



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**RISVOLTI EMOTIVI E PSICOLOGICI DEL
PAZIENTE ONCOLOGICO:
ANALISI DEL PENSIERO UMANO**

Relatore Chiar.mo:

DOTT. STEFANO MARCELLI

Tesi di Laurea di:

ALESSANDRO MALAVOLTA

Correlatore Chiar.ma:

DOTT.SSA TIZIANA TRAINI

A.A. 2021/2022

*A tutti gli operatori sanitari che, con un sorriso,
Pongono la salute degli altri al primo posto*

Sommario

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: DEFINIZIONE E DATI DELL'ONCOLOGIA	3
1.1 Numeri neoplasie in italia	4
1.2 Giornata mondiale contro il cancro	7
CAPITOLO 2: I BISOGNI PSICOLOGICI ED EMOTIVI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	11
CAPITOLO 3: ANALISI DEI BISOGNI NEI PAZIENTI ONCOLOGICI NELL'ASUR MARCHE-AREA VASTA 5	19
3.1 Introduzione allo studio	19
3.2 Obiettivo dello studio	19
3.3 MATERIALI E METODI	20
3.3.1 Disegno di studio	20
3.3.2 Campionamento	20
3.3.3 Timing dello studio	20
3.3.4 Procedura raccolta dati	20
3.3.5 Analisi dei dati	20
3.3.6 Strumento di raccolta dati	21
3.4 RISULTATI	22
CAPITOLO 4: LA CRIOABLAZIONE E IL RUOLO DELL'INFERMIERE	24
4.1 La crioblazione: nuova procedura per la cura di un cancro	24
4.2 Il ruolo dell'infermiere di sala operatoria	27
DISCUSSIONE	31
CONCLUSIONI	33
SITOGRAFIA	37
ALLEGATI	38
RINGRAZIAMENTI	40

ABSTRACT

Introduzione

La diagnosi e il trattamento del cancro sono accompagnati da significative conseguenze psicologiche, che portano a sintomi da distress emotivo e a disturbi quali ansia e depressione, nel 30-40% dei pazienti (Grassi et al., 2005). La crioablazione è una tecnica chirurgica che prevede la distruzione delle cellule tumorali presenti mediante congelamento, trasformandole in tessuto cicatriziale. Può essere una valida alternativa terapeutica all'asportazione della massa tumorale dall'organo.

Obiettivo

L'obiettivo generale di questo studio si propone di realizzare nel 2022, un'indagine esplorativa, con la finalità di raccogliere dati inerenti il grado di disagio emotivo (stress) nei pazienti oncologici in assistenza e di spiegare la crioablazione, una nuova tecnica sperimentale che sta prendendo sempre più piede nei maggiori centri Europei e Italiani.

Materiali e Metodi

È stata condotta un'indagine per conoscere e valutare quanto possa essere affidabile l'utilizzo o meno del distress thermometer (DT). Nello studio sono stati inclusi soggetti di età maggiore ai 18 anni, di entrambi i sessi, afferenti alle UU.OO Oncologia degli stabilimenti Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C&G Mazzoni" di Ascoli Piceno, per l'esecuzione di trattamenti chemioterapici, ai quali è stato sottoposto un questionario (distress test), per la rilevazione e la misurazione dell'eventuale disagio emotivo.

Risultati e Conclusioni

La maggior parte dei malati neoplastici sono a rischio di sofferenza, a tal punto da essere identificati ulteriori fattori di rischio che accrescono altri sintomi di disagio tra questi pazienti. Questi studi dimostrano come le donne sperimentano dei livelli di angoscia più elevati rispetto al sesso maschile. Infine parlando della crioterapia si evince che questa procedura ha il vantaggio di essere facile da eseguire, non richiede apparecchiature costose, non presenta il rischio di perforazione ed è sicura sia per l'operatore che per l'assistito

INTRODUZIONE

“Il cancro può portarmi via tutte le mie capacità fisiche, ma non può intaccare la mia mente, non può intaccare il mio cuore e non può intaccare la mia anima.

JIM VALVALNO”

I malati di cancro spesso sono tra i pazienti con più difficoltà emotive e caratteriali con cui doversi rapportare. Chi si trova, infatti, a dover affrontare situazioni così difficili come questo tipo di malattia, sa bene che oltre il fondamentale aiuto del medico/infermiere, dovrà giostrare altri aspetti della vita quotidiana che necessitano comunque di un'attenzione e di un bisogno in più. La fragile condizione di questi pazienti, sia a livello fisico che psicologico, fa sì che le necessità di cura e di assistenza del malato non riguardino solo i trattamenti terapeutici. Sia a livello sociale che economico il paziente è tutelato giuridicamente ed economicamente, in modo da potergli garantire una vita dignitosa nonostante la sua condizione.

L'obiettivo dell'elaborato è quello di studiare la qualità di vita dei pazienti oncologici, costretti a vivere con questo tormento, stabilire il loro approccio e la loro gestione delle attività quotidiane. Lo scopo dell'elaborato è quello di misurare il disagio emotivo riscontrato dai pazienti alla diagnosi di questa malattia.

È stata condotta un'indagine in loco, ricorrendo a delle interviste che vedevano come campioni individui di sesso maschile e femminile, di tutte le età, in cura tra lo stabilimento ospedaliero “C.&G. Mazzoni” di Ascoli Piceno e lo stabilimento ospedaliero “Madonna del Soccorso” di San Benedetto del Tronto. Le interviste effettuate vertevano oltre che sugli eventuali problemi pratici, relazionali, emozionali e fisici, anche sulla loro risposta al termometro del distress con lo scopo di valutare il disagio provato dai pazienti.

Il progetto tesi è articolato in 4 capitoli: nel primo viene fornita un'introduzione dei tumori, attraverso un excursus storico e sociale. Vengono, inoltre, riportati i dati delle nuove diagnosi di tumore che ci sono nell'arco di un anno in Italia. Nel secondo capitolo vengono evidenziati i bisogni emotivi e psicologici dei ricoverati, attraverso resoconti di alcune analisi pubblicate sia a livello nazionale che internazionale. Nel terzo capitolo ci si concentra in modo più approfondito sullo screening svolto in loco, descrivendo il

profilo degli intervistati, le domande poste e le differenze riscontrate durante il periodo di convalescenza. Nel quarto, ed ultimo, capitolo viene illustrata una nuova tecnica sperimentale che si sta, sempre di più, diffondendo nei maggiori centri oncologici d'Italia e del mondo. Viene presentata il ruolo dell'infermiere in sala operatoria, poiché il suo operato è fondamentale all'interno dell'Equipe per lo svolgimento di questa procedura.

CAPITOLO 1: DEFINIZIONE E DATI DELL'ONCOLOGIA

L'oncologia è la branca specialistica della medicina che concerne lo studio e il trattamento dei tumori benigni e maligni. Per comprendere appieno cos'è l'oncologia, è necessario spiegare cosa sono i tumori e le aspettative relative a queste condizioni di salute.

Un tumore è una massa di cellule anomale, il cui tasso di divisione e accrescimento è, a causa di una perdita dei meccanismi di controllo, superiore ai parametri considerati normali. Semplificando, un tumore corrisponde ad una massa di cellule che crescono in modo incontrollato. Esso è il risultato di una serie di mutazioni del DNA cellulare, che alterano i geni deputati al controllo dei processi di divisione, crescita, maturazione e morte delle cellule.



Immagine 1- Nodulo mammellare

Ma come può essere classificata nello specifico questa malattia?

È possibile classificare i tumori in vari modi differenti, in base al tipo di organo interessato, o al tipo di cellule che si vengono a formare, o ancora dallo stadio cui viene riscontrata la malattia al momento della diagnosi, dall'aggressività e dalla possibilità di sviluppo di metastasi.

Quali sono, invece, i sintomi più comuni del cancro?

Ogni tipo di tumore ha una specifica sintomatologia, ma alcuni sintomi, specie se presenti contemporaneamente, possono indicare la presenza di una patologia. Alcuni esempi possono essere dati da una fatica persistente, o eventuali noduli/ispessimenti sotto la cute, avvertimento di un cambio di peso senza apparente motivazione, una tosse continua, ma anche difficoltà nella deglutizione o digestione, oppure dolori muscolari o febbre. Chi

avverte questi sintomi dovrebbe essere visitato dapprima dal medico di medicina generale e, in secondo luogo, dopo ulteriori accertamenti anche dal medico specialista oncologo. Invece i soggetti asintomatici, preoccupati di tale rischio, dovrebbero discuterne prima col proprio medico, per poi sottoporsi a test e procedure diagnostiche più appropriate in base alle sue condizioni.

1.1 Numeri neoplasie in italia

Ogni giorno in Italia si diagnosticano più di 1000 nuovi casi di cancro. È stato studiato che, nel nostro paese, nel corso di un solo anno vi siano circa 377000 nuove diagnosi di tumore, di cui 195000 uomini e 182000 donne. Nel corso della vita, però, c'è una probabilità che un uomo su 2 e una donna su 3 si ammali di tumore.

Escludendo i tumori della cute (non melanomi), negli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 19% di tutti i tumori diagnosticati; seguono il tumore del polmone (15%), il tumore del colon-retto (14%), della vescica (12%) e dello stomaco (4%). Tra le donne il tumore della mammella rappresenta il 30% delle neoplasie femminili, seguito da colon-retto (12%), polmone (12%), tiroide (5%) e corpo dell'utero (5%).

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata 19%	Mammella 30%	Mammella 14%
2°	Polmone 15%	Colon retto 12%	Colon retto 13%
3°	Colon retto 14%	Polmone 12%	Polmone 11%
4°	Vescica 12%	Tiroide 5%	Prostata 10%
5°	Stomaco 4%	Utero corpo 5%	Vescica 8%

Tabella 1 - Incidenza tumori in Italia

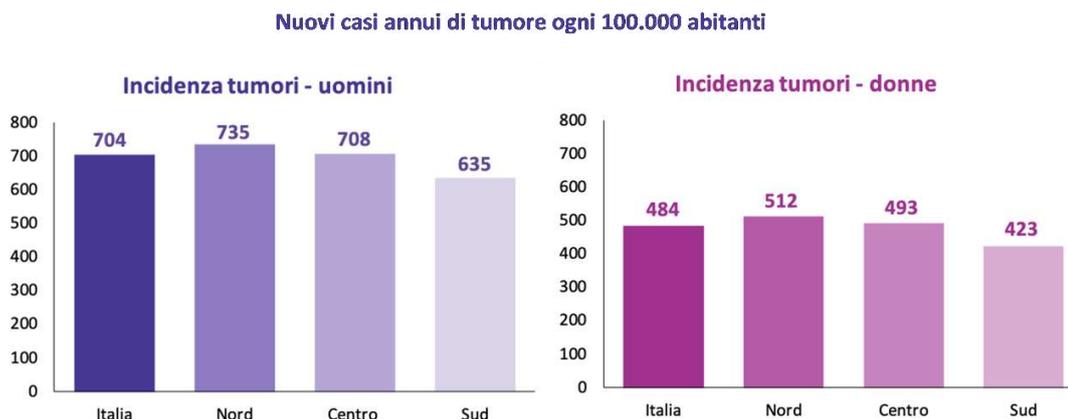
L'incidenza è influenzata oltre che dal genere anche dall'età. Nei maschi giovani, il tumore più frequente è rappresentato dal cancro del testicolo, raro invece negli anziani. Nella classe 50-69 anni e negli ultrasessantenni il tumore più frequente è quello della prostata, seguono polmone, colon-retto e vescica. Nelle femmine, invece, il cancro della mammella rappresenta la neoplasia più frequente in tutte le classi di età, sebbene con percentuali diverse (40% nelle giovani vs 22% nelle anziane). Nelle donne giovani a seguire compaiono i tumori della tiroide, melanomi, colon-retto e cervice uterina.

