Table of Contents for Supportive Care Guidelines](#)

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.



**Hyuna Sung,
PhD
Senior
Principal
Scientist
Cancer
Surveillance
Research**

Emerging cancer trends among young adults in the USA: analysis of a population-based cancer registry

Hyuna Sung, Rebecca L Siegel, Philip S Rosenberg, Ahmedin Jemal



Summary

Background Cancer trends in young adults, often under 50 years, reflect recent changes in carcinogenic exposures, which could foreshadow the future overall disease burden. Previous studies reported an increase in early onset colorectal cancer, which could partly reflect the obesity epidemic. We examined age-specific contemporary incidence trends in the USA for 30 common cancers, including 12 obesity-related cancers.

Methods We obtained incidence data for invasive cancers among people aged 25–84 years diagnosed from Jan 1, 1995, to Dec 31, 2014, for 25 population-based state registries in the USA. All patients in the registry were included in the analyses. We considered the 20 most common cancer types and 12 obesity-related cancers (30 cancer types in total). We used age-period-cohort modelling to estimate average annual percentage change in incidence rates by 5-year age group (25–29 years to 80–84 years in 5-year increments) and incidence rate ratios (IRR) by birth cohort (10-year overlapping birth cohorts from 1910–19 to 1980–89 in 5-year increments). No exclusion criteria were applied after including all invasive cancer cases based on age group and diagnosis year.

Findings From 1995 to 2014 there were 14 672 409 incident cases for 30 types of cancer. Incidence significantly increased for six of 12 obesity-related cancers (multiple myeloma, colorectal, uterine corpus, gallbladder, kidney, and pancreatic cancer) in young adults (25–49 years) with steeper rises in successively younger generations. Annual increases ranged from 1·44% (95% CI –0·60 to 3·53) for multiple myeloma to 6·23% (5·32–7·14) for kidney cancer at age 25–29 years, and ranged from 0·37% (0·03–0·72) for uterine corpus cancer to 2·95% (2·74–3·16) for kidney cancer at age 45–49 years. Compared with people born around 1950, IRRs for those born around 1985 ranged from 1·59 (95% CI 1·14–2·21) for multiple myeloma to 4·91 (4·27–5·65) for kidney cancer. Conversely, incidence in young adults increased in successively younger generations for only two cancers (gastric non-cardia cancer and leukaemia), and decreased for eight of the 18 additional cancers, including smoking and HIV infection-associated cancers.

Interpretation The risk of developing an obesity-related cancer seems to be increasing in a stepwise manner in successively younger birth cohorts in the USA. Further studies are needed to elucidate exposures responsible for these emerging trends, including excess bodyweight and other risk factors.

Funding Intramural Research Department of the American Cancer Society and the Intramural Research Program of the National Cancer Institute.

Lancet Public Health 2019;
4: e137–47

Published Online
February 4, 2019
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30267-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30267-6)

See Comment page e119

Surveillance and Health
Services Research Program,
American Cancer Society,
Atlanta, GA, USA (H Sung PhD,
R L Siegel MPH, A Jemal PhD);
and Division of Cancer
Epidemiology and Genetics,
National Cancer Institute,
National Institutes of Health,
Bethesda, MD, USA
(P S Rosenberg PhD)

Correspondence to:
Dr Ahmedin Jemal, Surveillance
and Health Services Research
Program, American Cancer
Society, Atlanta, GA 30303, USA
ahmedin.jemal@cancer.org

The efficacy of cognitive behavioral therapy for mental health and quality of life among individuals diagnosed with cancer: A systematic review and meta-analysis

Alexander T. Dils¹ | Kathryn O'Keefe¹ | Nada Dakka¹ | Michelle Azar¹ |
Meiyan Chen² | Anao Zhang^{2,3,4} 

¹Central Michigan University College of Medicine, Saginaw, Michigan, USA

²The University of Texas at Austin Steve Hicks School of Social Work, Austin, Texas, USA

³University of Michigan Health, Adolescent and Young Adult Oncology Program, Ann Arbor, Michigan, USA

Abstract

Objective: It has long been documented that cognitive behavioral therapy (CBT) has positive impacts on improving mental health (MH) and quality of life (QoL) in the general population, but investigations on its effect on cancer survivors remain limited, especially for QoL outcomes. The purpose of this meta-analysis is to investigate the effects of CBT as compared to control on cancer patients' MH

*La terapia cognitivo comportamentale migliora la salute mentale ed alcuni aspetti della qualità di vita nei pazienti oncologici, **con una maggiore efficacia nei pazienti più giovani.***

⁴School of Social Work and University of Michigan Health AYA Oncology Program, 1080 S University Avenue Office, (734) 647-6787, Ann Arbor, MI, USA.
Email: zhangn@med.umich.edu

Software (version 4.2.2) and the robumeta package were utilized to complete analysis, which entailed robust variance estimation (RVE) in intercept-only meta-regression, and univariate meta-regression (for moderator analysis).

Results: Across 132 clinical trials and 1030 effect size estimates, we identified that CBT moderately improves MH and QoL in cancer patients $d = 0.388$, 95% CI

REVIEW

WILEY

Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses

Saira Sanjida¹  | Steven M. McPhail^{1,2}  | Joanne Shaw³  | Jeremy Couper^{4,5}  | David Kissane⁶ | Melanie A. Price³ | Monika Janda^{1,7} 

¹School of Public Health and Social Work, Institute for Health and Biomedical Innovation, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia

²Centre for Functioning and Health Research, Metro South Health, Brisbane, Australia

³Psycho-oncology Co-operative Research Group, School of Psychology, The University of Sydney, Sydney, Australia

⁴Mental Health, Justice Health, Alcohol and Drug Services, Canberra, Australia

⁵Academic Unit of Psychiatry & Addiction Medicine, Australian National University Medical School, The Canberra Hospital, Canberra, Australia

⁶Department of Psychiatry, Monash University, Melbourne, Australia

⁷Centre for Health Services Research, The University of Queensland, Brisbane, Australia

Correspondence

Monika Janda, Centre for Health Services Research, The University of Queensland, Brisbane, Australia.

Email: m.janda@uq.edu.au

Funding information

NHMRC, Grant/Award Numbers: #11051021 and #1090440; Advance Queensland

Abstract

Objective: The aims of this meta-analysis were to estimate the overall effect size (ES) of psychological interventions on anxiety in patients with cancer and extract sample and intervention characteristics that influence effectiveness.

Methods: PubMed, Scopus, PsycINFO, Embase, Medline, and CINAHL were searched using Medical Subject Heading keywords 'cancer' AND 'anxiety' AND 'psychological intervention' AND 'counselling' AND 'psycho*' AND 'psychotherapy' AND 'psycho-social' AND 'therapy' between January 1993 and June 2017.

