

*Ai miei genitori, che hanno sempre creduto
in me, più di quanto facessi io stessa;
a mia sorella, per avermi tenuto
la mano nei momenti di difficoltà;
a Edoardo, che stando al mio fianco
mi ha reso una persona migliore.*

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE.....	1
OBIETTIVO	2
MATERIALI E METODI.....	3
CAPITOLO 1.....	4
INCIDENZA CIA CON CHEMIOTERAPIA	4
1.2 RELAZIONE CIA E TRATTAMENTI ANTITUMORALI	4
1.3 EFFETTI PATOBIOLOGICI.....	5
CAPITOLO 2.....	7
PREVENZIONE DELLA CIA	7
2.1 GENERALITÀ.....	7
2.2 RAFFREDDAMENTO CUIOIO CAPELLUTO.....	7
2.2.1 Efficacia.....	8
2.3 COMPRESIONE DEL CUIOIO CAPELLUTO.....	9
2.4 FATTORE DI CRESCITA DEI CHERATINOCITI (KGF).....	9
CAPITOLO 3.....	10
TRATTAMENTO DELLA CIA.....	10
3.1 MINOXIDIL©.....	10
3.2 CALCITRITOLE TOPICO.....	10
3.3 TERAPIA LASER A BASSO LIVELLO.....	10
CAPITOLO 4.....	12
L'INFERMIERISTICA	12
4.1 SCALA DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELL'ALOPECIA INDOTTA DA CHEMIOTERAPIA.....	12
4.1.1 Scala di distress dell'alopecia indotta dalla chemioterapia	12
4.2 O.N.S (ONCOLOGY NURSING SOCIETY).....	13
4.3 RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE	13
4.4 TERAPIA DI SUPPORTO.....	14
4.5 RUOLO DELL'INFERMIERE	15
CAPITOLO 5.....	16
PROCESSO DI NURSING.....	16
5.1 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE.....	16
5.1.1 Diagnosi infermieristiche maggiormente utilizzate in pazienti oncologici affetti da alopecia.....	17
5.2 INTERVENTI INFERMIERISTICI (NIC)	17
5.3 OBIETTIVI INFERMIERISTICI (NOC).....	19
5.3.1 Obiettivi potenziali per pazienti oncologici affetti da alopecia	20

CAPITOLO 6.....	21
LA COMUNICAZIONE	21
6.1 C.O.M.F.O.R.T.	21
6.1.1 C - Comunicazione	22
6.1.2 O - Orientamento e opzioni	22
6.1.3 M - Comunicazione consapevole.....	23
6.1.4 R - Relazione	23
6.2 ATTI PRATICI.....	23
6.3 DICHIARAZIONI DEI PAZIENTI.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	25

ABSTRACT

Introduzione

I capelli sono annessi cutanei con funzione di termoregolazione e protezione; ogni capello attraversa tre fasi: fase di anagen, fase di catagen e fase di talogen. Con l'utilizzo di chemioterapici, si danneggiano non solo le cellule tumorali, ma tutte le cellule ad alta proliferazione, come quelle dei bulbi piliferi. La stima della probabilità di caduta dei capelli con la chemioterapia è del 65%.

Obiettivo

Lo scopo di questo elaborato è quello di mettere in evidenza i più significativi sistemi di prevenzione della perdita dei capelli durante il trattamento chemioterapico e dei trattamenti più efficaci per migliorare e velocizzare la ricrescita dei capelli una volta terminata la terapia chemioterapica. Viene sottolineata inoltre l'importanza della relazione tra paziente ed infermiere, per sostenere ed incoraggiare il paziente stesso ad affrontare tutti i cambiamenti dovuti alla malattia e alla terapia.

Materiali e metodi

Per la realizzazione di questo elaborato sono stati formulati due quesiti tramite la metodologia PICO. Sono state consultate banche dati specifiche in ambito medico ed infermieristico, come PubMed e Cinahl. Sono stati analizzati molteplici studi, trovati grazie all'utilizzo di parole chiave e operatori booleani.

Risultati

Dalle ricerche effettuate è emerso che il raffreddamento del cuoio capelluto, durante l'infusione della terapia chemioterapica, ha ridotto da 3,9 a 2,7 volte il verificarsi dell'alopecia; da altri studi, che hanno valutato l'efficacia di questo trattamento, è emerso che il raffreddamento del cuoio capelluto previene l'alopecia nel 50% dei casi, contro allo 0% nei casi di non utilizzo. Per il trattamento dell'alopecia, quindi per la ricrescita dei capelli, se ne è verificato un notevole incremento dopo l'applicazione di schiume contenenti Minoxidil 5%, applicate una volta al giorno per 24 settimane.

Inoltre, dal seguente elaborato è emersa l'importanza del rapporto che si instaura tra il paziente oncologico e l'infermiere.

Conclusioni

Lo scopo finale del seguente studio è quello di migliorare la vita e l'esperienza dei pazienti che devono sottoporri a chemioterapia, individuando il miglior trattamento

esistente per prevenire l'alopecia indotta da chemioterapia; valutando quale sia lo strumento migliore per velocizzare la ricrescita dei capelli se/quando l'alopecia si verifica; sottolineando l'importanza della relazione tra infermiere e paziente oncologico, cosicché quest'ultimo possa sentirsi sostenuto da una figura competente di riferimento e libero di esprimersi su ogni difficoltà che incontra.

INTRODUZIONE

I capelli sono un'appendice cutanea dalle molteplici funzioni (termoregolazione, protezione). Ogni capello è formato da tre strati (midollo, corteccia e cuticola), essendo il prodotto del follicolo pilifero. La base del follicolo pilifero è costituita dal bulbo pilifero, costituito dalla papilla dermica e dalla matrice pilifera. La papilla dermica controlla il numero di cheratinociti nella matrice, che è ciò che determina la dimensione della fibra capillare.

