

INTERVENTI PSICOLOGICI IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

POSITION PAPER

**COMITATO INTERSOCIETARIO SOCIETA' ITALIANA DI PSICO
ONCOLOGIA (SIPO) E ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EMATOLOGIA e
ONCOLOGIA PEDIATRICA (AIEOP). GdL PSICOSOCIALE AIEOP.**

*M.Bertolotti, J.Blom, C.A.Clerici, S.Di Giuseppe, C.Favara, M.Montanaro,
A.M.Pinto, D.Scarponi*

***M.Bertolotti**, psicoterapeuta, psiconcologa, responsabile Psiconcologia pediatrica, SC Oncoematologia e Centro Trapianti, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino. Coordinatrice GdL Psicosociale AIEOP e Comitato intersocietario SIPO- AIEOP, Vice Presidente SIPO.*

***J.Blom**, MD/Ph.D, specialista in Neuroscienze pediatriche, UO Oncologia pediatrica, Università di Modena e Reggio Emilia, componente GdL Psicosociale AIEOP.*

***C.A.Clerici**, dirigente medico Ist.Tumori, spec. Psicologia Clinica, psicoterapeuta, ricercatore Università di Milano, componente GdL Psicosociale AIEOP, Socio SIPO.*

***S.Di Giuseppe**, psicologa psicoterapeuta, dirigente sanitario tecnico laureato UNIVPM SOD Clinica Pediatrica, psiconcologa SOSD Oncoematologia Pediatrica, Ospedale Salesi, AOR Ancona, componente GdL Psicosociale AIEOP, componente Comitato intersocietario SIPO- AIEOP, socio SIPO.*

***C.Favara**, psicologa psicoterapeuta, Unità Operativa di Oncoematologia Pediatrica, Policlinico Gaspare Rodolico, Catania Presidente LAD Onlus.*

***M.Montanaro**, psicoterapeuta, psiconcologa, UOC Oncoematologia Pediatrica, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Azienda Ospedaliera-Università degli Studi di Padova.*

***A.M.Pinto**, dirigente psicologo, psicoterapeuta, Dipartimento Oncologia, AO Santobono Pausillipon Annunziata, Napoli, componente GdL Psicosociale AIEOP.*

***D.Scarponi**, MD/Ph.D, Specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta, UO Pediatria Pession, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi Bologna, componente GdL Psicosociale AIEOP, Socio SIPO.*

IL DOCUMENTO:

PREMESSA

INTRODUZIONE

LA PSICONCOLOGIA NEI CENTRI AIEOP

IL PERCORSO PSICONCOLOGICO

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

INTERVENTI PSICOLOGICI IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

PREMESSA

Questo documento nasce dalla necessità di identificare un percorso clinico-assistenziale condiviso tra i professionisti psiconcologi che operano presso i Centri AIEOP. La letteratura nazionale e internazionale evidenzia l'esistenza di molteplici modelli, assetti, strumenti e risorse utilizzati in ambito psiconcologico. Una delle condizioni che a noi pare necessaria per ottenere risultati comparabili e migliorabili è che ognuno dei Centri per la diagnosi e cura di patologie oncologiche pediatriche condivida determinati requisiti, sia di infrastrutture per la diagnostica medica, sia di prassi di lavoro multidisciplinare in un'ottica di Rete (Ko & Chaudhry , 2002).

L'attuale ridefinizione dei Centri AIEOP, proposta al Ministero della Salute e pensata come una nuova Rete Organizzativa (Hub e Spoke), rappresenta inoltre per noi l'occasione per una necessaria riformulazione delle linee di indirizzo riguardanti gli interventi psicologici che dovranno procedere secondo i seguenti principi/raccomandazioni:

- multidisciplinarietà
- presa in carico paziente e famiglia
- valutazione/prevenzione rischio bio-psico-sociale-assistenziale
- livelli di intervento differenziati in rapporto alla criticità rilevata
- continuità assistenziale
- lavoro in Rete

INTRODUZIONE

La letteratura scientifica internazionale riconosce, nella lotta contro il cancro, la rilevante importanza del lavoro integrato che gli operatori sanitari medici, infermieri, psicologi e servizi sociali svolgono nel recupero delle risorse emozionali del paziente e di quel potenziale umano, familiare e ambientale, indispensabile per fronteggiare l'esperienza di malattia. A tale proposito, nel 2008, la *European Society for Paediatric Oncology* (SIOPE) ha redatto un documento dal titolo "*European Standards of Care for Children with Cancer*", gli standard ottimali per la presa in carico del paziente¹.