Results: Seventy-one studies were eligible for the systematic review; among them, 51 studies were included in the meta-analysis calculations. The overall ES was -0.21 (95% confidence interval; -0.30 to -0.13) in favour of the intervention. From subgroup analyses, studies conducted in Asia, enrolling inpatients, focussing on relaxation, of <6 -week intervention duration, <30 -minute intervention dose per session, and <4 hours of total time of intervention showed moderate ESs ranging from -0.40 to -0.55 . Only 2 studies restricted enrolment to prescreened patients with clinically elevated level of anxiety and showed moderate ES of -0.58 .

Conclusions: Low psychological distress at baseline and nonevidence-based interventions were the main factors identified for low effectiveness. Screening and assessment to determine clinical levels of anxiety in patients with cancer should be considered in future trials as an inclusion criterion before providing psychological interventions.

Systematic review registration: PROSPERO: International Prospective Register of Systematic Reviews: CRD42017056132.

KEYWORDS

anxiety, cancer, intervention, meta-analysis, psychology, randomised controlled trials, systematic review

Psycho-Oncology

Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer



Gli interventi psicologici

In qualunque fase della malattia è possibile sottoporsi ad un intervento psicologico.

Le linee guida internazionali suggeriscono che i bisogni psico-emozionali debbono essere rilevati precocemente e trattati da professionisti Psico-Oncologi preparati a dare risposte di cure a quella **quota di sofferenza, spesso taciuta, dai pazienti oncologici.**





Multidisciplinary Team

1.3 Multidisciplinary teams

The following recommendations were published in chapter 4 of the original improving outcomes in haematological cancers guidance (2003). The evidence for these recommendations has not been reviewed as part of this update, but they have been included in this section as they are still relevant to staffing and facilities (levels of care) for adults (over 24 years) and young people (16–24 years) with haematological cancer.

- 1.3.1 Clinical services for patients with haematological cancers should be delivered by multidisciplinary haemato-oncology teams. [2003]
- 1.3.2 Haemato-oncology MDTs should serve a population of at least 500,000 people. [2003]
- 1.3.3 Every patient with any form of haematological cancer (as defined by current World Health Organization [WHO] criteria) should be cared for by a haemato-oncology MDT. [2003, amended 2016]
- 1.3.4 All patients should have their care discussed in formal MDT meetings attended by members involved in the diagnosis, treatment, or care of that particular patient, and all the clinicians in the MDT should regularly treat patients with the particular forms of haematological cancer with which that MDT deals. [2003, amended 2016]
- 1.3.5 These MDTs should be responsible not only for initial recommendations about what treatment should be offered, but also for delivery of treatment and long-term support for patients. [2003, amended 2016]
- 1.3.6 Individual clinicians should be responsible for discussing the MDT's recommendations with their patients, who should have the opportunity to be informed of the outcome of MDT meetings. [2003]
- 1.3.7 Clinicians who are not members of the MDTs should refer any patient with suspected or previously diagnosed haematological cancer to an appropriate haemato-oncology MDT. [2003, amended 2016]
- 1.3.8 Written referral policies should be disseminated both within hospitals (particularly to departments such as gastroenterology, dermatology, rheumatology and medicine for the elderly) and to primary care teams, to promote prompt and appropriate referral. [2003]

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Search NICE...

Sign in

Guidance ▾ Standards and indicators ▾ Life sciences ▾ British National Formulary (BNF) ▾ British National Formulary for Children (BNFC) ▾

Read about [our approach to COVID-19](#)

Home > NICE Guidance > Health and social care delivery > Adult's social care

Improving supportive and palliative care for people with cancer

Cancer service guideline [CSG4] Published: 24 March 2004

Guidance Tools and resources Information for the public Evidence History

Overview

Guidance

This guideline covers best practice in developing and delivering supportive and palliative care for people with cancer. It aims to ensure that people with cancer, and their families and carers, are cared for and supported from before formal diagnosis to the end of life.

NICE has also produced guidelines on [end of life care for adults](#) and [last days of life](#).

Recommendations

The guideline includes recommendations on:

- patient and carer involvement
- psychological, social and spiritual support services
- general and specialist palliative care services
- rehabilitation services
- complementary therapy services
- services for families and carers
- workforce development

1.9 Providing multipractitioner care

1.9.1 Provide access to the expertise of highly skilled health and social care practitioners, when needed, for adults approaching the end of their life, their carers and other people important to them. They should have the skills to:

- meet complex care and support needs
- anticipate and prevent or minimise crises
- support people's preferences for where they would like to be cared for and die, if possible.

1.9.2 Health and social care practitioners should have the skills to provide care for adults approaching the end of their life who need support in the following areas:

- disease-specific, including symptom management, hydration and nutrition, and access to medication
- physical
- psychological
- social, including support and advice (for example, signposting advice on benefits, finance and third-sector, local or national support services)
- support with activities of daily living, including access to equipment and rehabilitation services
- pastoral, religious and spiritual
- cultural.

For a short explanation of why the committee made these recommendations and how they might affect services, see the [rationale and impact section on providing multipractitioner care](#).

Full details of the evidence and the committee's discussion are in the following evidence reviews:

- [Evidence review E: multiprofessional team](#)
- [Evidence review I: additional services and inappropriate admissions](#).

il team come risorsa: è il team che decide

Il gruppo diventa uno strumento di lavoro, una risorsa psicologica, per la valutazione, la cura e soprattutto **per decidere quando fermarsi.**

Un gruppo che riesce a “pensare sul fare” impara a minimizzare gli interventi inutili **investe le energie su quelli utili, consolidando la fiducia nel lavoro comune.** Così, gli aspetti concreti del fare possano lasciare spazio anche alle rappresentazioni mentali, ai simboli, alle emozioni e alla possibilità di elaborarle.