Nella classe intermedia seguono i tumori di colon-retto, polmone e corpo dell'utero, tiroide, mentre nelle anziane seguono i tumori di colon-retto, polmone, pancreas e stomaco.

Confronti geografici nazionali

Persiste in Italia un quadro eterogeneo per i principali indicatori epidemiologici (incidenza, sopravvivenza, mortalità e prevalenza), con un gradiente Nord-Sud per la maggior parte delle sedi tumorali. Si osserva ancora un gradiente geografico per l'incidenza tumorale con livelli che si riducono dal Nord al Sud.

Tabella 2 – Distribuzione dell'incidenza del tumore negli uomini e nelle donne in Italia



Infatti, il tasso d'incidenza standardizzato (sulla popolazione europea) per tutti i tumori è tra gli uomini più basso del 4% al Centro e del 14% al Sud/Isole rispetto al Nord e per le donne del 5% e del 17% rispettivamente.

Alla base di queste differenze possono esserci fattori protettivi (differenti stili di vita, abitudini alimentari, fattori riproduttivi) che ancora persistono nelle regioni del Centro e Sud/Isole, ma anche una minore esposizione a fattori cancerogeni (abitudine al fumo, inquinamento ambientale ecc.). È necessario considerare che le diagnosi effettuate oggi sono associate a esposizioni (ad agenti cancerogeni) avvenute anche molti anni prima: per tale motivo, il fenomeno di omogeneizzazione degli stili di vita che sta caratterizzando oggi il nostro Paese si rifletterà sul numero delle nuove diagnosi negli anni futuri, eliminando le differenze tra aree. Queste differenze appaiono già leggermente più contenute nel sesso maschile rispetto a quanto non lo fossero in anni precedenti. Nelle Regioni del Sud/Isole, dove gli screening oncologici sono ancora poco diffusi, non si è osservata la riduzione della mortalità e dell'incidenza dei tumori della mammella, del colon-retto e della cervice uterina.

Dati regionali

Negli uomini i tassi di incidenza più elevati in Italia si registrano in Friuli-Venezia Giulia (716 casi per 100.000 abitanti) e in Umbria (688 casi per 100.000 abitanti), mentre l'incidenza più bassa si registra in Calabria (559 casi per 100.000 abitanti). Nelle donne l'incidenza più alta si registra in Friuli-Venezia Giulia (562 casi per 100.000) e Lombardia (535 per 100.000), mentre i valori più bassi si registrano in Calabria (408 casi per 100.000). Il tumore della mammella presenta il tasso più elevato in Friuli (204 casi per 100.000 abitanti) ed il tasso più basso in Calabria (124 casi per 100.000 abitanti).

I tumori del polmone mostrano l'incidenza più elevata negli uomini in Campania (112 casi per 100.000 abitanti) ma nelle donne è la Lombardia a far registrare l'incidenza più alta d'Italia (50 casi per 100.000 abitanti).

Il tumore della prostata mostra l'incidenza più alta in Valle d'Aosta (159 casi per 100.000 abitanti) e la più bassa in Sicilia (86 casi per 100.000 abitanti). Per quanto riguarda i tumori del colon-retto, l'incidenza più elevata si registra in Friuli-Venezia Giulia sia negli uomini (127 casi per 100.000) che nelle donne (71 casi per 100.000) mentre la più bassa si registra in Valle d'Aosta negli uomini (65 casi per 100.000) e in Sardegna nelle donne (37 casi per 100.000).

Tendenze temporali

In Italia l'incidenza dei tumori è in calo sia negli uomini che nelle donne. In particolare, tra gli uomini, l'incidenza di tutti i tumori ha mostrato nel periodo 2003-2014 un calo significativo (0,9% l'anno), con una riduzione maggiore nel Nord-Ovest (-1,3% l'anno) e nel Nord-Est (dal 2006: -2,0% l'anno) rispetto alle aree centrali (-0,7% l'anno) e del Sud (-0,4% l'anno).

Negli uomini di età inferiore ai 50 anni, i tassi sono significativamente aumentati dello 0,5% annuo fino al 2008 e poi diminuiti sempre dello 0,5% annuo fino al 2014. Nella classe di età 50-69 anni gli andamenti in diminuzione non sono significativi. Negli uomini con almeno 70 anni si è registrata una diminuzione significativa di circa l'1,2% annuo per tutto il periodo.

Tra le donne, nel complesso, è stata rilevata una riduzione debole ma significativa (-0,1% l'anno), con una diminuzione più marcata nel Nord-Ovest (-0,5% l'anno), mentre aumenta tra le donne del Sud (0,3% l'anno). Nella classe di età 50-69 anni, i tassi sono

sostanzialmente invariati. Nelle donne con almeno 70 anni si registra una diminuzione significativa dell'incidenza nel periodo 2003/2010 di circa lo 0,6% annuo, seguita da tassi sostanzialmente stazionari sino al 2014.

1.2 Giornata mondiale contro il cancro

Il 4 febbraio si celebra la Giornata mondiale contro il cancro, World Cancer Day, promossa dalla UICC - Union for International Cancer Control e sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La Giornata, giunta al ventiduesimo anniversario, rappresenta un importante richiamo a riflettere su cosa ognuno può fare per combattere il cancro. "Close the Care Gap - Everyone deserves access to cancer care" (Colmare il gap sulla cura - Tutti meritano l'accesso alla cura del cancro) è il tema della campagna della Giornata 2022. Lo slogan richiama l'attenzione sull'importanza della comprensione e del riconoscimento delle disuguaglianze nella cura del cancro in tutto il mondo.



Immagine 2 - Giornata mondiale contro il cancro: fiocco commemorativo

In occasione della Giornata, il ministro della Salute Roberto Speranza ha sottolineato: "La prevenzione è la prima arma per la lotta contro il cancro. La pandemia ha causato dei rallentamenti nelle attività di screening, nelle visite e negli interventi chirurgici. Per recuperare il terreno perduto abbiamo stanziato un miliardo di euro. Dobbiamo continuare ad investire in ricerca e in una sanità più vicina alle persone. È anche a questo che servono le risorse del PNRR."

Tumori e prevenzione: I fattori di rischio prevenibili, le morti evitabili

Il contrasto alle patologie neoplastiche necessita di un approccio multi-disciplinare e richiede interventi coordinati e sinergici a più livelli, dalla prevenzione al miglioramento del percorso complessivo della presa in carico del paziente oncologico.

In questa ottica, sia il Piano europeo contro il cancro presentato a febbraio 2021 sia il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 (PNP) evidenziano l'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce accanto al trattamento e al miglioramento della qualità di vita del paziente. In particolare, il PNP investe sulla prevenzione dei tumori attraverso:

- azioni intersettoriali di promozione della salute (sana alimentazione, attività fisica, astensione dall'uso di sigarette e di altri prodotti del tabacco e dal consumo dannoso e rischioso di alcol),
- miglioramento della partecipazione agli screening per il carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon retto, erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, la cui offerta e adesione è un fattore protettivo per la mortalità e morbilità dovuta a queste tre patologie.
- Oltre al consolidamento dei programmi di screening, il Piano prevede l'implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con le attività in essere, per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per le mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2 per consentire la piena realizzazione di quanto previsto dai LEA.

Il Rapporto Aiom-Airtum 2021 indica che in Europa, negli Stati Uniti e in altri Paesi Occidentali, circa il 40% dei nuovi casi di tumore e il 50% delle morti per tumore, sono potenzialmente prevenibili in quanto causate da fattori di rischio evitabili. Tra questi, il fumo di tabacco rappresenta il principale singolo fattore di rischio, essendo associato all'insorgenza di circa un tumore su tre e a ben 17 tipi/sedi di tumore, oltre al tumore del polmone. Mangiare sano, mantenere il giusto peso corporeo, fare regolarmente attività fisica e ridurre il consumo di bevande alcoliche può ridurre fino al 30% il rischio di ammalarsi di tumore. Il rischio di sviluppare alcuni tumori è più elevato per le persone obese. Alcune infezioni croniche sono la causa di circa il 10-12% dei tumori, con percentuali di rischio attribuibile che variano molto da Paese a Paese. Tali infezioni includono vari tipi di Papilloma virus (carcinoma della cervice uterina, e altri tumori ano-

genitali e tumori oro-faringei), il virus di Epstein-Barr (alcuni linfomi e tumori del cavo orale), l'Herpes-virus 8 (sarcoma di Kaposi), l'*Helicobacter pylori* (carcinoma dello stomaco e linfoma MALT), i virus dell'epatite B e C (carcinoma epatocellulare), oltre all'inquinamento ambientale.

Nella lotta al cancro molto è già stato fatto in termini di progresso scientifico e tecnologico, coinvolgimento politico e presa di coscienza da parte dell'opinione pubblica, ma per ridurre sempre più il numero di casi di tumore c'è bisogno di mantenere alta l'attenzione. Anche per garantire a tutti uguale accesso alle forme di prevenzione e di cura che la ricerca mette oggi a disposizione.

Il Codice europeo contro il cancro: 12 azioni per ridurre il rischio di sviluppare il tumore

Le 12 principali modalità per ridurre il rischio di sviluppare un tumore sono riassunte, a cura della Organizzazione Mondiale della Sanità, della IARC e della Commissione Europea, nel Codice Europeo Contro il Cancro:

1. Non fumare. Non consumare nessuna forma di tabacco: Rendi la tua casa libera dal fumo.
2. Sostieni le politiche che promuovono un ambiente libero dal fumo sul tuo posto di lavoro.
3. Attivati per mantenere un peso sano;
4. Svolgi attività fisica ogni giorno. Limita il tempo che trascorri seduto.
5. Segui una dieta sana:
 - a. Consuma molti e vari cereali integrali, legumi, frutta e verdura.
 - b. Limita i cibi ad elevato contenuto calorico (alimenti ricchi di zuccheri o grassi) ed evita le bevande zuccherate.
 - c. Evita le carni conservate; limita il consumo di carni rosse e di alimenti ad elevato contenuto di sale
6. Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limitane il consumo. Per prevenire il cancro è meglio evitare di bere alcolici.
7. Evita un'eccessiva esposizione al sole, soprattutto per i bambini. Usa protezioni solari. Non usare lettini abbronzanti
8. Osserva scrupolosamente le istruzioni in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro per proteggerti dall'esposizione ad agenti cancerogeni noti.