Dopo essersi formati, i follicoli piliferi subiscono cicli vitali caratterizzati da periodi di crescita (anagen), regressione (catagen) e riposo (telogen) al termine dei quali i capelli cadono (esogeni). L'80-90% dei capelli in un dato momento si trova nel periodo anagen. Durante questo processo, le cellule della matrice mitoticamente attive nel bulbo pilifero si differenziano e si dividono, determinando un tasso di crescita dei capelli di circa 0,35mm al giorno nel caso del cuoio capelluto, per una durata dai 2 ai 6 anni. Dall'1 al 3% è in catagen, la fase di involuzione, dove la crescita si ferma e il follicolo ritorna con programmi di apoptosi. Circa il 5-10% dei follicoli rimanenti si trova in fase telogen, durante la quale tutta l'attività mitotica si ferma e i capelli acquisiscono un aspetto caratteristico della fase, completamente cheratinizzati, pronti a cadere. (Amarillo D, de Boni D, Cuello M. 2022).

OBIETTIVO

L'alopecia indotta da chemioterapia causa stress psicosociale ai pazienti, tra cui cambiamenti negativi della propria immagine corporea, disturbi nelle relazioni sociali, nella sessualità, nell'autostima. La paura e il disagio dovuti alla perdita dei capelli possono portare i pazienti persino a rifiutare un adeguato trattamento chemioterapico. L'obiettivo del presente elaborato è quello di approfondire le strategie di prevenzione e di trattamento riguardanti la perdita dei capelli dovuta ai trattamenti con farmaci chemioterapici e sottolineare l'importanza della relazione infermiere-paziente, così da alleviare l'esperienza e la vita del paziente oncologico durante il periodo di trattamento.

MATERIALI E METODI

Il disegno dello studio del presente elaborato è una revisione narrativa della letteratura.

Sono stati identificati due quesiti di ricerca, tramite la metodologia PICO (Problema, Intervento, Comparazione, Outcome)

Il primo quesito riguarda la prevenzione dell'alopecia indotta da chemioterapia ed è stato individuato secondo la seguente rappresentazione.

- P: pazienti che si sottopongono a chemioterapia.
- I: raffreddamento del cuoio capelluto.
- C: altri trattamenti per la prevenzione dell'alopecia
- O: prevenzione efficace contro l'alopecia indotta da chemioterapia.

Il secondo quesito riguarda l'efficacia di trattamenti che portano ad una rapida ricrescita dei capelli, ed è stato individuato secondo quanto segue.

- P: pazienti con alopecia indotta da chemioterapia
- I: somministrazione di Minoxidil©
- C: altri trattamenti che stimolano la ricrescita dei capelli
- O: effettiva efficacia del trattamento.

Per la ricerca di fonti da consultare, sono state utilizzate, attraverso il portale C.A.D. dell'Università Politecnica delle Marche, banche dati specifiche in ambito medico ed infermieristico: PubMed e CINAHL Database.

Sono state utilizzate diverse parole chiave, le più ricorrenti sono: "chemotherapy-induced alopecia", "oncology nursing", "alopecia treatment".

Per ricerche più specifiche è stato utilizzato l'operatore booleano "and" per associare due parole chiave: "nursing and chemotherapy-induced alopecia", "nursing care and oncology patients".

Non è stata considerata la letteratura grigia.

CAPITOLO 1

INCIDENZA CIA CON CHEMIOTERAPIA

La maggior parte degli agenti presenti nei trattamenti chemioterapici sono farmaci citotossici. La loro funzione è quella di colpire le cellule tumorali in proliferazione ma, non essendo le uniche cellule proliferative dell'organismo, essi colpiscono anche cellule della matrice dei capelli e del midollo osseo, che vengono considerati bersagli non intenzionali. L'uso diffuso di terapie antitumorali sistemiche, le loro numerose combinazioni e la sottostima dei disturbi dei capelli producono rapporti di incidenza misti, ma questi eventi, a vari livelli di gravità, sono frequenti in quasi tutti i tipi di interventi. Si stima che l'incidenza della CIA (chemotherapy-induced alopecia) è di circa il 65% e varia in base ai farmaci specifici e ai diversi regimi. L'alopecia è tipicamente osservata in quasi tutti i pazienti sottoposti a radioterapia per tumori maligni del sistema nervoso centrale trattati con radioterapia con fotoni (radioterapia tradizionale) o radioterapia con protoni, e l'intensità e la velocità aumenterebbero quando la dose supera la soglia. Con le terapie mirate, l'incidenza complessiva calcolata dell'alopecia di tutti i gradi è stata riportata al 15%. Le terapie endocrine (ad esempio anastrozolo, letrozolo, exemestane) sono state correlate all'alopecia in una percentuale fino al 25% e il 2% con immunoterapie nel 30% di coloro che ricevono terapie mirate. Mentre l'alopecia riceve la massima attenzione tra i disturbi dei capelli in ambito oncologico, sono stati segnalati cambiamenti nella struttura dei capelli (diventare ricci o lisci) e nel colore (iper o ipopigmentazione) in circa il 65% dei pazienti durante e dopo chemioterapie citotossiche. In quasi il 100% dei pazienti dopo il trapianto di cellule staminali emopoietiche, l'alopecia completa è attribuita alle chemioterapie citotossiche condizionanti (ad es. busulfan, melfalan, fludarabina). È stata segnalata un'incidenza complessiva di tutti i gradi di alopecia pari all'1-2% con gli inibitori del checkpoint immunitario, compresi i T citotossici -proteina-4 associata ai linfociti (CTLA-4) e i recettori della proteina-1 della morte cellulare programmata (PD-1) e il suo ligando (PD-L1) (Amarillo D, et al. 2022).

1.2 Relazione CIA e trattamenti antitumorali

Chemioterapici.