In tale documento, successivamente ampliato nel 2013 e nel 2015, viene sottolineata l'importanza della figura dello psicologo come parte integrante del team professionale che accompagna il paziente e la sua famiglia fin dall'esordio della malattia.

La *International Society Pediatric Oncology* (SIOP) (Masera et al., 1996; 1997) auspica che i Centri promuovano, sotto il profilo psicologico, il rispetto e l'attivazione delle risorse del paziente durante tutto l'iter terapeutico. Diversi sono i documenti stilati, riguardanti lo stile comunicativo da adottare nell'approccio al paziente e alla famiglia nelle varie fasi terapeutiche quali diagnosi, trattamento, fase di lungo sopravvivenza e fine vita, sempre nell'ottica di continuità assistenziale. In particolare alcune indicazioni pratiche su come procedere nella comunicazione della

¹http://www.aieop.org/files/files_htmlarea/pubblicazioni_tiziana/Linee_guida/European_Standards_of_Care_for_Children_with_Cancer_1_03_2010_ENG.pdf

diagnosi di tumore al paziente e ai suoi familiari si basano su linee guida conosciute sotto l'acronimo SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Summary), proposto da Buckman (1992) e rivisto da Baile (2000, 2005).

Si riconosce ad ogni Paese Europeo la propria specificità rispetto a norme e piani che tengono conto non solo dell'età dei bambini e della tipologia di diagnosi, ma anche del livello di intervento da adottare sulla base delle caratteristiche di ciascun nucleo familiare anche dal punto di vista culturale.

La reazione emotiva e psicologica del paziente e della famiglia alla malattia infatti è sempre unica. Il documento dell'OMS del 2006 sottolinea la necessità di considerare il vissuto/percezione della sofferenza psicologica come sesto parametro vitale; Bultz e Carlson, (Psyconology, 2006) contribuiscono ad ampliare il complesso tema del "distress".

Precedenti ricerche svolte da Nordin (1999) e Green (2000) descrivevano il distress connesso alla malattia oncologica in un'ottica multidimensionale come "an unpleasant experience of an emotional, psychological, social, or spiritual nature that interferes with the ability to cope with cancer treatment. It extends along a continuum, from common normal feelings of vulnerability, sadness, and fears, to problems that are disabling, such as true depression, anxiety, panic, and feeling isolated or in a spiritual crisis".

La stesura di linee di indirizzo per professionisti psiconcologi di area pediatrica considera la complessità paziente-famiglia in ottica bio-psico-sociale, allineandosi a

quanto proposto nel contesto internazionale. A tal proposito Kazak, che già nel 2003 aveva ideato la piramide del rischio, e Noll hanno pubblicato nel 2015 un documento che funge da linea guida per gli psicologi che operano con bambini e famiglie (Giornale dell'American Psychologist Association).

A partire da questo documento vengono riportati modelli concettuali che mettono in relazione i livelli specifici di intervento psicologico con la complessità del paziente oncologico, in base ai determinati momenti critici cui la famiglia e il paziente possono andare incontro durante l'iter di trattamento (Figura 1-2).

Figura 1 Pediatric Psychosocial Preventative Health Model. Ripresa da Kazak (2006). "Pediatric Psychosocial Preventive Health Model: Research, Practice and Collaboration in Pediatric Family Systems Medicine"