9. Accerta di non essere esposto a concentrazioni naturalmente elevate di radon presenti in casa. Fai in modo di ridurre i livelli elevati di radon.
10. Per le donne:
 - a. L'allattamento al seno riduce il rischio di cancro per la madre. Se puoi, allatta il tuo bambino.
 - b. La terapia ormonale sostitutiva (TOS) aumenta il rischio di alcuni tipi di cancro. Limita l'uso della TOS.
11. Assicurati che i tuoi figli partecipino ai programmi di vaccinazione contro:
 - a. l'epatite B (per i neonati)
 - b. il papillomavirus umano (HPV).
12. Partecipa a programmi organizzati di screening per il cancro:
 - a. dell'intestino (uomini e donne)
 - b. del seno (donne)
 - c. del collo dell'utero (donne).



Immagine 3 - Raccomandazioni per la prevenzione oncologica

CAPITOLO 2: I BISOGNI PSICOLOGICI ED EMOTIVI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

L'assistenza psicosociale è una componente fondamentale nel percorso di cura del paziente oncologico e ha l'obiettivo di alleviare il distress emozionale e migliorare la qualità di vita. La diagnosi di tumore e le sue conseguenze, infatti, non interessano esclusivamente gli effetti sul corpo su cui generalmente si concentra la maggior parte dell'attenzione, ma influiscono anche su una vasta gamma di aspetti emozionali, psicologici, sociali e culturali. Si parla infatti del cancro come di una malattia bio-psico-sociale. La rilevazione è avvenuta tramite un'intervista telefonica fra marzo e settembre 2020 su un campione di 50 pazienti, sia in trattamento che in follow-up, afferenti all'oncologia medica e alla radioterapia dell'Ospedale Santa Maria Annunziata, sede del Dipartimento Oncologico diretto dalla Dott.ssa Luisa Fioretto.

Il campione

Il campione è formato per il 68% da femmine e il 32% da maschi, con un'età media di 53 anni per le donne e di 60 per gli uomini.

Rispetto al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), quasi la metà degli intervistati si trovava in fase di follow up mentre fra quelli in terapia attiva la maggioranza stava affrontando una chemioterapia. Per quello che riguarda la malattia il 36% ha una diagnosi di tumore al seno, il 16% di tumore dell'apparato digerente (colon, pancreas), seguiti poi da percentuali più basse di tumori dell'apparato genitale femminile e dai tumori testa-collo. Il 22% del campione presenta inoltre una comorbilità con altra patologia, aggiungendo dunque un fattore di vulnerabilità sia rispetto alla salute che all'adattamento psicosociale

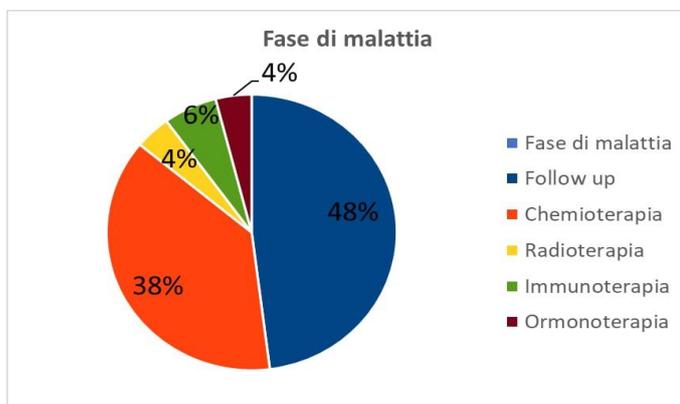


Immagine 4 - Tipi di terapia oncologica

Il lavoro è una delle dimensioni più toccate dalla malattia: lo sforzo di adattamento richiesto al paziente dai deficit psicofisici e dalla nuova organizzazione dei tempi di vita legati alla cura è infatti molto alto. Il 20% degli intervistati dichiara di essere disoccupato, cumulando quindi il distress della malattia a una criticità economica che li rende anche socialmente più fragili, considerando anche che il cancro è una patologia dagli effetti prolungati che può determinare costi economici significativi che pazienti e familiari sono costretti ad affrontare direttamente.

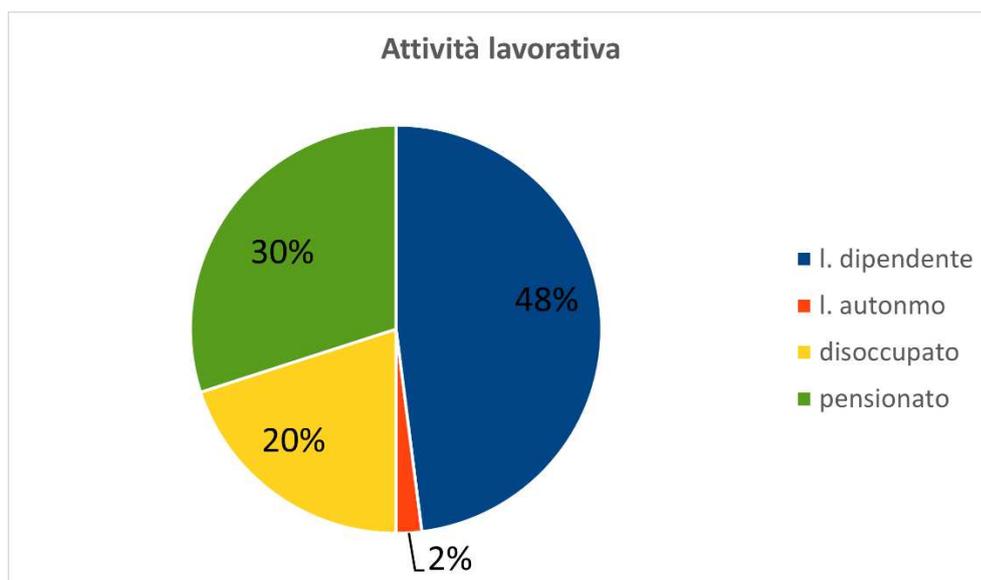


Immagine 5 - Attività lavorativa dei pazienti oncologici

Bisogni di sostegno e informativi:

I bisogni di sostegno sono stati indagati con una scala Likert a 5 punti dove alla domanda “Quanto è soddisfatto del sostegno che riceve?” 0 equivale a “nessuna soddisfazione” e 5 a “moltissima soddisfazione”.

Dai dati emerge che il paziente oncologico sente di avere buoni livelli di supporto pratico ed emotivo da familiari, partner e amici e, in maniera simile per quanto riguarda quello ricevuto su un piano medico-assistenziale si rileva un buon grado di soddisfazione verso le figure professionali, le strutture del territorio e quelle del volontariato implicate.

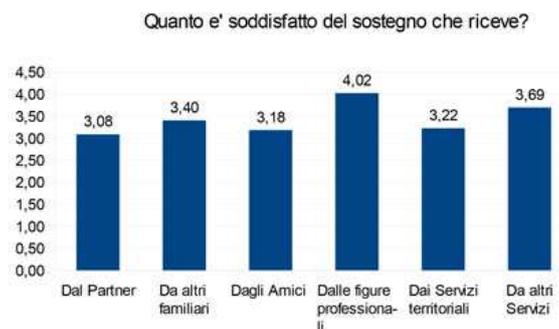


Immagine 6 - Soddisfazione del livello di sostegno ricevuto dai pazienti

Distress e impatto psicosociale del cancro

Per quanto riguarda il distress il 58% degli intervistati ha individuato il momento della diagnosi come la fase più difficile da gestire, mentre il 24% ha avuto maggiori sintomi di disadattamento nella fase delle terapie, specialmente quando queste consistevano nella chemioterapia. Questo ci indica che le prime fasi del PDTA sono quelle che hanno un impatto emotivo più destabilizzante, con valore potenzialmente traumatizzante, e che richiedono pertanto interventi di sostegno psicologico e di psico-educazione volti a normalizzare e contenere tali reazioni. Solo il 2% si è sentito maggiormente stressato durante i follow up, indicando dunque come questa possa essere una fase psichica più pronta ad una eventuale rielaborazione dei contenuti emotivi anche attraverso percorsi di riabilitazione psicosociale di gruppo.

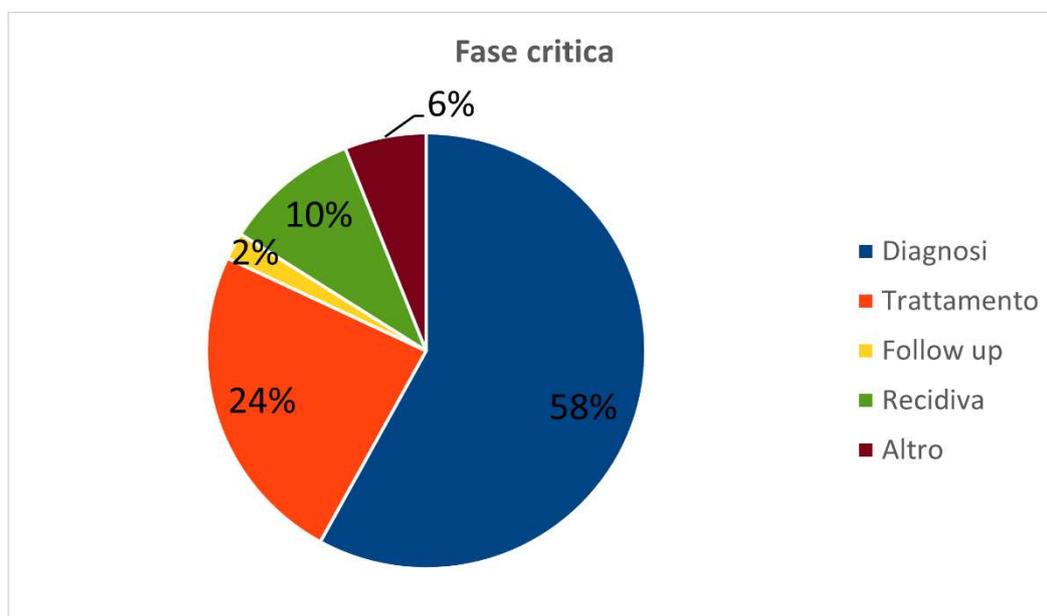


Immagine 7 - Distribuzione della criticità

Rispetto all'impatto che la malattia e i trattamenti hanno sui vari ambiti della vita, i pazienti riferiscono per la maggior parte di avere subito effetti negativi sulla loro vita familiare e su quella lavorativa, confermando dunque i dati precedentemente emersi e sottolineando il forte valore di queste dimensioni rispetto all'identità personale. Importanti effetti negativi sembrano coinvolgere anche la vita sociale dove le persone lamentano limitazioni e spesso anche situazioni di isolamento.