Ciclofosfamide, con il ~25% (bassa dose) e ~100% (alta dose), somministrato in caso di cancro al seno, leucemia, mieloma multiplo, neuroblastoma, cancro ovarico;

Daunorubicina, con il ~100%, somministrato per tutti i tipi di cancro; Docetaxel, con il ~100%, utilizzato per il cancro al seno, cancro gastrico, cancro della testa e del collo, cancro alla prostata; Doxorubicina, con l'80-100%, infuso in caso di cancro alla tiroide, cancro della mammella, cancro gastrico, della vescica, del polmone, linfomi, neuroblastomi, tumore di Wilms; Etoposide, con il ~55%, somministrato in caso di cancro polmonare a piccole cellule, cancro ai testicoli; Irinotecan, con il ~58%, utilizzato in caso di cancro del colon-retto; Paclitaxel, con il ~100%, somministrato in caso di cancro al seno, ai polmoni, neoplasie ginecologiche, sarcoma di Kaposi; Topotecan, con il 20% (terapia orale) e 49% (terapia iv), somministrato per cancro al polmone a piccole cellule, cancro ovarico, cancro cervicale.

Radioterapie.

Radioterapie con fotoni, con il ~100%, usata per tumori primitivi del sistema nervoso centrale, metastasi cerebrali, tumori della testa e del collo; Radioterapia con protoni, con il 75-100% usata per medulloblastoma, ependimoma, altro sistema nervoso centrale primario (Freites-Martinez A, Shapiro J, Goldfarb S, Nangia J, Jimenez JJ, Paus R, Lacouture ME. 2019).

1.3 Effetti patobiologici

La caduta dei capelli indotta da farmaci chemioterapici è una conseguenza della loro azione tossica diretta sulle cellule del follicolo pilifero che si dividono rapidamente. Recentemente è stato evidenziato che la perdita dei capelli indotta dalla chemioterapia può presentarsi in diversi meccanismi patogenetici. Ci sono prove che evidenziano che il follicolo pilifero può rispondere allo stesso insulto tossico che è in grado di arrestare la mitosi in fase anagen e in fase telogen. Per questo i capelli possono cadere molto velocemente in ciuffi o in modo più graduale.

Una prima caratteristica del follicolo pilifero in fase anagen è la proliferazione cui va incontro il compartimento epiteliale, con le cellule della matrice del bulbo che mostrano la maggiore attività proliferativa nella costruzione del fusto del capello. L'improvvisa cessazione dell'attività mitotica porta all'indebolimento della sezione prossimale, in parte cheratinizzata, del fusto del capello, di conseguenza vi è la caduta dei capelli, solitamente da 1 a 3 settimane dall'inizio del trattamento chemioterapico. Poiché fino al 90% dei capelli del cuoio capelluto si trova nella fase anagen, questo è il luogo più comune di

caduta dei capelli, di conseguenza si ha un'alopecia marcata. Nella maggior parte dei casi, la perdita dei capelli è reversibile e la loro ricrescita si verifica dopo un ritardo di circa 3-6 mesi (Trüeb RM. 2010).

CAPITOLO 2

PREVENZIONE DELLA CIA

2.1 Generalità

Oggi sono presenti in letteratura molteplici metodi per la prevenzione della CIA, essi sono basati su diversi principi fisici e chimici (farmaci). All'interno dei trattamenti fisici troviamo il raffreddamento del cuoio capelluto, questo meccanismo può essere spiegato in due diversi modi: attraverso la vasocostrizione, con conseguente riduzione dell'afflusso ematico ai follicoli piliferi durante l'infusione chemioterapica che causa l'interruzione dell'assorbimento degli agenti citotossici; e riducendo l'attività biochimica, con follicoli piliferi con attività biochimica ridotta si ha una minore probabilità che vengano danneggiati dai chemioterapici. Un altro meccanismo fisico è la compressione del cuoio capelluto attraverso lacci emostatici. Questo metodo prevede l'applicazione di un laccio emostatico gonfiabile che permette di ridurre l'afflusso sanguigno al cuoio capelluto durante il periodo di picco della concentrazione plasmatica dei chemioterapici. Questo può essere applicato come unico metodo preventivo o associato al raffreddamento del cuoio capelluto. Per quanto riguarda l'utilizzo di farmaci per la prevenzione della CIA ci sono ancora diversi studi in atto, ad oggi molti di questi trattamenti sono testati solo su modelli animali. Il calcitriolo agisce sui cheratinociti, arrestando l'avanzamento del ciclo cellulare mediante l'inibizione della sintesi del DNA e inducendo la differenziazione cellulare. Sugli esseri umani non sono ancora stati descritti effetti preventivi evidenti. La melatonina riesce a prevenire la produzione di radicali liberi indotta dalla chemioterapia, che prendono parte nel danneggiamento dei follicoli piliferi (Hyoseung Shin, Seong Jin Jo, Do Hun Kim, Ohsang Kwon, Seung-Kwon Myung, 2014).

2.2 Raffreddamento cuoio capelluto

Il raffreddamento del cuoio capelluto, per prevenire la CIA, è in uso dagli anni '70, il sistema DigniCap è stato il primo trattamento ad essere stato approvato dalla Food and Drugs Administration. Il raffreddamento del cuoio capelluto agisce attraverso due meccanismi principali: riducendo la temperatura del cuoio capelluto (attraverso aria fredda, impacchi di gel, cappucci raffreddati), la vasocostrizione locale diminuisce l'afflusso di farmaci al cuoio capelluto, riducendo così la concentrazione di agenti

chemioterapici nei follicoli piliferi; la bassa temperatura contribuisce a ridurre il metabolismo delle cellule nei follicoli piliferi, rendendoli meno vulnerabili agli effetti antimitotici e antimetabolici dei farmaci chemioterapici. Ad oggi sono disponibili, per i pazienti, diversi sistemi di raffreddamento del cuoio capelluto composti da unità mobili che pompano liquido refrigerante per raffreddare il cuoio capelluto e da un computer che controlla costantemente la temperatura.