Metodologia di lavoro

- Valutare, sin dall'inizio, **parametri biomedici e psicosociali del problema**;
- Sviluppare un **rapporto collaborativo** col paziente;
- Invitare sin dall'inizio **la famiglia** a partecipare;
- Focalizzare **l'attenzione sulle risorse** di paziente/famiglia;
- **Restituire** al paziente, ai familiari al team dei curanti;
- **Offrire**, in modo sistematico, **un trattamento** a un livello simile a quello applicato ai disturbi fisici;
- Intensificare la **collaborazione interdisciplinare** tra discipline mediche e psicosociali.
-

Valutazione delle risorse del sistema famiglia

- **Ruolo del Caregiver/Marito**

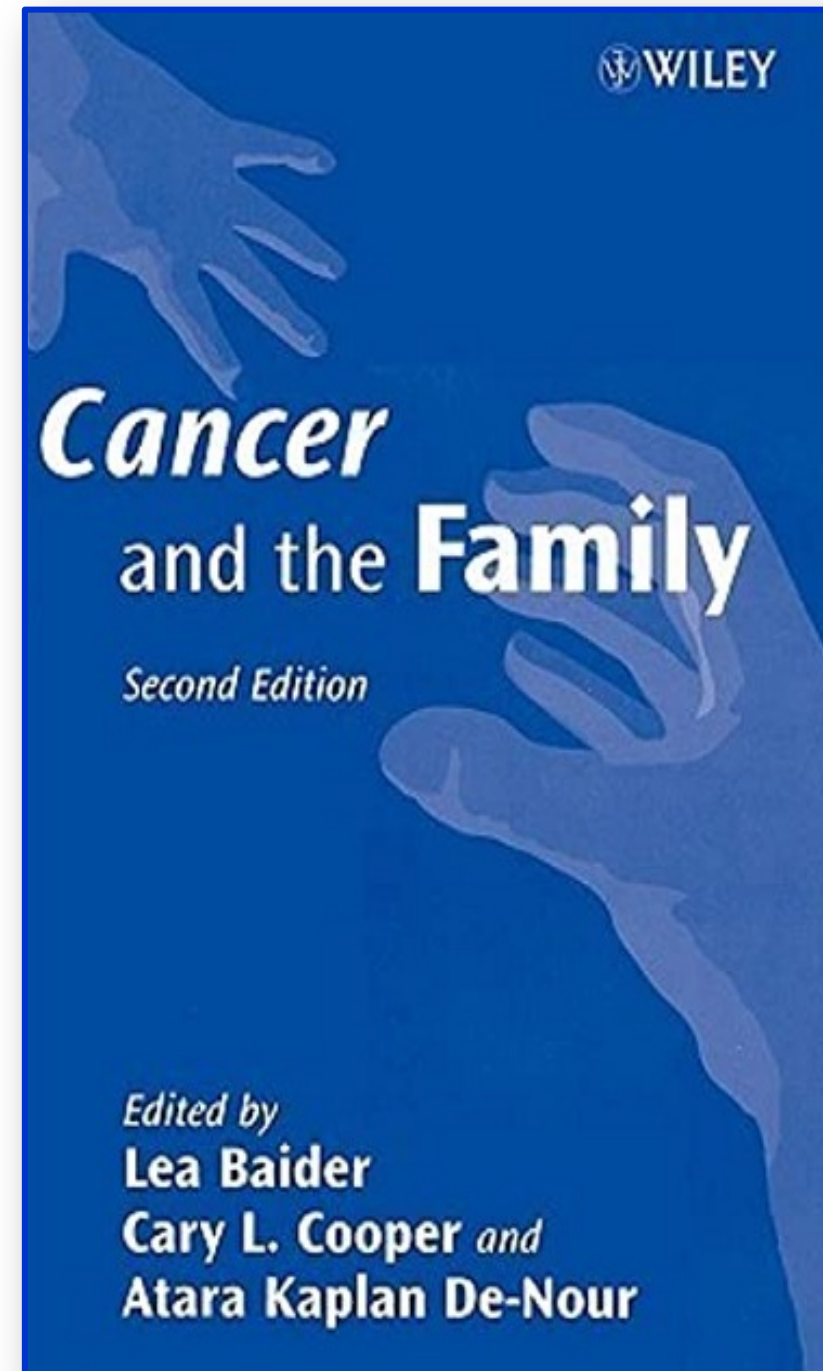


- **Attivazione della rete sociale**



Il cancro, «una faccenda della famiglia», «una malattia della famiglia» perché riguarda e coinvolge tutta la famiglia. Quando si ammala una persona, si ammala anche la sua famiglia. La ricerca in ambito psico-oncologico ha dimostrato le importanti e significative ripercussioni psicologiche del **cancro sull'intera rete familiare**, nei termini di distress psicologico e morbidità psichiatrica

[Kim Y. Et al., 2006]





CENTRO NAZIONALE
CLINICAL GOVERNANCE
ED ECCELLENZA DELLE CURE

Segreteria Società Italiana di Psico-Oncologia
segreteria@siponazionale.it
a.piattelli@aocs.it
angelapiattelli@gmail.com



Oggetto: richiesta di pubblicazione della Proposta di RBPCA in progress 00106 "Raccomandazioni di buone pratiche clinico - assistenziali su diagnosi e trattamento psicoterapeutico del distress emotivo in pazienti oncologici ed oncoematologici adulti" ricevuta in data 30/01/2025. Allegato 1 emendato rinviato in data 24/02/2025.

Spett.le Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO),

Si comunica che la Vostra proposta di RBPCA sull'argomento in oggetto è stata giudicata eleggibile per la valutazione della qualità metodologica.

Si resta in attesa di ricevere all'indirizzo cnecl-rbpca@iss.it, entro la data da voi indicata per la sottomissione (26/11/2025), i seguenti file in formato PDF:

- RBPCA full text, carattere Times New Roman, dimensioni 11 pt, interlinea doppia, formattazione giustificata. Tale documento dovrà essere redatto secondo lo schema riportato nell'Allegato 2 al Manuale operativo RBPCA (<https://www.iss.it/web/guest/-/manuale-operativo-rbpca>).
- Disclosure del conflitto di interessi di natura economica e non economica dei partecipanti alla stesura della RBPCA.
- Dichiarazione da parte del produttore che tutte le raccomandazioni della BPCA sono in linea con le leggi italiane vigenti, norme e regolamenti delle agenzie regolatorie italiane e del Ministero della Salute, incluse le disposizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza.
- Eventuali allegati tecnici, che descrivano in dettaglio le revisioni sistematiche e le tabelle di evidenze utilizzate per la formulazione di raccomandazioni.
- Dichiarazione di impegno a non presentare né pubblicare le RBPCA in tutto o in parte prima del completamento del processo di valutazione.

Dott.ssa Velia Bruno
Direttore CNEC

Velia Bruno

Raccomandazioni di Buone Pratiche Clinico-Assistenziali in Psico-Oncologia

Recommendations for the Implementation of Distress Screening Programs in Cancer

William F. Pirl; Jesse R. Fann; Joseph A. Greer; Ilana Braun; Teresa Deshields; Caryl Fulcher; Elizabeth Harvey; MPH6; Jimmie Holland; Vicki Kennedy; Mark Lazenby; Lynne Wagner; Meghan Underhill; Deborah K. Walker; James Zabora; Bradley Zebrack; and Wayne A. Bardwell.