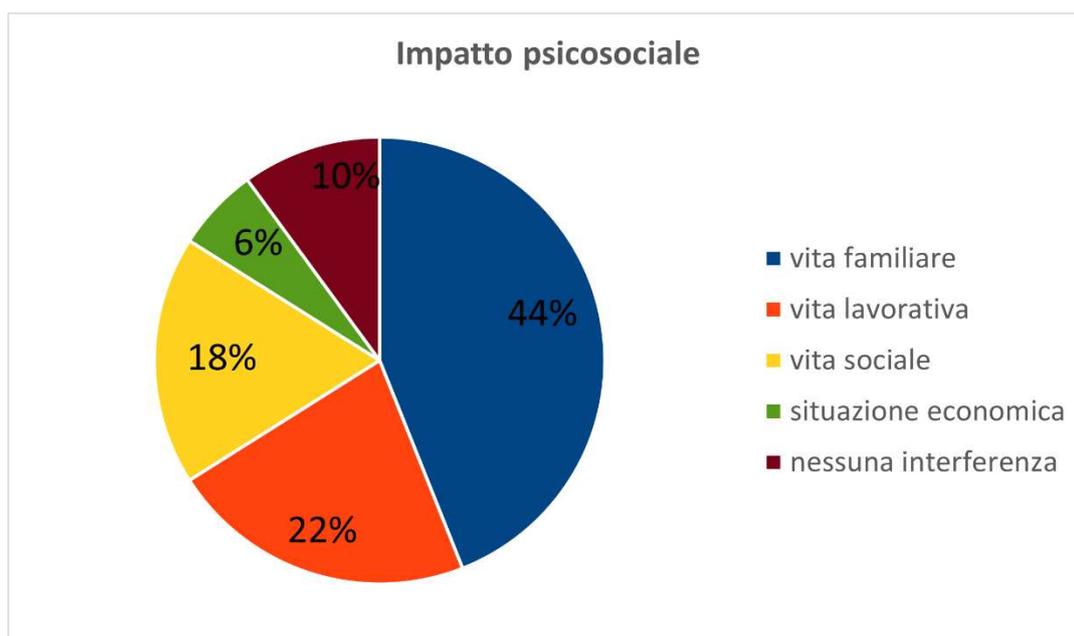


Immagine 8 - Distribuzione impatto psicosociale

Una particolare attenzione va data alle variabili socio-anagrafiche del paziente in quanto emerge che le persone non coniugate, in età lavorativa e che sono sottoposte a chemioterapia sono quelle più vulnerabili a manifestare condizioni di intenso disagio emotivo durante il percorso di malattia. La valutazione delle dimensioni psicosociali è dunque fondamentale nelle fasi di assesment diagnostico e lungo tutto il percorso assistenziale in quanto le capacità di far fronte alla malattia non dipendono soltanto dalle caratteristiche della persona ma anche dalle condizioni di cura e supporto a cui può rivolgersi.

Esistono fasi nella elaborazione della malattia oncologica?

Un contributo importante dato all'ambito psiconcologico è rappresentato dal lavoro pionieristico di Elizabeth Kluber-Ross (1969), l'autrice ha infatti descritto le cinque fasi che il paziente percorre nella malattia terminale. Le cinque fasi riportate rappresentano in maniera chiara le reazioni del paziente alla patologia e costituiscono un punto cardine

nella realtà clinica poiché, anche se non è evidente che si susseguano in un ordine specifico, permettono di identificare i bisogni sottostanti del malato e di favorire un adeguato sostegno e intervento dove richiesto e opportuno.

Le fasi riportate dall'autrice sono:

- 1) La negazione: questa fase è frequente nel momento della diagnosi e rappresenta un meccanismo di difesa attraverso il quale le persone cercano di proteggersi dagli effetti di una malattia. La persona può comportarsi come se la patologia non fosse grave o, nei casi più estremi, come se non fosse successo; il paziente può infatti negare di avere una malattia malgrado i risultati diagnostici. La negazione rappresenta una fase normale attraverso la quale il soggetto prende inizialmente distanza dalla possibile prospettiva della propria morte; tuttavia, se persiste e si irrigidisce può necessitare di un intervento psicologico.
- 2) La rabbia: questa è la seconda reazione che il paziente può avere di fronte alla prospettiva della propria morte. La rabbia può essere espressa direttamente verso le persone che lo circondano come il personale sanitario, la famiglia ed amici, poiché in salute ad esempio, o indirettamente esprimendo amarezza. Si può frequentemente ironizzare sul fatto che molte cose non si potranno più fare, sul deterioramento fisico o fare battute pungenti sul tema della morte. Non è infrequente che il paziente si chieda come mai sia capitato a lui e sperimenti un'invidia verso persone che siano in salute o che siano guarite da malattie. La rabbia può essere rivolta verso i familiari ed è importante che il clinico normalizzi e contestualizzi tali emozioni.
- 3) La trattativa: il paziente può abbandonare la rabbia in favore della trattativa, ovvero la convinzione che se eseguirà atti moralmente giusti ed etici avrà in cambio la salute. Eventi come doni di beneficenza o comportamenti insolitamente piacevoli possono essere un indizio di questa fase; perciò, si ha una negoziazione tra buona condotta in cambio di buona salute.
- 4) La depressione: in questa fase il paziente riconosce che può fare ben poco per tenere sotto controllo la malattia. Questa realizzazione coincide con un brusco calo di umore, peggioramento dei sintomi, aumento della stanchezza, fatica e dolore. È difficile distinguere tra i sintomi derivanti dalla depressione e quelli derivanti dal trattamento farmacologico o dalla malattia; perciò, è importante

un'adeguata distinzione clinica tra le due. Kluber-Ross (1969) identifica questa fase come la fase del "lutto anticipatorio", dove i pazienti "piangono" la prospettiva della loro morte, anticipano la perdita di relazioni e di attività future.

- 5) L'accettazione: ultima fase degli stadi riportati dalla Kluber-Ross, rappresenta una presa di coscienza globale della propria morte, dove il paziente può essere troppo stanco per essere arrabbiato e troppo abituato alla malattia per essere depresso. L'accettazione non è detto che sia pacifica e comprenda uno stato di calma, ma alcuni pazienti usano questo tempo per fare preparativi, decidere come suddividere i loro beni e come passare il tempo rimasto con i familiari. (Kluber-Ross E., 1969)



Immagine 9 - Le fasi di elaborazione

Le reazioni psicologiche sono tutte uguali?

Ogni paziente rappresenta una storia a sé. Non esiste, quindi, un percorso predefinito e universalmente valido per ogni persona e per ogni situazione clinica. I pazienti sono persone diverse per sesso, età, patologie, estrazione culturale e sociale, e mettono in atto reazioni e comportamenti diversi di fronte alla sofferenza.

Le modalità di risposta e adattamento emotivo alla malattia dipendono, inoltre, da diversi fattori, tra cui:

- grado di aggressività della malattia
- percezione della natura della malattia
- rapporto con il medico, che può caratterizzarsi da bassa fiducia, rapporto tecnico e poco umano o da una comunicazione aperta e sincera
- significato di minaccia che il cancro rappresenta per il paziente

- presenza di divorzi o nascite
- fattori culturali e religiosi che possono costituire una fonte di supporto
- grado di supporto sociale disponibile e percepito dal paziente
- assenza di gravi disturbi psichiatrici
- risorse interiori della persona, caratteristiche di personalità
- bassi livelli di pessimismo e depressione.

Questi fattori rendono unico e importante il vissuto di ogni paziente e le reazioni psicologiche associate alla malattia sono più che normali, ma occorre cercare delle strategie per gestire al meglio le conseguenze sul benessere fisico e psicologico. Anche un sostegno psico oncologico può aiutare a mobilitare le proprie risorse e ad affrontare i vari momenti della malattia. (Carriero M, 2021)

Oltre agli interventi di psico-educazione, sostegno psicologico e riabilitativo, servizi già presenti all'interno del Dipartimento Oncologico, che sono finalizzati a sostenere i bisogni emotivi fortemente richiesti dai pazienti e dalle loro famiglie, sembra dunque importante incrementare e rafforzare gli interventi di carattere socio-assistenziale presenti sul territorio per creare una continuità di cura che vada oltre le porte dell'ospedale, anche attraverso l'implementazione di attività e laboratori che possano accogliere il paziente e i suoi familiari in luoghi liberi dalla malattia e che ne facilitino il riadattamento psicosociale e la qualità di vita (Carli B, 2020)

Conclusioni:

L'indagine qualitativa condotta all'interno del Dipartimento Oncologico dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Bagno a Ripoli evidenzia quanto la diagnosi di neoplasia e le sue conseguenze abbiano un impatto negativo che va oltre i sintomi fisici e che incide sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie producendo anche effetti di natura sociale.

Una particolare attenzione va data alle variabili socio-anagrafiche del paziente in quanto emerge che le persone non coniugate, in età lavorativa e che sono sottoposte a chemioterapia sono quelle più vulnerabili a manifestare condizioni di intenso disagio emotivo durante il percorso di malattia. La valutazione delle dimensioni psicosociali è dunque fondamentale nelle fasi di assesment diagnostico e lungo tutto il percorso assistenziale in quanto le capacità di far fronte alla malattia non dipendono soltanto dalle

caratteristiche della persona ma anche dalle condizioni di cura e supporto a cui può rivolgersi (Manfredini E, 2021).

CAPITOLO 3: ANALISI DEI BISOGNI NEI PAZIENTI ONCOLOGICI NELL'ASUR MARCHE-AREA VASTA 5

3.1 Introduzione allo studio

Fino ad oggi il disagio nei pazienti oncologici viene descritto come un'esperienza emotiva che comprende molti fattori di natura psicologica, sociale e/o spirituale che interferisce con la capacità di affrontare efficacemente il cancro, i suoi sintomi fisici e i suoi trattamenti. L'angoscia può anche compromettere la qualità di vita ed è diagnosticato come sesto segno vitale da monitorare frequentemente e regolarmente nel percorso oncologico, in modo da classificare i pazienti che hanno bisogno di un intervento psicosociale. (Grassi & al, 2014)

Lo studio condotto ha lo scopo di stabilire i disagi emotivi e il distress psicologico che i pazienti oncologici hanno riscontrato, in cura nelle diverse Unità Operative dell'Area Vasta 5, suddivise nei due Stabilimenti Ospedalieri.