I sistemi di raffreddamento DigniCap C3 e DigniCap Delta sono composti da un'unità di raffreddamento mobile che utilizza liquido refrigerante in circolazione. Viene applicata la cuffia sul cuoio capelluto all'inizio del trattamento e rimane indosso fino al termine. Per avere una protezione efficace, il cuoio capelluto deve raggiungere una temperatura sottocutanea inferiore a 22°C, che equivale a 19°C epicutanei. Il raffreddamento del cuoio capelluto inizia circa 30 minuti prima dell'infusione dei chemioterapici, rimane in sede per tutto il trattamento farmacologico e per un tempo prestabilito dopo la conclusione del trattamento. Il tempo di permanenza post-infusione dipende dalla farmacocinetica degli agenti chemioterapici utilizzati e dalle dosi utilizzate, generalmente 60-180 minuti. La cuffia rimane posizionata per altri 5-10 minuti per tornare a temperatura ambiente. Questi sistemi sono gestiti interamente dagli operatori sanitari.

Sono stati riscontrati effetti avversi come la sensazione di freddo, fastidio al collo e alle spalle, mal di testa, dolore al cuoio capelluto, ma solo in modo temporaneo. La compliance dei pazienti è elevata ed è sempre più dimostrata l'efficacia della protezione dalla caduta dei capelli, con tassi di successo tra il 50-70% (Wikramanayake TC, Haberland NI, Akhundlu A, Laboy Nieves A, Miteva M. 2023).

2.2.1 Efficacia

L'efficacia del raffreddamento del cuoio capelluto è stata confermata di recente in uno studio con pazienti con cancro al seno in stadio iniziale che hanno ricevuto almeno quattro cicli di chemioterapia a base di taxani e/o antracicline, in cui il gruppo sperimentale ha utilizzato un dispositivo Paxman per il raffreddamento del cuoio capelluto, ha iniziato l'infusione della chemioterapia 30 minuti prima e mantenuto durante tutta l'infusione e per 90 minuti dopo l'infusione. Nel gruppo con raffreddamento del cuoio capelluto, il successo è stato riportato nel 50,5% delle donne rispetto allo 0% del gruppo di controllo. In una recente revisione sistematica e metanalisi che comprendeva dieci studi, è stato

approvato l'effetto positivo del raffreddamento del cuoio capelluto nel ridurre la CIA nei pazienti con tumori solidi. Sono stati analizzati studi clinici che valutavano l'ipotermia del cuoio capelluto per la prevenzione della CIA, con una riduzione dell'incidenza della CIA da 3,9 a 2,7 volte nei pazienti con raffreddamento del cuoio capelluto. Nella revisione sono stati inclusi 18 studi, con diverse tecniche di raffreddamento del cuoio capelluto, che vanno dalle cuffie di raffreddamento più vecchie e meno complesse alle macchine a controllo digitale. Macchine per il raffreddamento del cuoio capelluto di Paxman e Dignitana sono state approvate dalla Food and Drug Administration (FDA) e sono state incorporate nelle linee guida per i pazienti affetti da cancro al seno (Giselle de Barros Silvia, Kathryn Ciccolini, Aline Donati, Corina van den Hurk, 2020).

2.3 Compressione del cuoio capelluto

L'arteria carotidea esterna permette l'afflusso di sangue al tessuto del cuoio capelluto e può essere bloccata facendo pressione dall'esterno. La compressione del cuoio capelluto con i lacci emostatici è stato uno dei primi metodi proposti per la prevenzione della CIA. L'applicazione di un laccio emostatico gonfiato al di sopra della pressione sanguigna sistolica, induce un'ischemia del cuoio capelluto prima, durante e dopo la somministrazione del trattamento chemioterapico, impedendo così che l'afflusso di sangue, contenente elementi chemioterapici, arrivi ai follicoli piliferi, danneggiandoli (Wikramanayake TC, et al. 2023).

2.4 Fattore di crescita dei cheratinociti (KGF)

Il fattore di crescita dei cheratinociti è un potente mitogeno, cioè regola la differenziazione e la migrazione di diverse cellule epiteliali e le protegge da vari attacchi in situazioni di stress. Il KGF, insieme ad altri fattori di crescita, viene somministrato attraverso iniezioni intradermiche nel cuoio capelluto, una volta ogni tre settimane per un totale di 8 sessioni. Queste iniezioni hanno ridotto significativamente la caduta dei capelli, un aumento dei peli terminali e del diametro dell'albero. In una coltura di follicoli piliferi del cuoio capelluto, un pretrattamento con KGF ha inibito in modo significativo l'apoptosi e la distrofia del follicolo (Wikramanayake TC, et al. 2023).

CAPITOLO 3

TRATTAMENTO DELLA CIA

3.1 Minoxidil©

È stato dimostrato che il minoxidil topico al permette un recupero precoce della CIA in pazienti con cancro ginecologico in terapia con ciclofosfamide, doxorubicina e cisplatino, e in pazienti con cancro al seno che sono sottoposte a chemioterapia adiuvante. Il Minoxidil è un farmaco approvato da Health Canada e dalla FDA statunitense per la caduta dei capelli negli uomini e nelle donne. Recentemente sono stati condotti studi su una schiuma di minoxidil al 5%; il trattamento studiato prevedeva l'applicazione della schiuma una volta al giorno per 24 settimane in due gruppi di pazienti, un gruppo utilizzava la schiuma con il farmaco, l'altro una schiuma veicolo. I pazienti utilizzando la schiuma al minoxidil 5% hanno riferito una significativa copertura del cuoio capelluto rispetto ai pazienti utilizzando la schiuma veicolo (Gupta AK, Foley KA. 2014).