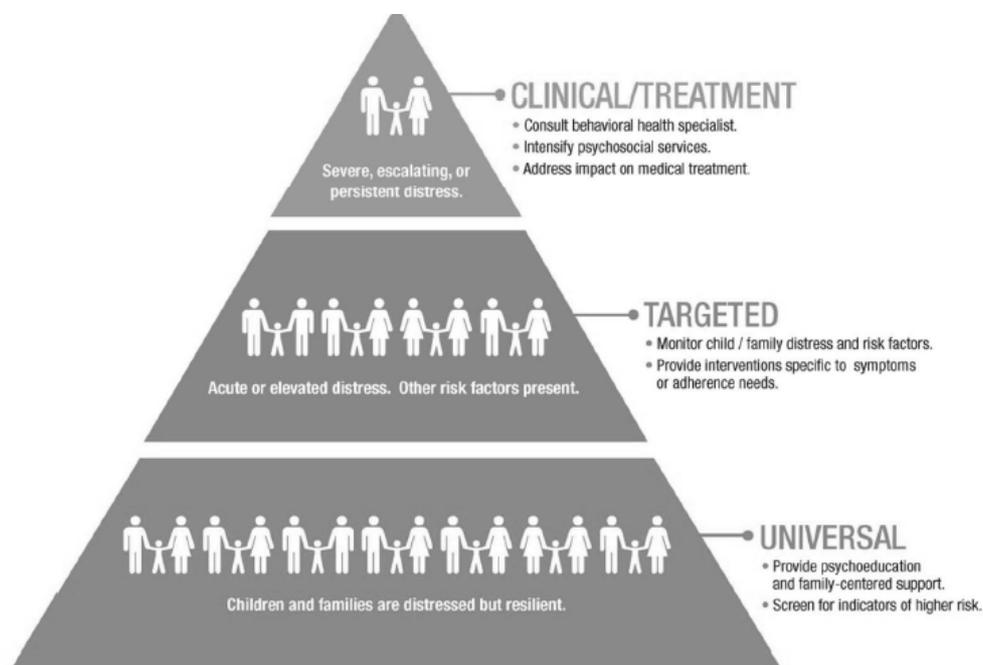
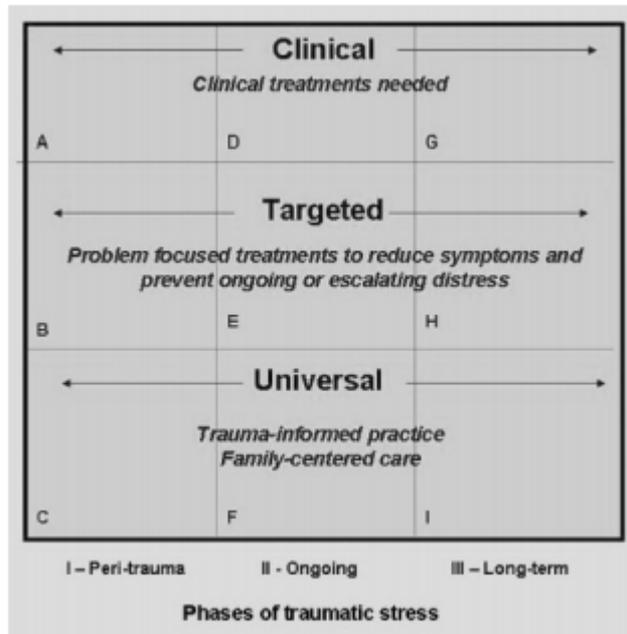
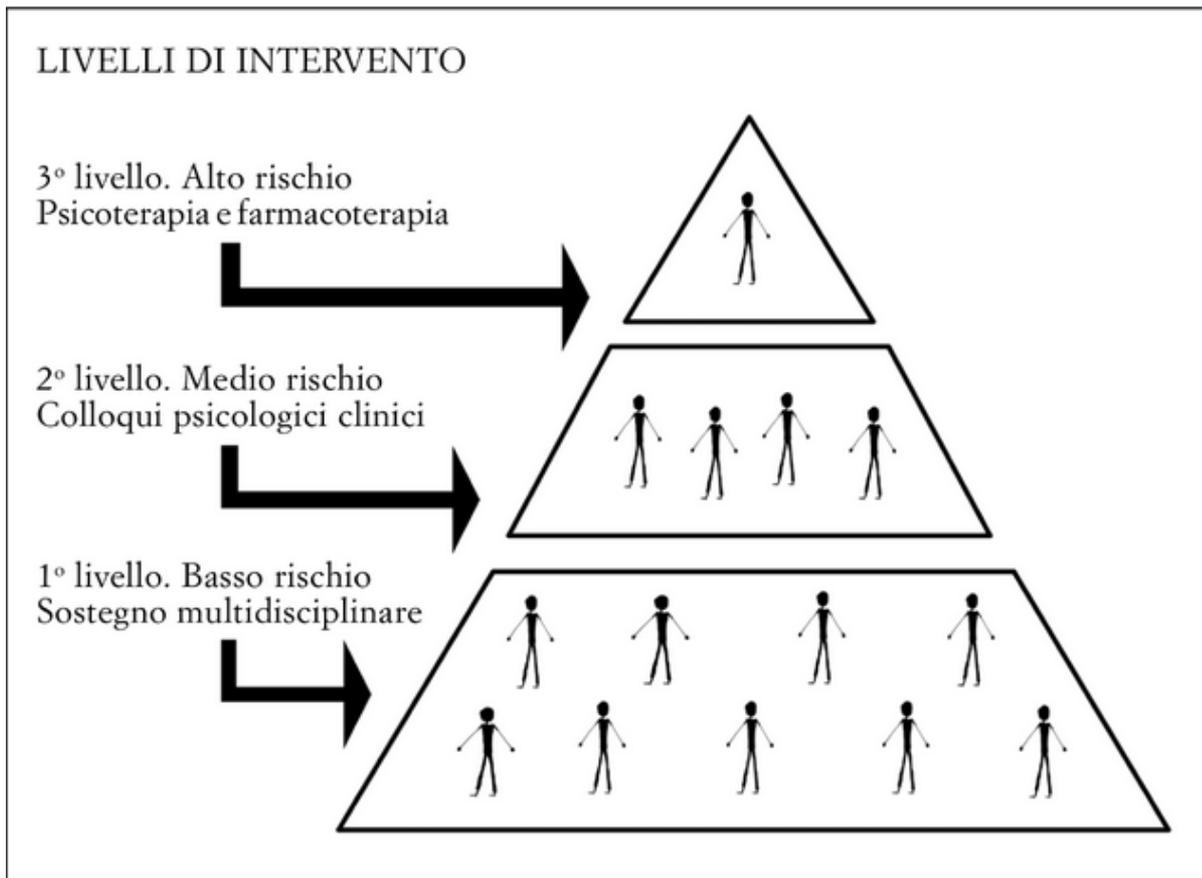