Introduction. In 2015, the American College of Surgeons (ACoS) Commission on Cancer will require cancer centers to implement screening programs for psychosocial distress as a criterion for accreditation. Although the ACoS standard articulates the required processes, cancer centers may benefit from guidance regarding the interpretation and customization of these requirements. This review, which was written by a joint task force from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), the Association of Oncology Social Work (AOSW), and the Oncology Nursing Society (ONS), attempts to provide such guidance. The APOS, AOSW, and ONS represent over 36,000 oncology social workers, psychologists, nurses, chaplains, psychiatrists, and other physicians who provide psychosocial care to patients with cancer in the United States.

The joint task force specifically developed consensus-based recommendations regarding the 6 components of the ACoS standard: **1) psychosocial representation on the cancer committee with a committee meeting that includes plans for screening, 2) timing of screening, 3) method=mode of screening, 4) tools for screening, 5) assessment and referral, and 6) documentation.**

Conclusions. The implementation of programs to screen for psychosocial distress will enhance the quality of cancer care in institutions that comply with the ACoS standard for psychosocial distress screening. If cancer centers develop programs strategically and systematically, then screening can be implemented in a cost-efficient and sustainable way. Our hope is that oncology care institutions will seize this opportunity to provide **personalized psychosocial care that could lead to decreased suffering**, enhanced satisfaction with care, and, **ultimately, improved health outcomes.**

Six Components in the ACoS Standard

Thoughtful approaches to each of the 6 required components will facilitate implementation of an effective, efficient, clinically meaningful, safe, equitable, and sustainable screening program. We believe that the recommendations below will assist cancer centers in achieving this goal, regardless of their setting, size, or resources.

1. Cancer committee meeting

The ACoS standard 3.2 requires documentation of discussion about screening for distress in the minutes of a leadership committee meeting and that a psychosocial representative (an “oncology social worker, clinical psychologist, or other mental health professional trained in the psychosocial aspects of cancer”) is identified to oversee the administration of the program and report annually on the program’s fidelity. The representative should be familiar with rates and presentations of distress in cancer populations; basic clinical evaluation of distress; and the existing resources available to the center for relevant evaluations, treatment, and referrals. If no current staff member possesses this knowledge, then the center should hire a mental health professional with such expertise or provide additional training for an appropriate psychosocial representative before designing a screening program. Several sources are available to obtain this training, including a free online program offered by APOS (available at: www.apos-society.org), a course offered by the ONS entitled *Integrating Psychosocial Care in Oncology Practice* (available at: http://www2.ons.org/CourseDetail.aspx?course_id=87), and the AOSW (www.aosw.org) (all Web sites accessed April 22, 2014).

..dal punto di vista clinico, il **Distress** (ansia, depressione) deve essere rilevato come il 6° parametro vitale al pari di temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa e dolore.
(NCCN, 2019; IPOS, 2019)



Cappella degli Scrovegni, Padova, Giotto

Dal documento di AGENAS sulla Riorganizzazione delle R.O.R. ed integrazione dell'assistenza ospedale, di cui al punto 8.1.1 del DM 70/2015:
“..l’inserimento di idonei interventi psico-oncologici nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per patologia..”



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Riorganizzazione delle R.O.R. ed integrazione dell'assistenza ospedale, di cui al punto 8.1.1 del DM 70/2015

Indicazioni operative per i Gruppi di Lavoro (GdL) di Rete Oncologica

1. Obiettivo

Predisposizione e trasmissione
guida organizzativa e dell'
ospedaliera per acuti e post

2. Organizzazione interna

I singoli Gruppi di lavoro (GdL) delle Responsabilità). All'inizio luglio p.v., viene individuato lo svolgimento dei compiti e Referente di ogni GdL, si relaziona responsabile (R) coinvolge all'informato (I) lo stato di sviluppo processo di revisione finale svolgimento delle attività c

Allegato 2

Riorganizzazione Reti Oncologiche Regionali: identificazione, sperimentazione e validazione di alcuni indicatori delle attività di Psico-Oncologia

1. Requisiti professionali dello Psico-Oncologo

Razionale: - il Regolamento sull'identificazione degli standard ospedalieri approvato nella Conferenza Stato-Regioni del 5 agosto 2014 (D.M. 2 aprile 2015 n. 70/ G.U. n. 127/ 4 giugno 2015) sancisce che alle persone malate di cancro e ai loro familiari debba essere assicurato un adeguato sostegno psicologico mediante l'individuazione di specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato;

- i clinici che erogano interventi specialistici psicooncologici devono avere esperienza lavorativa nel contesto oncologico e/o essere guidati da altri professionisti con esperienza in questo campo (POS);

- a tutela della salute psico-fisica del cittadino, la Società Italiana di Psico-Oncologia (S.I.P.O) riconosce lo psico-oncologo come quel professionista che ha conseguito il titolo di psicoterapeuta e che ha maturato conoscenze, competenze e formazione specifiche nella disciplina ("psico-oncologo certificato").

Indicatore: N. di psico-oncologi certificati

2. Requisiti strutturali

Razionale: I

- E' necessario che la Rete Oncologica possa disporre di Servizi di Psico-oncologia strettamente integrati al fine di garantire gli adeguati interventi psico-oncologici per ciascun PDTA;

- In mancanza di un Servizio di Psico-oncologia deve essere garantita la presenza di uno o più psico-oncologi dedicati per gli specifici PDTA;

- in ogni caso lo psico-oncologo deve essere integrato nel core-team del PDTA e partecipare a tutte le attività dello stesso.

Indicatori: esistenza di un Servizio di Psico-oncologia
oppure
N. psico-oncologi dedicati allo specifico PDTA

Area commenti

Riorganizzazione delle R.O.R. ed integrazione dell'assistenza ospedale, di cui al punto 8.1.1 del DM 70/2015

Sanitari Regionali

ospedale, di cui al punto 8.1.1 del DM 70/2015

giche				
9	GdL 10	GdL 11	GdL 12	GdL 13
laci: esaggio tardiva, inovativi, edel. Tumori, ecatori	Pazienti pediatrici, anziani, cronici, disabili, migranti e ad alto rischio	Ricerca di Rete	Dotazione Tecnologica	Ruolo delle professioni



Società Italiana di Psico-Oncologia



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale".