3.2 Calcitriolo topico

La vitamina D viene in parte sintetizzata nei cheratinociti in presenza di radiazioni ultraviolette B e in parte assunta con la dieta; svolge un ruolo importante per le proprietà antinfiammatorie e immunomodulanti, inoltre regola la differenziazione e la proliferazione dei cheratinociti. Si ritiene che la vitamina D stimoli, inoltre, la crescita dei capelli l'inizio dell'anagen; infatti, la sua carenza è stata strettamente collegata a vari tipi di alopecia (Wikramanayake TC, et al. 2023).

3.3 Terapia laser a basso livello

La terapia laser a basso livello (LLLT) stimola l'attività cellulare e viene per questo utilizzata nella rigenerazione dei nervi, nella guarigione delle ferite e nella ricrescita di peli e capelli. La LLLT viene suggerita come modalità di trattamento per promuovere la ricrescita dei capelli nell'alopecia indotta da chemioterapia; effettuata tramite un pettine laser è stata approvata dall'FDA per trattare la caduta dei capelli. Si è verificato che la fototerapia laser stimoli i follicoli peliferi che si trovano in fase talogen, a rientrare nella fase di anagen, ne prolunghi quest'ultima fase, aumenti i tassi di proliferazione dei follicoli e prevenga la prematura fase di catagen. Questa terapia può alterare il

metabolismo cellulare agendo sui mitocondri, attivando una serie di reazioni chimiche interne alla cellula che avviano la sintesi proteica, portando l'alterazione dei fattori di crescita, l'aumento di ossigenazione dei tessuti e la maggior proliferazione dei follicoli (Avcı P, Gupta GK, Clark J, Wikonkal N, Hamblin MR. 2014).

CAPITOLO 4

L'INFERMIERISTICA

I pazienti con tumore maligno, devono sottoporsi a diversi trattamenti, come interventi chirurgici e terapie (chemioterapie e/o radioterapie), che nella maggior parte dei casi hanno effetti collaterali difficili da sopportare. L'assistenza infermieristica si trasforma così da un semplice modello biologico ad un modello olistico, psicologico e sociale. L'assistenza psicologica è divenuta una parte importante dell'assistenza infermieristica, infatti la ricerca ha dimostrato la diminuzione di ansia, depressione e disagio dei pazienti, grazie alla psicoterapia (Wang H, Gao X, Chen N. 2022).

4.1 Scala della qualità della vita dell'alopecia indotta da chemioterapia

Per avere una visione più completa sulle preoccupazioni del paziente, si va ad indagare l'impatto della percezione dell'alopecia indotta da chemioterapia sulla vita psicosociale utilizzando la "scala della qualità della vita dell'alopecia indotta da chemioterapia" (CIAQLS). Attraverso questo strumento si sottopongono al paziente 19 affermazioni, alle quali dovrà rispondere con 5 possibili risposte, 1 totalmente d'accordo; 2 d'accordo; 3 indeciso; 4 non sono d'accordo; 5 fortemente in disaccordo. I punteggi bassi indicano un peggioramento della qualità della vita del paziente. Il maggior punteggio ottenibile dalla scala è 95 mentre quello inferiore è 19. Questa scala è formata da tre sottoinsiemi che indagano rispettivamente su: "Dimensioni delle riflessioni sulla vita in generale", ossia affermazioni sugli effetti negativi dell'alopecia sulla vita in generale; "Dimensione delle riflessioni negative sul mondo interiore", ossia affermazioni sugli effetti negativi interiori del paziente causati dall'alopecia; "Dimensione delle idee positive", ossia espressioni positive, come ad esempio "la caduta dei capelli non mi impedisce di raggiungere i miei obiettivi"(Özusağlam E, Can G. 2021).

4.1.1 Scala di distress dell'alopecia indotta dalla chemioterapia

La scala di distress dell'alopecia indotta da chemioterapia (CADS) è valida e predittiva della presenza di disagio nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia; valuta aree sensibili come quella dell'alopecia e può essere utilizzata da medici e infermieri. La CADS è composta da 25 item divisi in 5 domini: salute fisica, salute emotiva, attività quotidiane, relazione e trattamento; ad ognuno dei 25 quesiti sono possibili 4 risposte,

che valutano il grado di disagio del paziente: 1. Per niente, 2. Un po', 3. Abbastanza, 4. Moltissimo. Il massimo punteggio raggiungibile è di 100, mentre quello minimo è di 25; più il punteggio è alto, maggiore è l'angoscia del paziente nei confronti della CIA. L'utilizzo della scala di distress dell'alopecia indotta da chemioterapia è utile per valutare lo stato psicologico del paziente e sviluppare strategie di coping più idonee per lo stesso; inoltre, i punteggi ottenuti da questa scala, si è visto, non essere influenzati dalla frequenza o dal numero di cicli di terapia previsti, difatti i pazienti con rischio CIA mostrano gravi punteggi CADS ancor prima che l'alopecia si verifichi (Jagadish P, Rane V, Bhargava P, Ostwal V. 2023).

4.2 O.N.S. (Oncology Nursing Society)

La navigazione in oncologia ha aumentato i benefici per pazienti a rischio o con diagnosi di cancro, con l'obiettivo principale di ridurre la morbilità e la mortalità, abbattendo barriere di accesso alle cure contro il cancro, cure di origine psicologiche, finanziarie, logistiche, etc. L'ONS definisce l'infermiere navigatore oncologico (ONN) come "un infermiere professionale con conoscenze cliniche specifiche per l'oncologia che offre assistenza personalizzata a pazienti, famiglie e operatori sanitari per aiutare a superare le barriere del sistema sanitario. Utilizzando il processo infermieristico, un infermiere navigatore oncologico fornisce formazione e risorse per facilitare il processo decisionale informato e l'accesso tempestivo a cure sanitarie e psicosociali di qualità in tutte le fasi del continuum del cancro". Gli ONN hanno le conoscenze e le competenze per mettere in atto un'assistenza olistica di qualità, prendendo così in considerazione tutte le necessità del paziente oncologico come formazione generale, supporto decisionale, gestione di sintomi ed eventi avversi (Oncol Nurs Forum. 2018).