Figura 2 Traumatic Stress Model. Ripresa da Kazak et al. (2007). Evidence-based assessment, intervention and psychosocial care in pediatric oncology



Altri modelli, anche in Italia, hanno adattato la piramide di Kazak (Capello et al, 2004, in Guarino “Psiconcologia dell’età evolutiva”, 2006, Bertolotti, Massaglia 2012).

FIG.3 L'organizzazione di una attività psicosociale può essere strutturata su livelli multipli di supporto (Bertolotti, Massaglia, 2012, adattata da Kasak)



Ciò che spesso non viene specificato in modo approfondito in letteratura è il percorso degli interventi psicologici messi in atto sulla base della complessità di pazienti, dalla valutazione del rischio all'individuazione del livello adeguato di intervento.

In Italia la Regione Piemonte (PDTA in Psicologia Oncologica, 2009), evidenziata la diversità di complessità del paziente oncologico e della sua famiglia, predispone diversi livelli di intervento psicologico, appropriati per fase di cura e criticità. Sancisce, in tal modo, la stratificazione del rischio psicosociale e la necessità di lavorare con livelli differenziati e appropriati di intervento.

In linea con la concezione multidimensionale che integra l'aspetto psicosociale e la qualità della vita, ancora una particolare attenzione viene data alla classificazione dell'intensità di trattamento (Kazak et al., 2012) come indice determinato dal tipo di malattia, relativa diagnosi (livello di rischio o stadio) e specifiche modalità di trattamento (chirurgia, radioterapia, chemioterapia, trapianto). La valutazione dell'intensità di trattamento diventa così un ulteriore discriminante che permette un migliore inquadramento del paziente e del suo potenziale percorso terapeutico preparando tutti gli operatori (psicologi o specialisti nel campo in particolare) ad identificare i momenti "critici" su cui poter impostare il proprio intervento di supporto.

LA PSICONCOLOGIA NEI CENTRI AIEOP

Occorre fare un breve quadro sulla situazione dei Centri AIEOP. Il censimento degli psicologi dei Centri AIEOP (giugno 2014, presentato a Riccione ott. 2014) ci ha consentito di rilevare una certa crescita numerica dei professionisti impiegati nel settore, sia in rapporto ad una maggiore sensibilità della comunità scientifica ai bisogni psicologici di pazienti e famiglie, sia all'aumentato bisogno psico-sociale. Dai dati pervenuti da 47 Centri su 55 interpellati, risulta un numero totale di 82 psicologi/psiconcologi presenti, a vario titolo e con frequenza oraria differenziata, così distribuiti:

Tempo Indeterminato: 23

Psicologi: 20

Medici Specialisti: 3

Tempo Determinato: 59

Spec. Amb./Temp. Det: 5

Borsisti: 16

Lib. Prof: 34

Contr. Prog: 4

Volontari: 1

Non specificato: 2

Finanziatori:

AA.OO/Università: 44

VOLONTARIATO 38

La maggioranza dei servizi psiconcologici risulta affidata a professionisti precari, con contratti rinnovati ogni anno, o con borse di studio perlopiù supportate da Associazioni di Genitori o di Volontariato. Questa tendenza pesa sia sulla qualità di vita dei professionisti, sia sulla possibilità di garantire percorsi stabili. L'accompagnamento di pazienti e famiglie lungo il percorso di malattia richiede infatti la presenza stabile e continuativa di operatori con competenze psicologiche.