3.2 Obiettivo dello studio

L'obiettivo generale di questo studio si propone di realizzare nel 2022, un'indagine esplorativa, con la finalità di raccogliere dati inerenti il grado di disagio emotivo (stress) nei pazienti oncologici in assistenza

L'obiettivo specifico tende a gestire il disagio emotivo dei pazienti neoplastici, monitorando la loro qualità di vita ed eventuali bisogni fisici ed emotivi.

3.3 MATERIALI E METODI

3.3.1 Disegno di studio

Lo studio condotto è di tipo osservazionale (di coorte), monocentrico, no profit e non prevede approcci terapeutici e diagnostici.

3.3.2 Campionamento

Nello studio sono stati inclusi soggetti di età maggiore ai 18 anni, di entrambi i sessi, afferenti alle UU.OO Oncologia degli stabilimenti Ospedalieri “Madonna del Soccorso” di San Benedetto del Tronto e “C&G Mazzoni” di Ascoli Piceno, per l’esecuzione di trattamenti chemioterapici, ai quali è stato sottoposto un questionario (distress test), per la rilevazione e la misurazione dell’eventuale disagio emotivo.

3.3.3 Timing dello studio

La raccolta dei dati è avvenuta nel periodo 16 Maggio - 16 Settembre 2022.

3.3.4 Procedura raccolta dati

I dati sono stati reperiti e forniti dall’UO Oncologia Day Hospital dell’ASUR Area Vasta 5 per gentile concessione del Direttore Dott.ssa Francesca Chiara Giorgi e previa richiesta di autorizzazione allo studio al Direttore Sanitario dell’Area Vasta 5 Dott. Giancarlo Viviani

3.3.5 Analisi dei dati

I dati sono stati codificati ed inseriti in un foglio di calcolo per le analisi (Microsoft Office Excel® 2019) e sono stati successivamente elaborati suddividendoli in base al sesso e al punteggio riferito riguardo la quantità di disagio emotivo provato.

3.3.6 Strumento di raccolta dati

È stata condotta un'indagine per conoscere e valutare quanto possa essere affidabile l'utilizzo o meno del distress thermometer (DT), abitualmente usato in ambito clinico.

Questo termometro, che ha la funzione simile al classico, è uno strumento molto semplice che si adatta perfettamente a questo screening. Infatti, può essere d'aiuto sia per il paziente che per il personale sanitario per iniziare una comprensione maggiore della sua persona e delle problematiche connesse alla malattia, nonché alla ricerca di eventuali soluzioni.

Istruzioni sul termometro: fate un cerchio attorno al numero (0-10) che meglio descrive quanta preoccupazione avete percepito nell'ultima settimana, compreso oggi.

I punteggi e cosa fare: ogni persona è unica: è per questo che siete la fonte più importante di informazione. Vi chiediamo di esprimervi con un punteggio:

- 0-4: il suo punteggio indica che i livelli di difficoltà sono ben controllati al momento ed il personale sarà comunque sempre a disposizione per ulteriori forme di aiuto
- 5-7: il suo punteggio indica che vi sono delle difficoltà/preoccupazioni nella sua vita
- 8-10 il suo punteggio indica che si verifica un alto livello di difficoltà. È bene in questo caso parlare assolutamente con l'Equipe sanitario

Di seguito viene riportato il questionario somministrato ai pazienti del reparto di Oncologia

Immagine 10
- Distress
thermometer

SCREENING MISURAZIONE DEL DISAGIO EMOTIVO (STRESS) n. _____

N.B. Disagio : Situazione di difficoltà (preoccupazione) che porta il soggetto a non sentirsi bene !

Cognome e Nome _____ M. F. Età _____ L. Sup. Inf. GG _____ DATA _____

(I^o) TERMOMETRO DEL DISAGIO

Istruzioni: La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di disagio emotivo

(II^o) PROBLEMI E DIFFICOLTA'

La preghiamo di indicare con una crocetta su **SI** o **NO** se qualcuna delle seguenti voci sia stato un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso.

SI NO A. PROBLEMI PRATICI	SI NO E. PROBLEMI FISICI
<input type="checkbox"/> Cura dei figli	<input type="checkbox"/> Aspetto
<input type="checkbox"/> Alloggio	<input type="checkbox"/> Dolore
<input type="checkbox"/> Economici	<input type="checkbox"/> Lavarsi/vestirsi
<input type="checkbox"/> Scolastici/lavorativi	<input type="checkbox"/> Nausea
<input type="checkbox"/> Trasporti	<input type="checkbox"/> Fatica e stanchezza
B. PROBLEMI RELAZIONALI	
<input type="checkbox"/> Rapporto col partner	<input type="checkbox"/> Muoversi
<input type="checkbox"/> Rapporto coi figli	<input type="checkbox"/> Respirazione
<input type="checkbox"/> Rapporto gli altri	<input type="checkbox"/> Mucosite /ulcere
C. PROBLEMI EMOZIONALI	
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Mangiare
<input type="checkbox"/> Paura	<input type="checkbox"/> A digerire
<input type="checkbox"/> Nervosismo	<input type="checkbox"/> Stipsi
<input type="checkbox"/> Tristezza	<input type="checkbox"/> Disturbi della minzione
<input type="checkbox"/> Preoccupazione	<input type="checkbox"/> Febbre
<input type="checkbox"/> Perdita di interessi nelle usuali attività	<input type="checkbox"/> Secchezza della cute/ prurito
D. ASPETTI SPIRITUALI	
<input type="checkbox"/> Inerenti alla propria fede o gli aspetti spirituali (es. il senso dell'esistenza)	<input type="checkbox"/> Naso chiuso
	<input type="checkbox"/> Formicolio mani e/o piedi
	<input type="checkbox"/> Sonno
	<input type="checkbox"/> Intorno alla sfera sessuale
	<input type="checkbox"/> Diarrea
	<input type="checkbox"/> Memoria e concentrazione
	<input type="checkbox"/> Come si vede e come appare

ALTRIO SPECIFICARE _____

3.4 RISULTATI

Introduzione alla misurazione (termometro) del disagio emotivo (stress)

Essere malati può suscitare, su molti aspetti della propria vita, un impatto molto importante da dover gestire. Entrare, poi, in reparto di trapiantati, il quale richiede come trattamento un periodo di isolamento ed una forte immunosoppressione, può determinare nella persona malata e nella propria famiglia delle ulteriori sfide sia fisiche che emotive, oltre che sociali ed economici. Tuttavia, è proprio grazie all'aiuto degli operatori sanitari, data la loro esperienza e conoscenza, che possono essere nella posizione di consigliare al paziente cosa fare e cosa potrebbe incontrare nel suo percorso, mettendolo di fronte alle varie difficoltà. Per molte ragioni sappiamo che non è affatto facile sia per i professionisti sanitari, che per i ricoverati stessi discutere e parlare delle proprie difficoltà; infatti, è proprio tra questi pazienti che si registra un'elevata prevalenza di stress emozionale, ansia e depressione che poi stravolgono significativamente la loro qualità di vita.

Lo studio fondato principalmente sullo screening del disagio riferito dai pazienti per la gestione dei sintomi, poneva l'obiettivo di rilevare l'influenza positiva sulla loro qualità di vita, l'aderenza al trattamento, gli esiti clinici, al fine di ridurre i costi sanitari. I risultati hanno mostrato come il DT, data la facilità di somministrazione e l'elevata correlazione tra ansia e depressione, possa essere il primo passo per uno screening più appropriato e completo, integrando poi quello che è il monitoraggio del benessere psicologico durante le visite stesse.

Per lo studio sono stati arruolati 67 pazienti oncologici, di cui il 28% (18 pazienti) è rappresentato dal sesso maschile, il 50% (34 pazienti) dal sesso femminile, mentre il restante 22% (15 pazienti) hanno preferito astenersi, per cui di seguito sono riportati solo i dati di chi ha voluto partecipare.

Tabella 3 - Distribuzione del campione

<i>PUNTEGGIO</i>	<i>MASCHI</i>	<i>FEMMINE</i>	<i>TOTALE</i>
<i>0</i>	2	7	9
<i>1-4</i>	11	9	20
<i>5-7</i>	4	12	16
<i>8-10</i>	1	6	7
<i>TOTALE</i>	18	34	52

I risultati ottenuti evidenziano come il 62% del sesso maschile ha un disagio controllato compreso tra 1-4, mentre il 35% del sesso femminile ha dimostrato di essere più incline ad aver bisogno di un aiuto da parte dei professionisti sanitari, poiché presentano delle difficoltà/preoccupazioni nel proprio stile di vita. Per quanto riguarda la totalità, invece, si deduce che il 17% non presenta alcun tipo di disagio, è consapevole di avere questa malattia e ha trovato il giusto equilibrio per vivere. Al contrario la maggior parte dei pazienti, precisamente il 38% mostra un disagio controllato, punteggio che indica come i livelli di difficoltà sono ben controllati, per cui il personale sarà comunque a disposizione per ogni ulteriore forma di aiuto. Il 31% del totale segue lo stesso risultato del punteggio apparso al sesso femminile. Infine, il 14% del totale (principalmente donne) mostrano un disagio emotivo molto significativo, verificandosi perciò un alto livello di difficoltà. In questi casi è opportuno parlare e collaborare con l'Equipe sanitario.

Per quanto riguarda i problemi e le difficoltà riscontrate dai pazienti si evince che la maggior parte di questi ha accertato un bisogno esponenziale a livello lavorativo ed economico. Rispetto ai rapporti relazioni nessun paziente ha esclamato eventuali disagi: non hanno avuto problemi col proprio partner, quantomeno coi figli o con le altre persone. Da un punto di vista emozionale, bensì, i pazienti provano sentimenti contrastanti palesando momenti di depressione, paura, nervosismo, tristezza e/o preoccupazione. Ma i problemi principali sono stati verificati da un punto di vista fisico, poiché tutti hanno osservato cambiamenti del proprio aspetto: hanno provato dolore, nausea, oltre la costante fatica e stanchezza che li ha portati ad una vita più ripetitiva e invariata. Sono meno le persone che hanno riscontrato difficoltà a mangiare e a digerire, poiché si sentono personalmente obbligati a svolgere questa attività. Tra i principali problemi fisici riscontrati si hanno anche il formicolio mani e/o piedi e un senso di prurito costante, oltre che una grande difficoltà di concentrazione rispetto al passato.