4.3 Relazione infermiere-paziente

Alla base dell'assistenza psicologica abbiamo diversi modelli da poter mettere in atto come "buon rapporto infermiere-paziente" cioè stabilire un buon rapporto con i pazienti, comprendere i loro bisogni psicologici e i cambiamenti emotivi, riservando parole e atteggiamenti positivi, così da eliminare le loro preoccupazioni e altri fattori psicologici negativi; "rafforzamento della fiducia", attraverso la spiegazione delle conoscenze dei tumori maligni e la promozione della fiducia del paziente nella lotta contro la malattia;

“consulenza psicologica mirata”, con un reparto confortevole, ordinato e con una leggera musica rilassante si è notata una diminuzione dell’ansia nei pazienti. Gli infermieri vi assistono sin dal ricovero, prendono precauzioni per i trattamenti da effettuare, attuano misure per far familiarizzare il paziente con l’ambiente ospedaliero così da ridurre le stranezze il prima possibile, spiegare inoltre le conoscenze rilevanti ai pazienti elimina la loro ansia e paura; “rilassamento psicologico” con il normale addestramento dei pazienti, il loro peso psicologico potrebbe essere alleviato di molto e si potrebbero immaginare emozioni felici nella mente. Anche con la musica si potrebbero avere effetti rilassanti, i muscoli tesi dei pazienti potrebbero rilassarsi, in modo che la capacità immunitaria del corpo possa svolgere il suo ruolo; “sostegno familiare e sociale” cioè aiutare i familiari dei pazienti a mostrare energia positiva di fronte al malato, così che possa sentire il calore della famiglia mantenendo un buono stato psicologico e stabilire la fiducia necessaria per superare la malattia. Incoraggiare i pazienti a prendere parte ad attività benefiche come il canto o la pittura, aiuta ad innescare un atteggiamento ottimista e promuovere quindi la guarigione (Wang H, Gao X, Chen N. 2022).

4.4 Terapia di supporto

La Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) definisce la terapia di supporto come “la prevenzione e la gestione degli effetti avversi del cancro e del suo trattamento. Ciò include la gestione dei sintomi fisici e psicologici e degli effetti collaterali lungo tutto il percorso del cancro, dalla diagnosi al trattamento fino alla cura post-trattamento”. Questa terapia mira a mantenere la qualità della vita e garantire alle persone affette da cancro il massimo beneficio dai trattamenti, è rilevante durante tutta l’esperienza del cancro. Prevede, inoltre, un approccio olistico centrato sulla persona, guidato dalle sue preferenze. La terapia di supporto, occupandosi dell’intera esperienza del cancro, ha necessità di coinvolgere la maggior parte di specialità e servizi clinici; infatti, nei team che attuano questo tipo di terapia, vi sono presenti molte figure professionali, specialisti medici di organi specifici, specialisti del dolore, infermieri, fisioterapisti, dietisti... La terapia di supporto fornisce un gran numero di servizi come la gestione del dolore e di altri sintomi, la gestione di problemi correlati ai trattamenti, come antiemetici per prevenire o alleviare nausea e vomito o profilassi per prevenire la caduta

dei capelli; offre inoltre, supporto psicologico, nutrizionale (Scotté F, Taylor A, Davies A. 2023).

4.5 Ruolo dell'infermiere

Nei pazienti affetti da cancro, che devono sottoporsi a chemioterapia, si riscontrano sia reazioni psicosociali “standard” che reazioni diversificate. Per questo si analizzano le diverse fasi psicologiche che attraversa il paziente e si attua un’assistenza infermieristica più mirata. La prima fase che ogni paziente affronta è la spiegazione, da parte del medico, della chemioterapia ed i suoi effetti avversi; qui si possono verificare due situazioni: la visione positiva dell’alopecia in quanto effetto avverso di una cura salvavita o la consapevolezza della necessità della terapia, ma mostrare reazioni negative riguardanti la perdita dei capelli. La seconda fase inizia con l’effettiva perdita dei capelli e persiste durante tutto il periodo di trattamento, in cui il paziente concretizza qualcosa di finora solo immaginato, mostrando reazioni per lo più negative. Degli infermieri hanno provato ad intervenire, fornendo loro le informazioni di base sulla chemioterapia, osservando una riduzione dello shock da parte del paziente. Possiamo constatare quindi che gli infermieri, dopo il colloquio dei pazienti con il medico, verificando le loro reazioni, ascoltando i loro pensieri dolorosi ed accettandoli, contribuiscono ad alleviare paure e reazioni negative. Inoltre, gli infermieri dovrebbero osservare attentamente il malato anche quando i suoi capelli sono caduti completamente, per valutare la sua reazione se ancora “positiva”, considerato l’evento come conseguenza della terapia salvavita a cui è sottoposto.

Gli infermieri possono facilmente credere che l’alopecia indotta da chemioterapia scomparirà rapidamente una volta sospeso il trattamento, ma devono considerare che alcuni pazienti darebbero la vita per sospendere le cure mediche. Quindi un’attenta osservazione da parte degli infermieri, alle reazioni dei pazienti, è legata alla qualità del sostegno che i pazienti ricevono durante tutta la durata del trattamento (Ishida K, Ishida J, Kiyoko K. 2015).