La riorganizzazione AIEOP in parte in atto, richiede anche allo psiconcologo di condividere percorsi e pratiche che consentano la collaborazione clinica e scientifica tra i Centri.

Sulla base di quanto detto, reso evidente dalla letteratura, dai dati emersi dalla ricerca aggiornata a settembre 2014 sull'attività psicologica presso i Centri AIEOP e dalla proposta di riorganizzazione della rete Oncoematologica italiana secondo un modello Hub e Spoke, risulta attualmente necessario definire i percorsi e i livelli essenziali di intervento psicologico nei Centri per la diagnosi e la cura delle patologie oncoematologiche dell'infanzia e della adolescenza.

Di seguito viene indicata la proposta al Ministero della Salute (ne mutuiamo le indicazioni ritenendola la progettualità di riferimento più avanzata) dei requisiti dei Centri AIEOP organizzati per HUB e SPOKE:

Requisiti di un Centro Hub

- Degenza ordinaria diurna e continua
- Unità di Trapianto di cellule staminali ematopoietiche
- Ambulatori di oncologia e trapianto
- Servizio di Psico-oncologia**
- Esperienza nel trattare gli adolescenti
- Unità di Cure palliative
- Laboratorio di microbiologia (batterologia, virologia, micologia, parassitologia)
- Laboratorio di biologia cellulare e molecolare (citogenetica, citofluorimetria, biologia molecolare)
- Chirurgia pediatrica ad indirizzo oncoematologico pediatrico
- Servizio di anatomia patologica ad indirizzo oncoematologico pediatrico
- Servizio di infettivologia ad indirizzo oncoematologico pediatrico
- Terapia intensiva pediatrica
- Radiologia pediatrica
- Radioterapia con competenze pediatriche
- Servizio di aferesi terapeutiche con competenze pediatriche
- Neuropsichiatria infantile e servizio di riabilitazione
- Servizio di Farmacia centralizzato

Requisiti di un Centro Spoke

- Posti letto dedicati al paziente oncologico (Degenza e Day Hospital)
- Collocazione in Strutture di Pediatria
- Presenza di Pediatri e infermieri con formazione ed esperienza oncologica
- Ambulatori dedicati
- Presenza stabile di uno psicologo del Servizio di Psicologia o NPI**
- Qualora vengano erogate Cure palliative, presenza di personale medico-infermieristico appositamente formato che operi in Rete

Appare evidente quindi che tale riorganizzazione prevede che:

- i Centri HUB debbano avvalersi di servizi di psiconcologia al proprio interno;
- i Centri SPOKE debbano avvalersi di Psicologi anche esterni, cioè appartenenti a servizi territoriali, ma con un tempo dedicato all'Oncoematologia pediatrica.