Repertorio Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 17 aprile 2019

VISTI gli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4, comma 1, del decreto legislativo del 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e la Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune (G.U. del 30 agosto 1997, n.202);

VISTO il decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G.U. 4 giugno 2015, n.127), ed in particolare il punto 8 dell'Allegato che prevede la realizzazione di Reti per patologie, tra cui la Rete Oncologica, indicando di definire le relative linee guida e raccomandazioni laddove non già disponibili, ovvero di aggiornare quelle già esistenti;

ges/agenas/comunicati/aprile_2019/RETE_ONCOLOGICA_CSR-atti-rep-n-59-17apr2019.pdf

trasmettere al paziente informazioni cliniche chiare e personalizzate e per supportarlo emotivamente in modo appropriato. La letteratura scientifica dell'ultimo ventennio ha evidenziato come una buona comunicazione influisca positivamente su una serie di *outcome* inerenti alla salute, quali la *compliance* ai trattamenti, il controllo del dolore e il miglioramento del livello di benessere fisico e psicologico del paziente. La comunicazione della diagnosi è un evento traumatico per il paziente, che richiede una specifica preparazione, un suo tempo per elaborare le informazioni che non sempre è in grado di tollerare al primo colloquio. E' opportuno, dunque, programmare una serie di incontri con il supporto dello psico-oncologo in un ambiente riservato, dedicando il tempo sufficiente per un colloquio di sostegno. La valutazione psico-oncologica del caso andrà monitorata nelle periodiche riunioni di *équipe* volte ad elaborare un progetto di trattamento psicologico individualizzato per il paziente e i *caregivers*. Gli incontri consistono in diverse forme di colloquio clinico che hanno in comune il ricorso ad un linguaggio chiaro, semplice, appropriato per la persona, che evita termini tecnici ed eufemismi, lasciando spazio alle domande e alle emozioni del paziente. La sequenza dei colloqui consente al paziente di elaborare i propri vissuti emotivi e giovare della relazione empatica con lo psico-oncologo. Poiché la consapevolezza di essere affetti da una neoplasia può portare ad un grave *distress* che destabilizza i meccanismi di difesa psicologici potenziando la rimozione e negazione di malattia, il sostegno psicologico al malato e ai suoi familiari rappresenta un momento strategico dell'assistenza, intesa come elemento qualificante dell'ambiente terapeutico, legittimando le loro aspettative. Inoltre è opportuno individuare un referente tra i membri dell'*équipe* che coordini i trattamenti psico-oncologici con le cure oncologiche. I trattamenti psico-oncologici possono avere finalità essenzialmente supportive di un adattamento efficace alla malattia ma possono,

113





AGENAS

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AGENAS ▾ AREE TEMATICHE ▾ PROGETTI DI RICERCA ▾ COMUNICAZIONE

Home > AREE TEMATICHE > Reti cliniche ospedaliere > Reti oncologiche

Reti oncologiche regionali

Il documento recante la "Revisione delle Linee guida organizzative e dell'attività che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" del 17 aprile 2019, al punto 10 [LINK](#) ha previsto l'istituzione presso AGENAS con funzioni di analisi, misurazione e valutazione sull'implementazione nei vari contesti regionali.

7.4. Supporto psico-oncologico

La cura psicosociale in oncologia è parte integrante di una strategia di cura più ampia, a partire dalla diagnosi e durante l'intero corso di malattia, inclusivo delle fasi dei trattamenti attivi, della remissione, della sopravvivenza, della ricorrenza o recidiva e della fase avanzata e di fine vita.



112

L'approccio e le cure psicosociali pertanto si devono adeguare ai bisogni della persona ammalata e della sua famiglia, nelle diverse fasi della malattia. La presenza dello psico-oncologo nelle equipe interdisciplinari consente di fornire, nei vari momenti del counseling, uno spazio di contenimento emotivo e di elaborazione dei vissuti legati alla condizione di rischio e di facilitare

Molti sono i punti, contenuti nel documento, che sanciscono la necessità della Psico-oncologia e ne chiariscono principi, obiettivi, procedure all'interno della Rete Oncologica e dei singoli PDTA.

infrastrutturale, organizzativo, informativo e tra i professionisti, i pazienti e le famiglie, per la realizzazione.

trasmettere al paziente informazioni cliniche chiare e personalizzate e per supportarlo emotivamente in modo appropriato. La letteratura scientifica dell'ultimo ventennio ha evidenziato come una buona comunicazione influisca positivamente su una serie di *outcome* inerenti alla salute, quali la *compliance* ai trattamenti, il controllo del dolore e il miglioramento del livello di benessere fisico e psicologico del paziente. La comunicazione della diagnosi è un evento traumatico per il paziente, che richiede una specifica preparazione, un suo tempo per elaborare le informazioni che non sempre è in grado di tollerare al primo colloquio. E' opportuno.

<http://www.regioni.it/sanita/2019/04/18/conferenza-stato-regioni-del-17-04-2019-accordo-tra-il-governo-le-regioni-e-le-province-autonome-di-trento-e-di-bolzano-sul-documento-recante-revisione-delle-linee-guida-organizzative-e-del-596671/>

Indicatori di Struttura

(Obiettivo: garantire al paziente oncologico la presenza di un servizio per la presa in carico dei bisogni psico-oncologici):

1. Presenza di un Servizio di Psico-Oncologia per centro:
STANDARD: oltre il 90% dei centri è dotato di almeno 1 Psico-Oncologo* per servizio dedicato.
2. Numero di Psico-Oncologi* dedicati per servizio per ogni centro.
STANDARD: 1 Psico-Oncologo* dedicato per ogni 50 pazienti per servizio per ogni centro.

Fonte dati: Registro dati aziendali.

Indicatori di Processo di Rete

(Obiettivo: garantire l'integrazione della Psico-Oncologia nei luoghi di cura):

1. Presenza dello Psico-oncologo* in ognuno dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) secondo le delibere regionali.

Fonte dati: Registro delibere regionali.

Indicatori di Processo Assistenziale

(Obiettivo: garantire l'effettuazione da parte di uno Psico-Oncologo* di una valutazione del Distress** psico-oncologico a tutti i pazienti oncologici):

1. N° di pazienti valutati per il distress psicologico/totale dei pazienti presi in carico dal centro oncologico.
2. Implementazione di una cartella condivisa per valutazioni psico-oncologiche tra i centri della rete.
3. N° di pazienti presi in carico dallo Psico-Oncologo* rispetto a quelli valutati come superanti la soglia di distress.
4. N° di pazienti che vengono valutati dallo Psico-Oncologo* tra quelli sottoposti a consulenza onco-genetica.

Fonte dati: Registro dati aziendali o relazione periodica dei gruppi interdisciplinari.

***Lo Psico-Oncologo è tale in quanto dimostra di avere ottenuto la Certificazione di SIPO (vedi Albo degli Psico-Oncologi certificati da SIPO)**

<https://siponazionale.it/procedura-certificazione-psico-oncologo/>

Al momento non esiste in Italia né una scuola di specializzazione in Psico-Oncologia né un profilo professionale dello Psico-Oncologo.