CAPITOLO 5

PROCESSO DI NURSING

Nelle unità oncologiche, il processo infermieristico è molto importante, poiché l'elevata presenza di effetti collaterali fisici e psicologici compromettono la qualità della vita dei pazienti. Questo è dovuto soprattutto al trattamento chemioterapico, che comporta effetti tossici come alopecia, affaticamento, vomito e diarrea. Pertanto, gli infermieri hanno un'enorme responsabilità nella pianificazione dell'assistenza infermieristica oncologica, specialmente riguardo al processo decisionale e alla risoluzione di problemi identificate in fase di diagnosi (Jomar RT, Gomes RAF, Leite DC, Gomes HF, Peres EM, Junior EFP, 2017).

Il processo di nursing è uno strumento sistematico per l'erogazione del piano assistenziale infermieristico e riguarda tutti gli ambiti in cui opera l'assistenza infermieristica. La scrittura accurata del piano assistenziale risalta il contributo dell'infermiere ai benefici del paziente e la sua professionalità. Per redigere un piano assistenziale si utilizza una terminologia standardizzata così da guidare le decisioni, universalizzare la documentazione infermieristica e migliorare la comunicazione sulla salute del paziente. Dagli anni '70 si sono sviluppati sistemi di classificazione universali divisi in tre categorie: diagnosi infermieristiche, che utilizzano la tassonomia NANDA; interventi infermieristici, classificati come NIC; obiettivi da raggiungere, classificati come NOC. Le diagnosi infermieristiche permettono di individuare gli aspetti in cui il paziente ha bisogno di aiuto, gli interventi infermieristici comprendono le azioni messe in atto dagli infermieri, gli obiettivi da raggiungere sono un modo per valutare la risposta del paziente dopo gli interventi messi in atto. L'utilizzo di NANDA, NIC e NOC contribuisce a supportare il processo di nursing e l'applicazione del piano di cura, inoltre garantisce uno standard nella pratica infermieristica (Othman EH, Alost MR, Alshraideh JA, Al Muhaisen S. 2021).

5.1 Diagnosi infermieristiche

Gli infermieri che lavorano in servizi oncologici forniscono assistenza basata sui bisogni di ogni singolo paziente, utilizzando le diagnosi infermieristiche come strumento del processo infermieristico, che permette loro di scegliere gli interventi più opportuni al fine di migliorare la risposta del paziente.

Le diagnosi infermieristiche in ambito oncologico sono rivolte ad ogni aspetto della vita del paziente, indagano quindi su aspetti fisici come la nutrizione, l'eliminazione, l'attività, il riposo, etc, e su aspetti emotivi come la percezione di sé, la sessualità, il coping e tolleranza allo stress. Le diagnosi infermieristiche inerenti al disturbo dell'immagine corporea sono presenti in tutti i modelli presi in considerazione, poiché l'insorgenza di questa diagnosi è dovuta soprattutto all' alopecia, effetto collaterale maggiormente presente durante il trattamento chemioterapico (Jomar RT, et al. 2017).

5.1.1 Diagnosi infermieristiche maggiormente utilizzate in pazienti oncologici affetti da alopecia

Dominio	Diagnosi
5. Percezione/cognizione	-Disponibilità per una comunicazione avanzata
6. percezione di sé	-Disperazione -Bassa autostima situazionale - Rischio di bassa autostima situazionale - Immagine corporea disturbata
7. Relazioni di ruolo	- Interazione sociale compromessa
9. Coping/tolleranza allo stress	- Ansia - Paura - Resilienza compromessa
12. Comfort	- Comfort ridotto - Isolamento sociale

(Jomar RT, et al. 2017)

5.2 Interventi infermieristici (NIC)

La classificazione dei NIC permette di determinare e denominare le azioni messe in atto per preservare e migliorare la salute del paziente; inoltre identifica gli interventi attuati dagli infermieri, in modo indipendente, derivanti dalle diagnosi infermieristiche stabilite (Kocaçal E, Karadağ E. 2020).

La maggior parte degli interventi infermieristici vengono classificati come “insegnamento, orientamento e consulenza”, con azioni di supporto e fornitura di

informazioni e materiali per l'educazione sanitaria, con azioni per la cura di sé e mirate alla formazione dei pazienti per le strategie di coping. Altri interventi vengono racchiusi in "trattamenti e procedure", effettuando l'esame clinico, gestendo i sintomi e mettendo in atto le azioni mirate a prevenire, diminuire o alleviare segni e sintomi dovuti alla malattia e/o al trattamento chemioterapico. Altri interventi riguardano la "sorveglianza" e corrispondono al monitoraggio generale del paziente, ossia nella sfera fisica e in quella psicologica. Gli interventi di sorveglianza si possono addirittura effettuare per via telefonica quando necessario (Witzke T, Stojanov A, Ristau J, Berger-Höger B, Lindhardt CL, Balzer K, Rahn AC. 2023).

Gli interventi infermieristici principali riguardano:

1. La famiglia. È fondamentale coinvolgere ed educare la famiglia del paziente, poiché anch'essa avrà ansie simili a quelle del paziente. Inoltre, essa svolge un ruolo molto importante di sostegno per il paziente e di aumento della sua autostima.
2. Coinvolgimento del paziente. Se il paziente riceve informazioni sul cambiamento del suo corpo, come la totale perdita dei capelli, avrà la possibilità di fare le proprie scelte. Di conseguenza sarà più propenso ad accettare il cambiamento estetico imminente.
3. Reti di supporto. Per reti di supporto si intendono i social media del paziente, infermieri specializzati, gruppi di supporto. I soggetti con forti relazioni di supporto sviluppano una maggior capacità di affrontare situazioni di stress, inoltre un supporto sociale protegge il paziente da conseguenze psicologiche e fisiologiche negative, dovute alla propria malattia. Gli infermieri dovrebbero quindi valutare il bisogno di supporto che ogni paziente necessita.
4. Competenze. Gli infermieri necessitano di specifiche competenze per prendersi cura di pazienti con "disturbo dell'immagine corporea" come: buone relazioni interpersonali, empatia, tatto e fiducia.