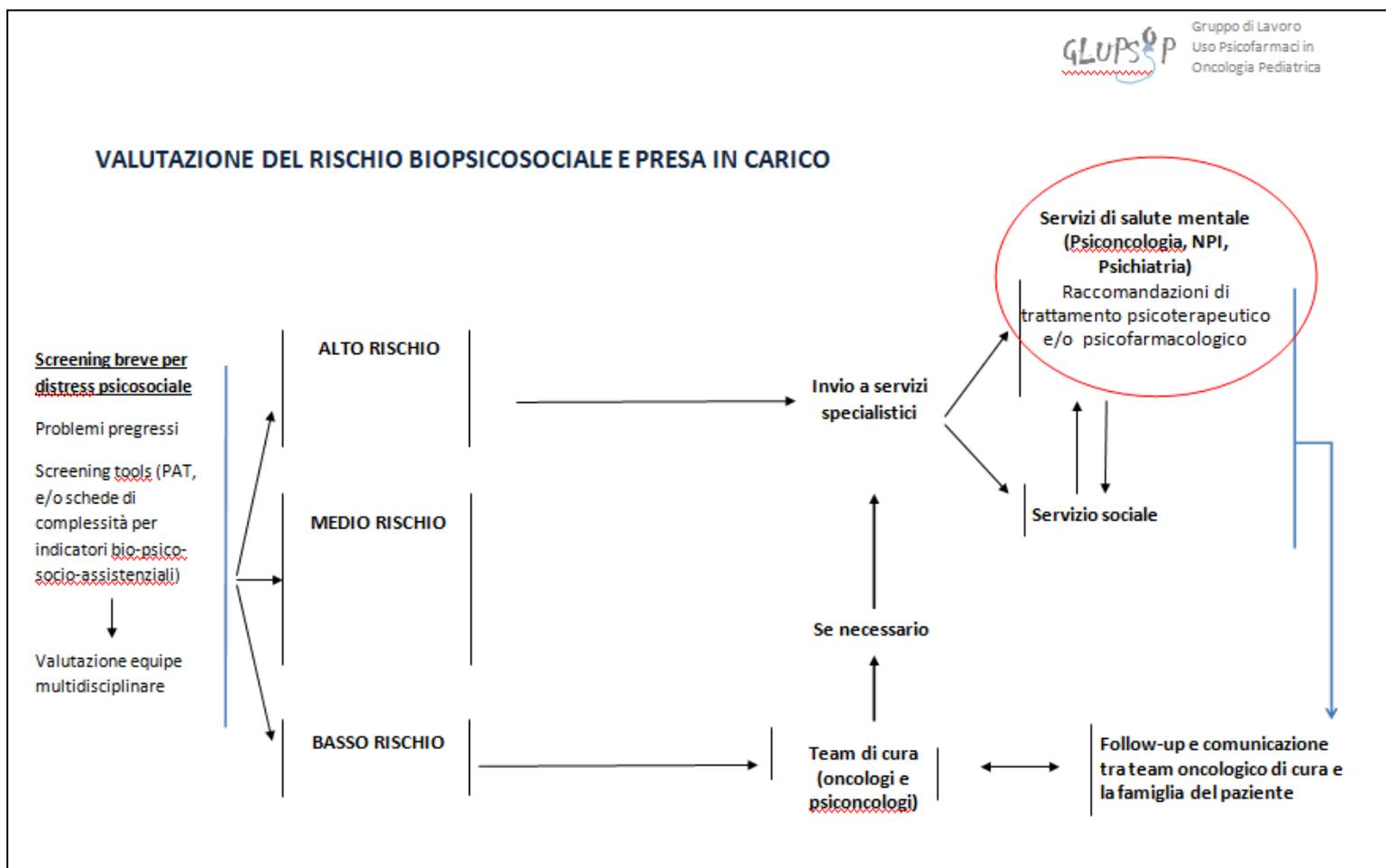
IL PERCORSO PSICONCOLOGICO

Il tavolo inter-societario SIPO-AIEOP definisce un percorso diagnostico terapeutico che prevede una fase di screening attraverso schede che valutano la complessità bio-

psico-sociale del paziente e della famiglia, (PAT o Scheda di complessità) in base a cui stabilire il livello di RISCHIO e il CONSEQUENTE LIVELLO di INTERVENTO. Ciascun nuovo bambino/ragazzo e famiglia vengono conosciuti nell'ambito della fase di diagnosi oncologica attraverso le modalità che ogni Centro privilegia: accoglienza psicologica e presentazione del servizio, primo colloquio di valutazione clinica, partecipazione e sostegno alla comunicazione diagnosi.

Il percorso prevede successive azioni che si declinano:

- 1) direttamente verso il paziente e la famiglia;
- 2) indirettamente attraverso il lavoro integrato in equipe , la collaborazione con i servizi extra sanitari (scuola, volontariato...) e il lavoro di RETE psicologica.



I DIVERSI LIVELLI DI INTERVENTO

1° evidenza di basso rischio: primo livello di intervento psiconcologico

Il primo livello di intervento, definibile anche come “livello base”, comprende gli interventi, minimi ed essenziali, da adottare **in tutti i casi e nei casi valutati per la “complessità” con uno score 0 o 1 nelle aree psicologica/psichiatrica, sociale e/o assistenziale**. Il primo livello consta di azioni di prevenzione del disagio emotivo con l’obiettivo di:

- 1) Accogliere, condividere e contenere le ansie del paziente e dei suoi familiari favorendo l’instaurarsi di un rapporto di fiducia con i sanitari.
- 2) Sostenere la fase di comunicazione al momento della diagnosi e nelle diverse fasi di malattia.
- 3) Dare informazioni riguardo agli aiuti disponibili (interventi socio-assistenziali e psico-educazionali) per affrontare meglio la malattia.
- 4) Sviluppare competenze di base (acquisizione informazioni specifiche e sviluppo della consapevolezza) per la gestione del percorso di malattia.