CAPITOLO 4: LA CRIOABLAZIONE E IL RUOLO DELL'INFERMIERE

4.1 La crioblazione: nuova procedura per la cura di un cancro

La Crioterapia è una tecnica altamente innovativa che consiste nell'uso di un dispositivo formato da una sonda e da aghi, in grado di congelare i tessuti portandoli a temperature fino a -41°C sotto zero e di scongelarli gradualmente fino a provocare uno shock termico che determina la morte delle cellule tumorali. Già sperimentata con successo per il cancro della prostata, del rene e dell'osso, è indicata soprattutto per i pazienti affetti da tumore del polmone non trattabile chirurgicamente, o con metastasi che non rispondono più a chemioterapia, e ha il vantaggio di essere ben tollerata. Nella maggior parte dei casi è eseguibile in anestesia locale e offre la possibilità di distruggere in una singola seduta, della durata di 1 ora circa, tumori di dimensioni notevoli (anche superiori a 10 cm).

La tecnica è inoltre ripetibile nei casi di distruzione tumorale incompleta o di ricrescita e presenta un basso costo in termini di ospedalizzazione e di disagio sociale.

I pazienti sino ad ora operati tramite crioblazione presentano attualmente delle buone condizioni cliniche. L'utilizzo di questa tecnica apre pertanto un importante scenario per la lotta al tumore al polmone che rappresenta una delle più comuni cause di morte per cancro.

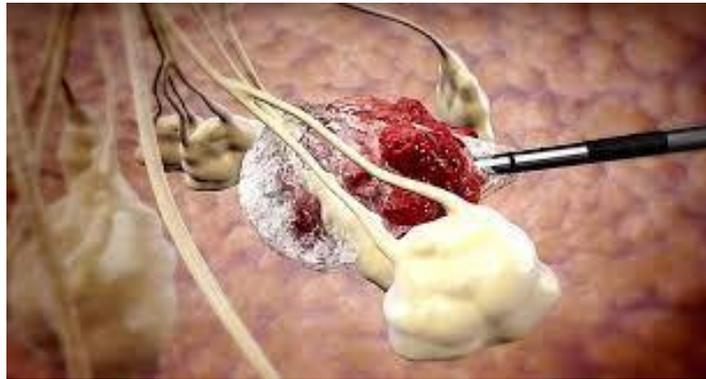


Immagine 11- tumore in crioblazione

Come funziona la Crioblazione

La crioterapia (CT) si basa sul principio che il congelamento dei tessuti con temperature inferiori a -20°C , seguito da lento scongelamento, causa uno shock termico con conseguente morte cellulare. La tecnica, altamente innovativa, viene eseguita in anestesia locale ed è già stata sperimentata da anni con successo nel trattamento dei tumori maligni del rene e della prostata. Tale procedura risulta indicata anche nei pazienti affetti da

tumore primitivo del polmone non trattabile chirurgicamente o con metastasi del polmone che non rispondono più a chemioterapia.

Tramite la sonda possono essere posizionati all'interno dei tessuti da trattare fino a venti "crioaghi" monitorati grazie a un tomografo computerizzato che permette un preciso controllo dell'intervento e impedisce che vengano danneggiati i tessuti sani. All'interno della "criosonda" viene fatto circolare del gas Argon che permette un rapido congelamento del tessuto (si arriva al di sotto dei 40°C, temperatura in cui ogni processo metabolico cellulare cessa). Si forma così una sorta di massa di ghiaccio, l'ice ball, che avvolge completamente la massa maligna. Successivamente, attraverso gli stessi aghi viene fatto passare del gas Elio che determina invece lo scongelamento del tessuto con danno immediato ed irreversibile alle cellule tumorali.

Questa tecnologia è stata messa a punto da pochi anni in Israele. Rispetto alla Crioterapia che l'ha preceduta le differenze sono notevoli, in particolare:

- l'uso di crioaghi notevolmente più sottili con minor rischio durante l'infissione dell'ago nel tessuto;
- l'utilizzo dell'argon come gas per formare il ghiaccio (prima si usava l'azoto liquido ma con difficoltà nel calibrare la necrosi con rischi elevati di danno iatrogeno durante il trattamento).
- l'assenza della fase di scongelamento (bisognava aspettare che il ghiaccio scongelasse spontaneamente con peggioramento delle condizioni cliniche in caso di reazioni indesiderate).

I principali vantaggi

- assenza di dolore periprocedurale;
- assenza della sindrome post ablativa;
- perfetto controllo dell'area di necrosi;
- degenza breve (1-2 giorni), eseguibile in anestesia locale;
- può essere ripetuta in caso di metastasi o recidive.

La crioablazione non si sostituisce alla chirurgia nel trattamento delle neoplasie polmonari, ma la affianca in tutti quei casi in cui non si possa procedere all'operazione, o il paziente non risponda alla chemioterapia o, ancora, in presenza di tumori recidivanti (Pusceddu C, 2022).



Immagine 12- simulazione di crioablazione

Questo approccio chirurgico mini-invasivo viene effettuato solo in pochi centri di eccellenza (2-3 al Centro Sud), tra cui l'Ospedale Monaldi di Napoli. Un caso è stato eseguito con successo un intervento di questo tipo su un paziente di 49 anni affetto da un tumore di 4 cm al rene destro, non operabile chirurgicamente, e che presentava una serie di altre gravi patologie concomitanti.

È stato intervistato il professor Enrico Ragone, responsabile della sezione di Eco interventistica clinica e dei Trapianti presso l'A.O. Dei Colli (Napoli) di cui l'Ospedale Monaldi fa parte, che insieme alla sua equipe ha eseguito l'innovativo intervento, per saperne di più su questa tecnica.

In cosa consiste la crioablazione dei tumori?

«Consiste nell'iniettare sotto controllo ecografico all'interno del tumore azoto liquido ad una temperatura di -190 gradi, tramite un ago collegato ad una apposita apparecchiatura. Questo determina nel giro di pochi minuti un vero e proprio congelamento del tumore, con conseguente necrosi (e quindi morte) dello stesso. È un intervento che viene eseguito in anestesia locale o in blanda sedazione, e che prevede una degenza breve, di 2-3 giorni».

Per quali tumori e/o pazienti è adatta questa tecnica?

«La crioablazione è la scelta preferibile per quei pazienti che, a causa di altre patologie, è sconsigliabile sottoporre ad anestesia generale o su cui è impossibile intervenire con la chirurgia tradizionale. È una tecnica adoperata per i tumori maligni, principalmente del rene e della mammella».

Come mai questa tecnica è ancora poco usata?

«Si tratta di un approccio che richiede competenze molto specifiche. A differenza della chirurgia tradizionale invasiva, infatti, la crioablazione presuppone innanzitutto la presenza di tecnologie particolarmente avanzate, e poi di una grande expertise e precisione da parte dell'operatore e della sua equipe».

A proposito di equipe, quanto è importante il lavoro di squadra in questi interventi?

«È fondamentale. Il coordinamento di un team, l'organizzazione e la multidisciplinarietà sono fattori essenziali per la riuscita del nostro lavoro. Colgo l'occasione per ringraziare tutti i componenti della mia equipe, l'anestesista Caterina Vasta, gli infermieri di sala operatoria Biagio Grasso e Vincenzo Limongelli, l'OSS Raffaele Vezzi, e soprattutto il mio braccio destro da ormai dieci anni, assistente all'ecografo e infermiera professionale Federica Sanges, pedina fondamentale della mia attività».

4.2 Il ruolo dell'infermiere di sala operatoria

Sono tre le figure infermieristiche che orbitano all'interno di una Sala Operatoria: l'Infermiere responsabile di S.O., l'Infermiere Strumentista e l'Infermiere aiuto-anestesista. Per una più corretta e coerente assistenza alle persone i tre ruoli dovrebbero inter-scambiarsi, anche per evitare condizioni di stress, di isolamento e di troppa sicurezza, indice spesso di aumentato rischio d'errori. Il "Sistema Sala Operatoria" è piuttosto complesso e occorre prenderne atto.

Sono proprio gli Infermieri coloro che vivono l'attività operatoria in maniera full time. Si occupano dell'atto chirurgico, della sua preparazione, del ripristino delle sale e del materiale usato, hanno conoscenze in merito ai tempi di ogni prestazione chirurgica abitualmente pratica nel proprio Blocco Operatorio e alle diverse tecniche anestesilogiche; hanno competenze riguardo la sanificazione ambientale quanto la disinfezione, si occupano della sterilizzazione dello strumentario, formalizzano le C.L. per la sicurezza, redigono tutta la documentazione necessaria all'attività chirurgica e molto altro ancora.

Il ruolo, in seguito ad adeguata formazione, impone responsabilità circa il corretto utilizzo e gestione dei presidi e delle apparecchiature medicali "non sterili", quali, ad esempio, le lampade scialitiche, i monitor e le stazioni per la chirurgia in laparoscopia, gli aspiratori

e tutti i collegamenti delle attrezzature “sterili” (elettrobisturi, laser, ottiche, ecc.), in modo che l'intervento chirurgico venga svolto in sicurezza e con l'ausilio di un professionista che sappia come intervenire e quali alternative proporre in caso di eventuali guasti o modifiche in corso d'opera delle tecniche chirurgiche.



Immagine 13 - Infermieri in sala operatoria

L'infermiere responsabile di sala prepara e dispone la sala operatoria per ogni intervento, a seconda del paziente in lista operatoria, della specialità chirurgica e degli operatori, affinché ogni processo sia coordinato con il resto delle attività coinvolte nell'atto chirurgico. Verifica la corretta asepsi e sanificazione della sala operatoria ed effettua un primo controllo sulla sterilità dello strumentario chirurgico e del resto dei presidi, segnalando eventuali anomalie, effettuando così una fondamentale attività di prevenzione per quanto concerne le infezioni del sito chirurgico. Il posizionamento del paziente sul tavolo operatorio è uno dei momenti cardine e l'infermiere fuori campo è colui che ne ha la responsabilità, mentre il controllo finale spetta al chirurgo primo operatore. Questa è una procedura particolarmente delicata e la conoscenza da parte dell'infermiere di sala della corretta posizione chirurgica in relazione al tipo di intervento è fondamentale per assicurare il giusto comfort e le giuste misure di sicurezza per il paziente, oltre che favorire i movimenti degli operatori.

Tra le responsabilità rientra il controllo della corretta preparazione all'intervento del paziente, tra cui la tricotomia, la rimozione di eventuali lenti a contatto e monili vari, lo stato igienico e la preparazione intestinale, ove necessaria.