****https://www.nccn.org/docs/default-source/patient-resources/nccn_distress_thermometer.pdf**

Indicatori di primo livello per la Psico-Oncologia



- Numerosi gli studi evidenziano che **gli interventi specialistici dello Psico-Oncologo, all'interno del team multidisciplinare, forniscono risposte di cura a quella quota di disagio emotivo, che impatta negativamente sulla *qualità di vita dei pazienti*.**
- Nei PDTA la *qualità di vita* è un indicatore di esito.
- Gli interventi dello Psicoterapeuta, esperto di Psico-Oncologia, rappresentano un costo.



Editorial

Psycho-Oncology 2021 Dec;30(12):1997-2001.

Disparities and inequalities in cancer care and outcomes in patients with severe mental illness: Call to action.

Luigi Grassi, Michelle B Riba

DOI: [10.1002/pon.5853](https://doi.org/10.1002/pon.5853)

Abstract

Objectives: People with severe mental illness (SMI) are at extreme risk of being stigmatized and to receive poor quality physical care. It has been demonstrated that they have higher morbidity and poorer prognosis of several medical diseases than the general population, with an at least 10-20-year reduction in life expectancy.

Methods: A special issue of Psycho-Oncology focusing on cancer care among patients affected by SMI was called by the Editorial Board of the journal, with the aim to explore cancer health disparities and inequalities among people with SMI, mortality from cancer, problems of communication between multidisciplinary oncology and psychiatric teams and need for more structured intervention (i.e., screening, prevention, treatment).

Results: Authors from eight countries contributed. The problem of stigma and barriers to cancer care provision for patients with SMI were studied (e.g., the complex nature of SMI and healthcare providers' misunderstanding of SMI). Key barriers were related to both patients, clinicians and institutional problems, such as fragmentation of care. A higher mortality from cancer and poor knowledge about cancer risk-factors was shown in patients with SMI. Models of intervention were also proposed.

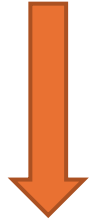
Conclusions: Several conclusions have been recommended by the authors, such as the need for guidelines and clinical procedures specific for cancer care in mental health settings; large-scale studies to address the disparities of care in people with SMI; a larger vision of psychosocial oncology as the facilitator of the liaison between oncology and psychiatry.

Keywords: bipolar disorders; cancer; inequalities; mental health; mortality; provision of care; psycho-oncology; schizophrenia; screening; severe mental illness.

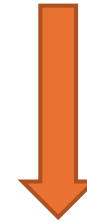
TECNOLOGIA



**TERAPIE
PSICOLOGICHE**



**Prolungamento
della vita ad
ogni costo**



**Nessun
investimento
in cultura del
BENESSERE e
QUALITA' di
VITA**

Carl Rogers, fondatore della psicologia umanistica, pioniere della definizione di **BENESSERE** psicologico e del funzionamento positivo dell'individuo. Nel suo metodo della terapia entrata sul cliente (1951) viene enfatizzata la relazione terapeutica empatica e non direttiva che facilita la tendenza all'autorealizzazione e al benessere insita in ogni essere umano.

<https://www.stateofmind.it/2019/09/carl-rogers-terapia/>

Martin Seligman e la psicologia positiva (2000) hanno il merito di aver attuato un cambio di paradigma privilegiando la mobilitazione di abilità e risorse anziché la riduzione o compensazione del disagio e delle limitazioni dell'individuo. La psicologia positiva si occupa dello studio del **BENESSERE** e pone questo tema al centro della **QUALITA' di VITA**.

<https://www.pabook.libraries.psu.edu/literary-cultural-heritage-map-pa/bios/Seligman Martin>



La discesa in campo di SIPO

E' tempo di:

- Finanziamenti adeguati, destinati alla Salute Mentale in ambito oncologico;
- Inserimento sistematico dello Psico-Oncologo nelle piante organiche dei centri oncologici ed oncoematologici (**fabbisogno minimo Psico-Oncologi**);
- Inserimento nei LEA degli interventi Psico-Oncologici in Oncologia ed Oncoematologia.



"ISTITUZIONE DEL SERVIZIO PSICO-ONCOLOGICO NELLA RETE ONCOLOGICA REGIONALE"

LA PSICO-ONCOLOGIA E' LEGGE!

28 giugno 2022

Ai sensi dell'articolo 59 del citato Regolamento la proposta è inviata alla IV Commissione consiliare permanente.

Il Segretario generale
(Dott.ssa Cinzia Felci)

Il funzionario titolare di P.O.
(Dott. Maurizio Bonaglia)

Class. 2.5



Società Italiana di Psico-Oncologia



INTERGRUPPO PARLAMENTARE
**INSIEME PER UN IMPEGNO
CONTRO IL CANCRO**



IN COLLABORAZIONE CON



Psychological Aspects of Cancer

A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management

Jennifer L. Steel
Brian I. Carr
Editors

Second Edition

 Springer

10 Psychosocial Interventions in Cancer 159

Catherine Benedict, Emily A. Walsh, and Frank J. Penedo

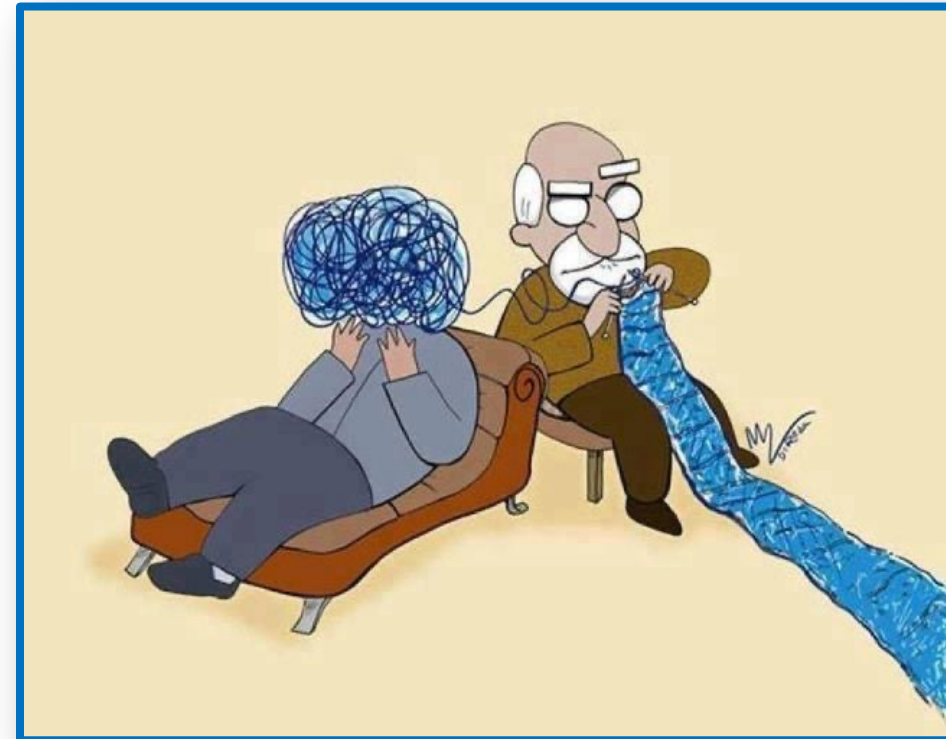
Gli interventi psicosociali possono essere utilizzati al meglio concentrandosi sui bisogni e sui fattori di stress specifici degli individui a diversi livelli di funzionamento psicologico e in ogni fase dell'esperienza cancro. Gli interventi sono in genere somministrati da psicologi clinici e psicoterapeuti, psichiatri e psicoterapeuti e possono essere erogati di persona o a distanza tramite piattaforme web e consulenza telefonica. **Le opzioni di telemedicina e telepsicologia sono diventate più comuni e molti pazienti potrebbero preferire interventi erogati a distanza tramite piattaforme di sanità digitale. Le modalità di intervento possono includere contesti individuali e di gruppo, ognuno dei quali offre vantaggi specifici.** Numerosi studi hanno dimostrato che le terapie psicosociali migliorano, nei pazienti, non solo gli esiti psicologici (ad esempio, riducendo il disagio) e la qualità della vita, ma anche quelli fisici (ad esempio, migliorando la funzione immunitaria e il funzionamento fisico).