Si raccomanda che i pazienti e i familiari siano sempre informati circa la possibilità di usufruire della consultazione psicologica.

Si consiglia l’impiego di strumenti di intervento, compatibilmente con le risorse disponibili nelle singole realtà dei Centri, quali:

- 1) Gruppi psicoeducazionali con pazienti e/o familiari e, se possibile, congiuntamente al personale medico ed infermieristico.
- 2) Attività espressive, mediazione corporea, riconosciute dagli Ordini dei Medici degli Psicologi e e/o dalle commissioni preposte.
- 3) Attività extrasanitarie (es. attività fisica, scuola, volontariato, ecc.)

Parole chiave: accoglienza, riconoscimento del disagio/sofferenza, alleanza, integrazione multidisciplinare.

2° evidenza di medio rischio: 2° livello di intervento psiconcologico

Il secondo livello di intervento consiste nella presa in carico diagnostica e di contenimento **di tutti i casi valutati per la “complessità” con uno score 2**. Si tratta di azioni rivolte a pazienti e familiari finalizzate a un sostegno in rapporto a grande difficoltà a fare fronte all’esperienza di malattia o ad una scarsa aderenza ai trattamenti.

In tutti i soggetti per i quali è appropriato un intervento di “secondo livello” si raccomanda l’utilizzo di:

- 1) Colloqui e/o assesment di valutazione psicologico-clinica
- 2) Colloqui con valenza di sostegno.

Compatibilmente con l’organizzazione e con le risorse disponibili nelle singole realtà dei Centri si consiglia inoltre l’impiego dei seguenti strumenti:

- 1) Osservazioni del nucleo familiare ed attivazioni di risorse della rete sanitaria.

2) Valutazione psicologico-clinica.

3) Attivazioni di risorse extrasanitarie (sociali, domiciliari, scolastiche, altre, individualizzate).

4) Lavoro di gruppo.

Parole chiave: assessment, valutazione psicologica, supporto, accompagnamento mirato, lavoro in rete

3° evidenza di alto rischio: 3° Livello psiconcologico

Il terzo livello di intervento consiste nella presa in carico psicoterapeutica e/o farmacologica di **tutti i casi valutati per la “complessità” con uno score 3**. Si tratta di azioni rivolte a pazienti e familiari che richiedono un aiuto in rapporto a componenti psicopatologiche reattive o all’emergere di aspetti psicopatologici precedentemente compensati e slatentizzati dall’evento traumatico-malattia.

La terapia farmacologica potrà essere gestita direttamente dallo psiconcologo, quando di formazione medica, ovvero attivata attraverso invio a consulenza specialistica, meglio se già convenzionata attraverso la Rete. In tutti i soggetti per i quali è appropriato un intervento di “terzo livello” si raccomanda l’utilizzo di:

1) Sostegno psiconcologico con presa in carico continuativa.

2) Psicoterapia (individuale, di coppia, di gruppo).

3) Terapia psico-farmacologica.

4) Eventuale attivazione dei servizi Psichiatrici, NPI, Sociali, risorse territoriali, rete Psiconcologica.

parole chiave: emergenza psicologica/ psichiatrica, psicoterapia, psicofarmacologia

(v. documento sull'uso degli psicofarmaci in Oncoematologia Pediatrica, stesura Comitato SIPO-AIEOP, 2015).

Si consiglia di effettuare la valutazione della complessità bio-psico-sociale:

- Alla diagnosi
- All'off-therapy
- A un anno dall'off- therapy (follow up)
- Ad ogni evento avverso sia di carattere biologico, sia psicologico e/o sociale durante il percorso terapeutico
- Al termine di ogni intervento psiconcologico a valenza terapeutica (valutazione outcome clinico).

CONCLUSIONI

Il presente documento realizzato dal GdL Psicosociale nell'ambito del Comitato inter-societario SIPO AIEOP, partendo dall'analisi dell'esperienza di lavoro psiconcologico nei Centri AIEOP e dal confronto con la letteratura internazionale

INDICA il percorso psiconcologico ADOTTABILE al fine di:

- garantire standard minimi di buona pratica clinica
- adeguare l'assistenza psiconcologica al riordino della Rete dei Centri AIEOP
- assicurare la condivisione dei linguaggi clinici e scientifici necessari al funzionamento della Rete.

Si sottolinea inoltre l'importanza della funzione dello psiconcologo per:

- la formazione psicologica dell'equipe curante,
- la formazione dei giovani psicologi coinvolti nell'assistenza,
- la prevenzione del burn-out.