L'infermiere di sala, insieme all'infermiere strumentista, per assicurare la prevenzione della ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico, si occupa del conteggio finale e iniziale delle garze, degli aghi e di tutti i presidi che passano sul tavolo servitore,

compreso lo strumentario chirurgico e appone la sua firma sull'apposito registro, secondo la Legge e il “Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria”, redatto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

Sulla base delle raccomandazioni “Guidelines for Surgery”, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha costruito una check-list per la sicurezza in sala operatoria, quale strumento guida per favorire la sicurezza stessa. L'infermiere di sala, al pari degli altri componenti dell'équipe, è responsabile della corretta compilazione e della veridicità delle informazioni riposte nella checklist operatoria, sia che funga da coordinatore che da semplice informatore. Collabora, con gli anestesisti e il personale infermieristico del servizio anestesia, ai trasferimenti dei pazienti in entrata e in uscita dalla sala operatoria, evitando i tempi morti e favorendo l'efficienza gestionale.

Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 2009

Checklist per la sicurezza in sala operatoria		
Sign In →	→ Time Out	→ Sign Out
<i>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i>	<i>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i>	<i>I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</i>
1) Il paziente ha confermato: - identità - sede di intervento - procedura - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)	<input type="checkbox"/> 1) tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione <input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1) nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?) 2) il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto 3) il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) 4) eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
2) Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile	Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: <input type="checkbox"/> 3) chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro? <input type="checkbox"/> 4) anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? <input type="checkbox"/> 5) infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?	5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria 6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio
3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati 4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento Identificazione dei rischi del paziente: 5) Allergie: no si 6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? no sì, e la strumentazione/assistenza disponibile 7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)? no sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili	6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile 7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? sì <input type="checkbox"/> non applicabile	Dati del paziente Nome e Cognome _____ Data di nascita ____/____/_____ Procedura eseguita _____

La checklist non ha valore esaustivo, pertanto sono consigliate integrazioni e modifiche per l'adattamento alle esigenze locali.



Allegato 1- checklist in sala operatoria

La checklist è divisa in tre punti:

La prima fase, Sign In, si svolge prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'équipe e comprende i seguenti controlli:

- Conferma da parte del paziente di identità, procedura, sito e consenso; Sito marcato; Controlli per la sicurezza dell'anestesia; Identificazione dei rischi del paziente

Il time out è la seconda fase di un breve momento di “pausa chirurgica” che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea, richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe e comprende i seguenti sette controlli:

- Presentazione dell'équipe; Chirurgo, anestesista ed infermiere confermano il paziente, il sito, la procedura ed il corretto posizionamento; Anticipazione di eventuali criticità; Profilassi antibiotica; Visualizzazione immagini.

L'ultima fase, ovvero quella del Sign Out è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'équipe ed al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. Il Sign out dovrebbe essere completato prima che il paziente abbandoni la sala operatoria, può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica, dovrebbe essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala operatoria e comprende i seguenti sei controlli:

1. L'infermiere di sala conferma verbalmente insieme all'équipe operatoria: Nome della procedura chirurgica registrata; Conteggio di strumenti, garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico; Etichettatura del campione chirurgico (incluso nome del paziente e descrizione);
2. Problemi o malfunzionamenti nell'utilizzo dei dispositivi;
3. Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria; Profilassi del tromboembolismo post-operatorio

La checklist compilata può essere collocata nella documentazione clinica del paziente oppure archiviata per la valutazione della qualità degli interventi.

DISCUSSIONE

Dall'indagine osservazionale condotta mediante la raccolta dei dati forniti dall'U.O. Day Hospital di Oncologia dell'Asur Area Vasta 5 (Stabilimento Ospedaliero "C&G Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto) sono stati raccolti dati su un campione di 67 pazienti. È stato evidenziato un disagio emotivo controllato nella maggior parte dei pazienti presi in considerazione. È fondamentale analizzare, oltre i numeri, anche le caratteristiche dei pazienti, i quali sono propensi ad un eventuale aiuto per poter liberarsi dei propri pensieri e sfogarsi abitualmente con professionisti sanitari specifici.

Il Termometro del distress include, quindi, una misura di disagio correlata al cancro e ad un elenco di problemi riferiti dai pazienti stessi. Tramite il DT hanno dimostrato un'adeguata validità negli studi di validazione (Donovan et al., 2014). Un vantaggio del DT è la sua brevità: gli studi hanno dimostrato che gli infermieri necessitano in media di soli 2 minuti e 20 secondi per aiutare un paziente a completare lo strumento (Musiello et al., 2017). Nel complesso, è semplice da somministrare e i pazienti trovano lo strumento facile da usare. L'elenco dei problemi del NCCN (National Comprehensive Cancer Network) fornisce un elenco completo di categorie, inclusi problemi pratici, familiari, fisici ed emotivi, nonché preoccupazioni spirituali/religiose. Non sorprende che i pazienti che ottengono un punteggio di 4 o superiore, sul DT, selezionano più elementi nell'elenco delle problematiche NCCN (VanHoose et al., 2015). I pazienti che riferiscono distress spesso selezionano i problemi dal dominio emotivo e la preoccupazione è l'elemento più frequentemente selezionato. Altri elementi associati al rischio di angoscia includono problemi del dominio fisico, come il sonno e gli spostamenti, e problemi del dominio emotivo, come il nervosismo (Clover et al., 2016). Una fonte comune di disagio più avanti nella traiettoria di cura del cancro è la tensione finanziaria (VanHoose et al., 2015).

I risultati del presente studio rilevano come l'angoscia è provata dai pazienti durante tutta la durata del trattamento. Sebbene siano stati valutati solo una volta, sarebbe consigliato effettuare periodicamente, durante tutto il corso della terapia, più valutazioni per controllare eventuali cambiamenti di umore in modo tale che non vengano ignorati e non trattati. Oltretutto questo concetto è stato anche rafforzato da un progetto di miglioramento della qualità che ha scoperto che i pazienti con screening ripetuti, erano più inclini ad accettare servizi per mitigare maggiormente il disagio. Una volta che lo

screening è stato completato e i risultati sono stati interpretati, l'infermiere determina se il paziente deve essere indirizzato al supporto psicosociale. In più della metà dei pazienti è stato riportato un grave disagio. Gli aiuti possono includere anche psicologi, cappellani, oltre che gli assistenti sociali. Il fornitore di cure oncologiche può utilizzare le risorse della comunità nonché le risorse fornite dall'istituto in base alle preferenze del paziente. Per migliorare l'educazione del paziente da parte dell'infermiere, e per facilitare un coping più efficace e ridurre il rischio di disagio, possono essere creati degli opuscoli educativi o fare chiamate di sostegno, le quali contribuirebbero a limare i livelli di stress nei pazienti neoplastici. Sono proprio queste innovazioni che, guidate da un professionista sanitario esperto, possono essere utilizzate in tutte le specialità oncologiche, per poi fornire delle cure individualizzate che rispondano ai bisogni psicosociali, fisici, pratici, familiari e spirituali dei pazienti attraverso una terapia continua.

CONCLUSIONI

Il disagio è considerato il sesto segno vitale nelle cure oncologiche: numerosi studi di ricerca hanno dimostrato la prevalenza del disagio e l'impatto significativo che ha sulla qualità della vita del paziente e sul successo del trattamento. La ricerca continua a determinare la validità del termometro del distress e dell'elenco dei problemi in varie popolazioni di tumore in base all'etnia, al tipo di cancro, alla lingua e all'età. La ricerca è necessaria per convalidare gli interventi utilizzati per gestire il disagio di questi ricoverati. Poiché il NCCN DT è uno strumento con validità e brevità ben consolidate, disponibile in più lingue e di facile interpretazione per il fornitore, l'uso dello strumento è in studio in altre popolazioni di pazienti, compresi quelli con broncopneumopatia cronica ostruttiva e acquisita sindrome da immunodeficienza. (Kristin K. Ownby 2019).

La maggior parte dei malati neoplastici sono a rischio di sofferenza, a tal punto da essere identificati ulteriori fattori di rischio che accrescono altri sintomi di disagio tra questi pazienti. Questi studi dimostrano come le donne sperimentano dei livelli di angoscia più elevati rispetto al sesso maschile.

Ad avere il primato per lo stress provato va ai pazienti più giovani, mentre i ricoverati sposati o con famiglia hanno meno probabilità di provare disagio rispetto ai single. È stato diagnosticato anche un declino del funzionamento fisico, emotivo e/o cognitivo associato ovviamente al disagio riscontrato dai pazienti presi in esame. Sono principalmente i fattori di stress a creare i problemi relazioni e/o familiari, in quanto la sensazione di questi pazienti è che le informazioni fornite sulla diagnosi e sul trattamento del cancro siano poco adeguate e insufficientemente significative.

Tuttavia, esistono barriere allo screening per il disagio. Ad esempio, i pazienti potrebbero avere difficoltà a capire cosa significa la parola "angoscia" (Mitchell, 2013).

Il limite dominante che si verifica con questi pazienti è dato principalmente dal preciso momento in cui si decide di accompagnarli dai servizi psicosociali, poiché viene percepita come una brutta esperienza. Ma gli studi hanno dimostrato che, i pazienti che ottengono un punteggio elevato sul termometro del distress potrebbero non volere necessariamente aiuto. Al contrario, è stato osservato come nei ricoverati cui avevano svolto questi tipi di screening non ricevevano alcun tipo di assistenza, i loro livelli di sofferenza incrementavano di gran lunga, generando così ulteriori stati d'ansia. Ulteriori barriere istituzionali possono essere rappresentate dal tempo e formazione insufficienti, mancanza

di privacy per lo screening, ma soprattutto dalla scarsa documentazione dei risultati poiché questi screening creano disagio nella discussione tra paziente e professionista stesso.

Da questo si può giungere alla conclusione generale che le tecniche di crioablazione sono un metodo di trattamento competitivo con altri metodi di terapia. La crioterapia ha il vantaggio di essere facile da eseguire, non richiede apparecchiature costose, non presenta il rischio di perforazione ed è sicura per l'operatore, oltretutto può alleviare i disturbi locali derivanti dalla crescita ricorrente del tumore dopo la resezione anteriore. La termoablazione è un metodo poco invasivo, efficace per il trattamento di pazienti a basso rischio oncologico, in quanto offre l'opportunità sia di ottenere buoni risultati sia di preservare un'elevata qualità di vita. Questa tecnica è ben tollerata dal paziente che potrebbe essere dimesso lo stesso giorno. È utile anche nella gestione della malattia displastica o del carcinoma in situ, principalmente nel cavo orale e nella cervice uterina. Queste applicazioni sono sufficientemente preziose per essere incluse nei libri di testo che riguardano tali aree. Purtroppo non ci sono studi di controllo per assistere nel giudizio di merito e in molti rapporti citati, non è facile determinare il tasso di sopravvivenza o confrontare i risultati con la terapia convenzionale. Nei siti meno accessibili, che generalmente richiedono un'esposizione endoscopica o chirurgica, la criochirurgia non viene spesso utilizzata. Infine, questo possibile beneficio è più evidente nei tumori sperimentali, ma le prove cliniche del beneficio non sono ancora così chiare.