Interventi psico-oncologici erogati dallo Psicologo Psicoterapeuta

Colloquio psicologico Clinico

tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano per raccogliere informazioni (fine diagnostico), motivare, modificare (fine terapeutico), ed informare (orientamento)

La costruzione di una relazione e alleanza terapeutica attraverso la comunicazione, l'ascolto e l'osservazione, avviene nel colloquio, sede privilegiata della diagnosi psiconcologica.



La terapia dialettico-comportamentale (DBT), un collaudato intervento psicologico che Marsha Linehan ha sviluppato per le situazioni insopportabili della vita e che lei e Elizabeth Cohn Stuntz **applicano ora per la prima volta ai peculiari problemi psicologici che accompagnano il cancro.**

– Come si possono affrontare la paura, la tristezza e la rabbia senza esserne paralizzati?

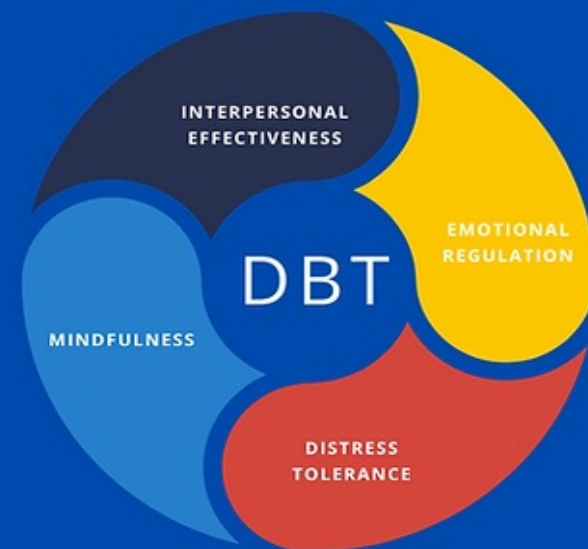
– È possibile aggrapparsi alla speranza senza negare la realtà della malattia?

– Come si possono coltivare relazioni supportive quando si ha a malapena l'energia per prendersi cura di sé?

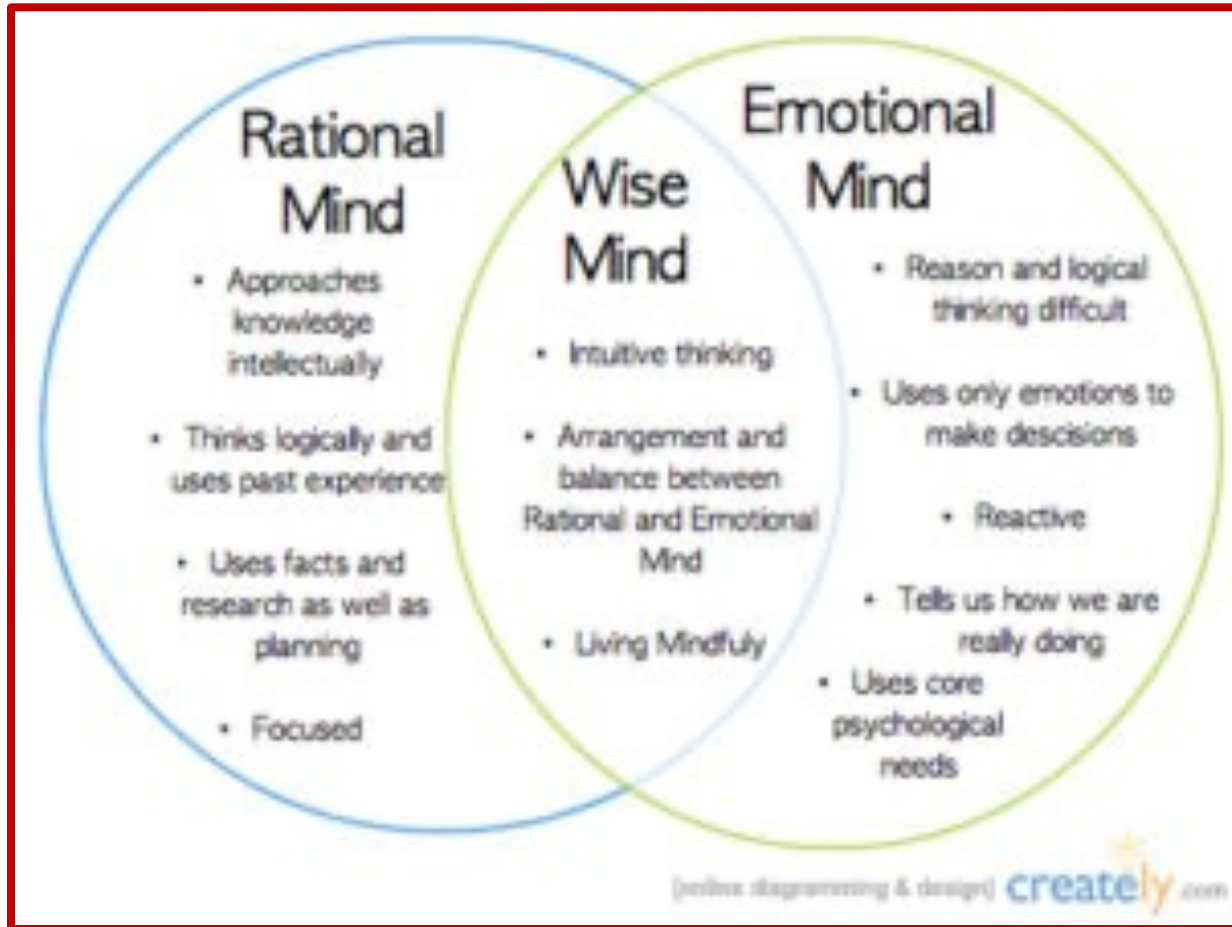
Le specifiche risorse della DBT offrono un valido aiuto quando si tratta di prendere decisioni difficili su come impostare il trattamento, gestire le emozioni più intense, esprimere le proprie necessità e tollerare l'angoscia.