Il lavoro di Rete presuppone inoltre la collaborazione con:

- Servizi territoriali (NPI, Psichiatria, Servizi Sociali, SERT...)
- UOCP
- Transizione ai servizi dell'adulto
- Scuola

Volutamente non si è entrati nel merito dei modelli formativi di riferimento dei professionisti. Si ritiene tuttavia necessario che gli psiconcologi possiedano una formazione specifica secondo le raccomandazioni SIPO.

All'interno di questo quadro generale, occorre prevedere una differenziazione per i Centri Hub e quelli SPOKE.

Bibliografia

- Altman AJ, editor (2004). Supportive Care of Children with Cancer: Current Therapy and Guidelines from the Children's Oncology Group (The Johns Hopkins Series in Hematology/Oncology). Baltimore: Johns Hopkins University Press. (ISBN # 0801879094).
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES. A Six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5: 302-11.
- Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol* 2005; 17: 331-5.
- Bertolotti M, Massaglia P. Psycho-Oncology in Childhood and Adolescence: The Italian Experience, 10.1615/NeuroPatholDiseases.v1.i1.50, 2012.
- Green BL, Krupnick JL, Rowland JH, et al.: Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *J Clin Oncol* 18 (5): 1084-93, 2000.
- Holland JC, Watson M, & Dunn J. (2011). The International Psycho-Oncology Society (IPOS) new international standard of quality cancer care: Integrating the psychosocial domain into routine care. [Editorial]. *Psycho-Oncology*, 20(7), 677-680.
- Kazak, A. (2006). Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, practice and collaboration in pediatric family systems medicine. *Families, Systems, & Health*, 24, 381–395.
- Kazak, A. E., Rourke, M. T., Alderfer, M. A., Pai, A., Reilly, A. F., & Meadows, A. T. (2007). Evidence-based assessment, intervention and psychosocial care in pediatric oncology: A blueprint for comprehensive services across treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1099-1110.
- Kazak, A. et al. (2012), A Revision of the Intensity of Treatment Rating Scale: Classifying the Intensity of Pediatric Cancer Treatment. *Pediatr Blood Cancer*;59:96–99
- Kazak, A. E., & Noll, R. B. (2015). The integration of psychology in pediatric oncology research and practice: Collaboration to improve care and outcomes for children and families. *American Psychologist*, 70(2), 146.
- Ko C & Chaudhry S. (2002). The need for a multidisciplinary approach to cancer care. *J Surg Res*. Jun 1;105(1):53-7.
- Masera G, Chesler MA, Jankovic M et al. SIOP Working Committee on psychosocial issues in pediatric oncology: guidelines for communication of the diagnosis. *Med Pediatr Oncol* 1997;28(5):382–385.
- Masera G, Spinetta J, Jankovic M, Ablin A, D'Angio GJ, Van Dongen-Melman J, Eden T, Martins AG, Mulhern RK, Oppenheim D, Topf R, & Chesler MA. (1999). Guidelines for assistance to terminally ill children with cancer: A report of the SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Medical and Pediatric Oncology*, 32, 44-48.
- Meyler E, Guerin S, Kiernan G, Breatnach F. Review of family-based psychosocial interventions for childhood cancer. *J Pediatr Psychol*. 2010 Nov;35(10):1116-32.
- Nordin K, Glimelius B: Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer* 79 (3-4): 525-9, 1999.

PDTA in Psicologia Oncologica, Regione Piemonte, 2009.

Seitz, D., Besier, T., & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(7), 683-690.

Spinetta JJ, Masera G, Jankovic M et al. Valid informed consent and participative decision-making in children with cancer and their parents: a report of the SIOP Working Committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Med Pediatr Oncol* 2003;40(4):244–246.

Wiener, L., Oppenheim, D., Breyer, J., Battles, H., Zadeh, S., & Patenaude, A. F. (2012). A worldview of the professional experiences and training needs of pediatric psycho-oncologists. *Psycho-Oncology*, 21(9), 944-953.

Sitografia

[http://www.aieop.org/files/files_htmlarea/pubblicazioni_tiziana/Linee_guida/European Standards of Care for Children with Cancer 1_03_2010_ENG.pdf](http://www.aieop.org/files/files_htmlarea/pubblicazioni_tiziana/Linee_guida/European_Standards_of_Care_for_Children_with_Cancer_1_03_2010_ENG.pdf)

<https://www.apos-society.org/>