BIBLIOGRAFIA

- Carli B (2020). Psiconcologia: tra aspetti psicologici nel malato oncologico e richiesta di supporto. *State of mind, il giornale della scienza psicologica*
- Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, MacRae JH, Martin M, Pelletier G, Robinson J, Simpson JSA, Specca M, Tillotson L, Bultz B D. (2004) Livelli elevati di sofferenza non trattata e stanchezza nei malati di cancro. *Giornale britannico del cancro.*
- Carriero M.C (2021) Le reazioni psicologiche alla diagnosi oncologica
- Chiang Anne C, Buia Amport Stephanie, Corjulo Diane, Harvey Katherine L, McCorkle Ruth. (2015) Incorporare i risultati riportati dai pazienti per migliorare lo screening e la valutazione del disagio emotivo in una clinica oncologica ambulatoriale. *Giornale di pratica oncologica .*
- Clover Kerrie Ann, Oldmeadow Christopher, Nelson Louise, Rogers Kerry, Mitchell Alex J, Carter Gregory. (2016) Quali elementi nell'elenco dei problemi del termometro di emergenza sono i più preoccupanti? Supportive care in cancer: *Gazzetta ufficiale della Multinational Association of Supportive Care in Cancer.*
- Donovan Kristine A, Grassi Luigi, McGinty Heather L, Jacobsen Paul B. (2014) Validazione del termometro di emergenza nel mondo: stato della scienza. *Psico-oncologia.*
- Girgis Afaf, Smith Allan B, Durcinoska Ivana. (2018) Screening per il disagio nella sopravvivenza. *Opinione attuale in cure palliative e di supporto.*
- Graves Kristi D, Arnold Susanne M, Love Celia L, Kirsh Kenneth L, Moore Pamela G, Passik Steven D. (2007) Screening del disagio in una clinica multidisciplinare per il cancro del polmone: prevalenza e predittori di sofferenza clinicamente significativa. *Cancro ai polmoni (Amsterdam, Paesi Bassi)*
- Hegel Mark T, Collins E Dale, Kearing Stephen, Gillock Karen L, Moore Caroline P, Ahles Tim A. Sensibilità e specificità del Distress Thermometer per la depressione nei pazienti con cancro al seno di nuova diagnosi. *Psico-oncologia . 2008*
- Hurria Arti, Li Daneng, Hansen Kurt, Patil Sujata, Gupta Ravi, Nelson Christian, Lichtman Stuart M, Tew William P, Hamlin Paul, Zuckerman Enid, Gardes Jonathan, Limaye Sewanti, Lachs Mark, Kelly Eva. (2009) Distress nei pazienti anziani con

cancro. *Giornale di oncologia clinica: giornale ufficiale dell'American Society of Clinical Oncology*.

- Keir Stephen T, Calhoun-Eagan Roberta D, Swartz Jonas J, Saleh Oussama A, Friedman Henry S. (2008) Screening per il disagio nei pazienti con cancro al cervello utilizzando la misura di screening rapido del NCCN. *Psico-oncologia* .
- LeCouteur A, Lehmann C, Knott V. Brief psychological distress screening on a cancer helpline: How nurses introduce, and callers respond to, the Distress Thermometer. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Aug;53:101986. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101986. Epub 2021 Jun 6. PMID: 34294575.
- Manfredi E(2021). Bisogni psicosociali nei pazienti oncologici dell'OSMA: una indagine qualitativa.
- Mitchell Alex J. (2013) Screening per il distress correlato al cancro: quando l'implementazione ha successo e quando non ha successo?
- Musiello Toni, Dixon Glenys, O'Connor Moira, Cook Deb, Miller Lisa, Petterson Anna, Saunders Christobel, Joske David, Johnson Claire. (2017) Uno studio pilota di screening di routine per il disagio da parte di un'infermiera e psicologa in un ambulatorio di oncologia ematologica. *Ricerca infermieristica applicata: ANR* .
- VanHoose Lisa, Black Lora L, Doty Kimberly, Sabata Dory, Twumasi-Ankrah Philip, Taylor Sarah, Johnson Rhonda.(2015) Un'analisi dell'elenco dei problemi del termometro di emergenza e del disagio nei pazienti con cancro. *Supportive care in cancer: Gazzetta ufficiale della Multinational Association of Supportive Care in Cancer* .

SITOGRAFIA

1. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3897_1_file.pdf> consultato il 13 ottobre 2022
2. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5681_0_file.pdf> consultato il 13 ottobre 2022
3. <https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5790#:~:text=Il%204%20febbraio%20si%20celebra,Mondiale%20della%20Sanit%C3%A0%20(OMS)> consultato il 18 ottobre 2022
4. <https://www.calcitichiantifiorentino.it/i-bisogni-psicosociali-nei-pazienti-oncologici-dellosma-una-indagine-qualitativa/> consultato il 4 ottobre 2022
5. <https://www.humanitas.it/enciclopedia/specialisti/oncologo-medico/> consultato il 19 settembre 2022
6. <https://www.stateofmind.it/2020/06/psiconcologia-supporto/> consultato il 4 ottobre 2022
7. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2610_listaFile_itemName_0_file.pdf> consultato il 12 ottobre 2022
8. <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=2610&area=qualita&menu=sicurezzachirurgia> consultato il 18 ottobre 2022
9. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.cad.univpm.it/pmc/articles/PMC6750919/pdf/jadp-10-175.pdf> consultato il 12 ottobre
10. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.cad.univpm.it/pmc/articles/PMC7113503/pdf/NOP2-7-850.pdf> consultato il 12 ottobre 2022

n. _____

SCREENING MISURAZIONE DEL DISAGIO EMOTIVO (STRESS)

N.B. Disagio: Situazione di difficoltà (preoccupazione) che porta il soggetto a non sentirsi bene!

Cognome e Nome _____ M F Età _____ L. Sup. Inf. GG _____ DATA _____

(I) TERMOMETRO DEL DISAGIO

Indicazione: La preghiamo di colorare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di disagio emotivo

da 8 a 10 MASSIMO DISAGIO EMOTIVO

da 5 a 7 DISAGIO SIGNIFICATIVO

da 0 a 4 DISAGIO CONTROLLATO

0 NESSUN DISAGIO EMOTIVO

(II) PROBLEMI E DIFFICOLTÀ

La preghiamo di indicare con una crocetta se SÌ o se NO se qualcuno delle seguenti voci ha stato un problema o causa di disagio nell'ultima settimana (oggi compreso)

<p>SI NO A. PROBLEMI PRATICI</p> <p><input type="checkbox"/> Cura dei figli</p> <p><input type="checkbox"/> Affitto</p> <p><input type="checkbox"/> Economia</p> <p><input type="checkbox"/> Spese/salari/oneri</p> <p><input type="checkbox"/> Trasporti</p>	<p>SI NO E. PROBLEMI FISICI</p> <p><input type="checkbox"/> Appetito</p> <p><input type="checkbox"/> Dolore</p> <p><input type="checkbox"/> Lavarsi/vestirsi</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> Fatica e stanchezza</p> <p><input type="checkbox"/> Muoversi</p> <p><input type="checkbox"/> Respirazione</p> <p><input type="checkbox"/> Muscoli/forza</p> <p><input type="checkbox"/> Mangiare</p> <p><input type="checkbox"/> Sogni</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbi della minzione</p> <p><input type="checkbox"/> Febbre</p> <p><input type="checkbox"/> Secchezza della cute/purita</p> <p><input type="checkbox"/> Naso chiuso</p> <p><input type="checkbox"/> Formicolio mani e/o piedi</p> <p><input type="checkbox"/> Sordità</p> <p><input type="checkbox"/> Torsione alla sfera sessuale</p> <p><input type="checkbox"/> Giorno</p> <p><input type="checkbox"/> Memoria e concentrazione</p> <p><input type="checkbox"/> Come si vede e come appare</p>
<p>B. PROBLEMI RELAZIONALI</p> <p><input type="checkbox"/> Rapporto col partner</p> <p><input type="checkbox"/> Rapporto col figlio</p> <p><input type="checkbox"/> Rapporto gli altri</p>	<p>C. PROBLEMI EMOZIONALI</p> <p><input type="checkbox"/> Depressione</p> <p><input type="checkbox"/> Paura</p> <p><input type="checkbox"/> Spavento</p> <p><input type="checkbox"/> Tristezza</p> <p><input type="checkbox"/> Preoccupazione</p> <p><input type="checkbox"/> Perdita di interesse nelle uscite attività</p>
<p>D. ASPETTI SPIRITUALI</p> <p><input type="checkbox"/> Inerenti alla propria fede o gli aspetti spirituali (es. il senso dell'esistenza)</p>	

ALTRO SPECIFICARE _____

Introduzione alla misurazione (termometro) del disagio emotivo (stress)

Avere una malattia può avere molto spesso, un impatto importante su molti aspetti della propria vita. Entrare poi in un reparto di trapianti che richiede come trattamento un periodo di isolamento, una forte immunosoppressione può determinare nella persona e nella propria famiglia delle ulteriori sfide fisiche ed emotive, nonché problemi spirituali e sociali. Tuttavia, **gli operatori sanitari, data la loro esperienza e conoscenza, possono essere nella posizione di consigliarla sulle varie difficoltà che potrebbe incontrare nella sua strada.** Per molte ragioni sappiamo che non è facile sia per i professionisti della salute che per lei discutere e parlare delle proprie difficoltà: **il termometro come quello che misura la febbre è uno strumento molto semplice che si adatta a questo scopo.** Infatti, può aiutare sia lei che il personale ad iniziare una comprensione maggiore della sua persona e delle problematiche connesse alla sua malattia, nonché alla ricerca insieme di eventuali soluzioni

Istruzioni sul termometro: fare un cerchio attorno al numero (0-10) che meglio descrive quanta preoccupazione avete sperimentato nell'ultima settimana compreso oggi

i punteggi e cosa fare: ogni persona è unica e per questo che siete la fonte più importante di informazione ed è per questo che vi chiediamo di esprimervi con un punteggio

- 0-4: il suo punteggio indica i livelli di difficoltà sono ben controllati al momento il personale comunque sarà sempre a disposizione per ulteriori per ogni ulteriore forma di aiuto
- 5-7: il suo punteggio indica che vi sono delle difficoltà/preoccupazioni nella sua vita
- 8-10 il suo punteggio indica che si verifica un altro livello di difficoltà, e bene in questo caso vedere di parlarne assolutamente con l'Equipe sanitario

RINGRAZIAMENTI

I used to think that the worst thing in life was to end up alone. It's not. The worst thing in life is to end up with people who make you feel alone.

E con una delle frasi più famose del mio attore preferito, Robin Williams, volevo ringraziare tutte le persone che hanno sostenuto questo mio percorso universitario, sin dal primo giorno.