Dialectical Behavioral Therapy

DBT is a mix of CBT, behaviorism, and mindful practices, recognizing the importance of both the rational and the emotional realms of life. DBT seeks a middle path, inviting us to use our "Wise Mind" as the north star when engaging with each other and the world.



Strategie dialettiche della DBT: Mente saggia

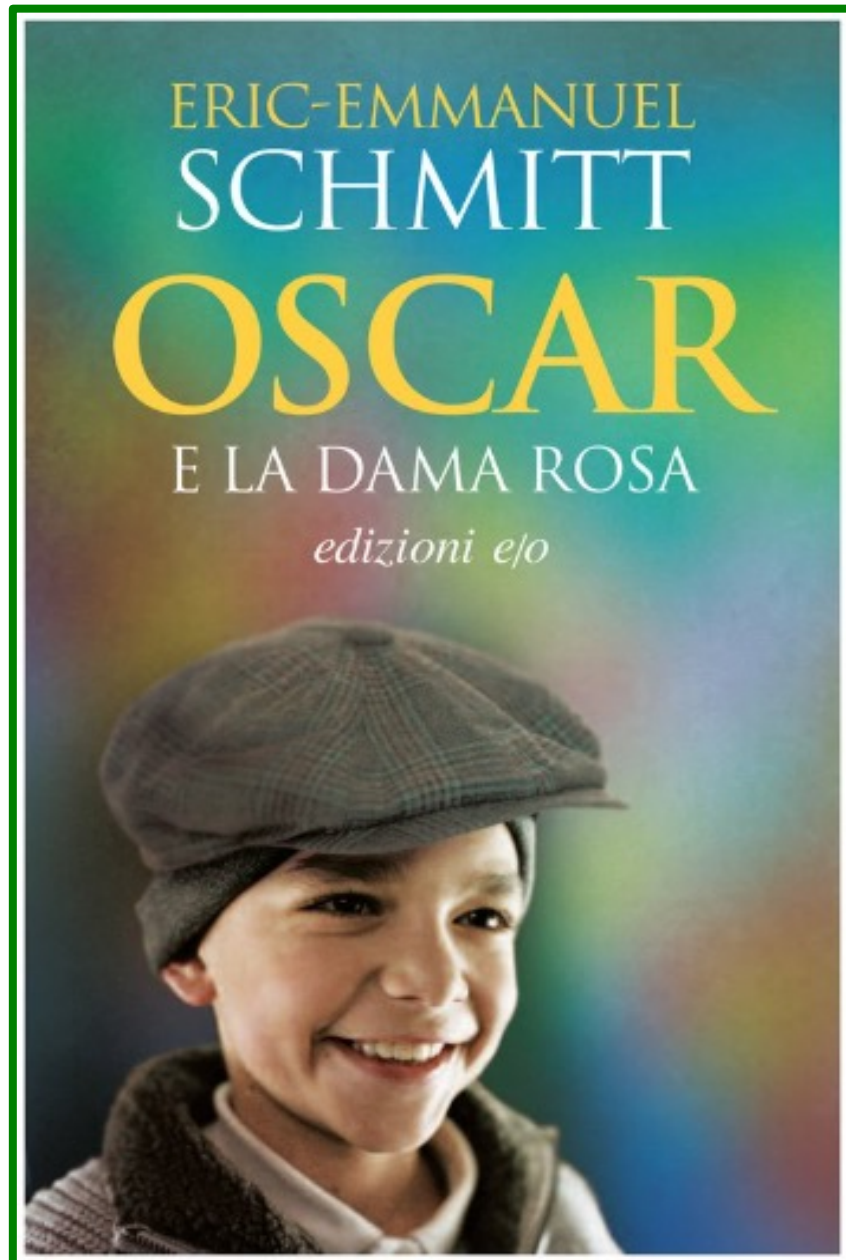


Una prospettiva equilibrata che tiene conto delle diverse possibilità aiuta a conciliare gli opposti atteggiamenti e pensieri e ricercare il punto intermedio in cui si ritrovano in equilibrio tra loro.

Elicitare l'ottimismo, la resilienza e i punti di forza del carattere della paziente produce benessere e qualità di vita.

Tale spostamento di *focus* dalla patologia al funzionamento ottimale, è stato favorito da una nuova visione del concetto di salute non più considerata come assenza di malattia. Infatti, **la Psicologia Positiva aderisce al paradigma biopsicosociale che considera la persona come il frutto dell'integrazione reciproca tra tre diverse componenti: biologica, psicologica e sociale (Engel, 1977). (Delle Fave, Bassi, 2007).**





Le domande più interessanti rimangono domande.

Racchiudono un mistero.

Ad ogni risposta bisogna aggiungere un «forse».

Solo le domande di scarso interesse hanno una risposta definitiva.



Ana, il viaggio nella sua città natia,
Rio De Janeiro e il suo sogno di tornare
ad Ipanema per rivolgere un plauso al
tramonto, insieme alla sua gente.





Società Italiana di Psico-Oncologia



UNIVERSITÀ
DELLA
CALABRIA

PSICO - ONCOLOGIA 4.0



Conessioni digitali
e contatto umano

PROGRAMMA PRELIMINARE

XVIII

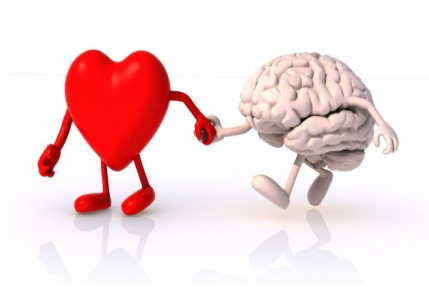
CONGRESSO NAZIONALE
SIPO

9 - 11 OTTOBRE

COSENZA

Aula Magna
Campus dell'Università
della Calabria - Rende





angelapiattelli@gmail.com