Per buone relazioni interpersonali si intendono capacità di controllo del comportamento verbale e non verbale; infatti, i pazienti spesso percepiscono lo stato d'animo degli infermieri dal tono della voce, dalle espressioni facciali.

L'empatia è una qualità necessaria a tutti gli infermieri. L'infermiere dovrebbe essere in grado di empatizzare con il paziente e con i suoi sentimenti in modo positivo ed

accettante, abbandonando quindi il pensiero giudicante. Il tatto rientra tra i bisogni umani fondamentali; in ambito ospedaliero, fa sentire al paziente di essere apprezzato. La sensazione del tatto aiuta a ridefinire il corpo, trasmette rispetto e amore, e permette di accrescere autostima e sicurezza. Coinvolgere la famiglia del paziente in questo aspetto, permette la continuità della vita reale e soddisfa il bisogno della famiglia stessa di dimostrare attenzione al paziente.

La fiducia porta alla cooperazione. Se l'infermiere riesce ad ottenere la fiducia del paziente, egli si mostrerà onesto, non solo con l'infermiere stesso, ma anche con altre figure professionali che gli ruotano intorno. La fiducia è un elemento fondamentale se si vuole instaurare un rapporto autentico di aiuto con il paziente (MacGinley KJ. 2020).

5.3 Obiettivi infermieristici (NOC)

La terminologia standardizzata dei risultati permette, agli infermieri e ad altri operatori sanitari, di valutare i cambiamenti di salute fisica e mentale nei pazienti, e quindi di misurare l'efficacia dei loro interventi. L'esistenza dei NOC permette infatti, agli infermieri di valutare il progresso dei pazienti attraverso la documentazione infermieristica dei risultati basati sull'assistenza infermieristica. A rispondere agli interventi infermieristici, non sono soltanto i pazienti affetti da cancro, ma anche la loro famiglia, il caregiver, la comunità. Tutti gli operatori sanitari utilizzano la valutazione dei risultati, ma gli infermieri che lavorano in aree di specializzazione ne identificano alcuni di più importanti per la loro area di pratica avanzata, come l'area del cancro, della comunità, etc.

La scelta dei risultati per ogni paziente è un passo importante nel processo infermieristico. Per individuare l'obiettivo giusto da raggiungere si utilizzano fattori selezionati, che possono essere: il tipo di problema di salute, le diagnosi infermieristiche individuate, le caratteristiche e le risorse disponibili del paziente. Un altro fattore importante da prendere in considerazione, da parte degli infermieri, è la priorità dei problemi identificati soprattutto in pazienti con malattie gravi come il cancro, poiché questi pazienti scelgono metodi di trattamento complessi e possono riferire maggiori preoccupazioni per alcuni effetti avversi rispetto ad altri. Una volta che infermiere e paziente hanno identificato i problemi di salute più importanti, vengono identificati i risultati e gli obiettivi da raggiungere.

Gli obiettivi individuati dalla tassonomia sono molteplici e riguardano ogni minimo aspetto del paziente (Moorhead, Sue, Elizabeth Swanson, Marion Johnson 2023).

5.3.1 Obiettivi potenziali per pazienti oncologici affetti da alopecia

Titolo	Codice
Autocontrollo dell'ansia	120
Stato di comfort	199
Coping	255
Autostima	619
Livello di ansia sociale	691
Identità sociale	692
Livello di stress	697

(Moorhead, et al. 2023)

CAPITOLO 6

LA COMUNICAZIONE

La comunicazione tra infermiere e paziente non è solo lo scambio di informazioni ma riguarda la discussione di diversi argomenti, come il trattamento e la prognosi; l'incoraggiamento a condividere sentimenti e paure riguardo la malattia; l'aiuto al paziente e alla famiglia per trovare un senso di controllo e un significato della vita. Si è visto che infermieri con forti capacità comunicative riescano ad influenzare positivamente la soddisfazione dei pazienti oncologici, migliorandone le esperienze ed il benessere personale. L'assistenza infermieristica oncologica richiede grande attenzione alla comunicazione, poiché si prende cura sia del paziente che della famiglia e gestisce molti aspetti nei diversi contesti assistenziali.

Tuttavia, si sono identificati diversi ostacoli per raggiungere una comunicazione efficace da parte degli infermieri oncologici, tra cui scarsa comunicazione con alti membri del team, mancanza di competenze per effettuare un'assistenza empatica e aspettative diverse tra il personale clinico (Wittenberg E, Reb A, Kanter E. 2018).

6.1 C.O.M.F.O.R.T.

Data la frequenza di interazione tra infermieri oncologici, pazienti e loro famiglie, è importante che gli infermieri possiedano forti capacità di comunicazione ed abbiano degli strumenti di supporto. COMFORT è un acronimo che racchiude i sette aspetti della comunicazione, basato su osservazioni cliniche di prognosi in pazienti morenti, riunioni del team di cure palliative, un'ampia ricerca su pazienti e famiglie al momento della diagnosi fino al lutto. COMFORT sta per C- Comunicazione, O- Orientamento/opzioni, M- Comunicazione Consapevole, F- Famiglia, O – Apertura (Open), R- Relazione, T- Team.

Con “comunicazione” si comprende la storia del paziente e si riconosce le pratiche relazionali; con “orientamento e opzioni” si va a misurare i livelli di alfabetizzazione sanitaria e a comprendere l'umiltà culturale; con “comunicazione consapevole” ci si impegna nell'ascolto attivo, si comprende la comunicazione non verbale e si è consapevoli dei bisogni di sé; con “famiglia” si osservano i modelli di comunicazione familiare, si riconoscono i modelli di comunicazione del caregiver e si risponde ai diversi bisogni dei caregiver familiari; con “apertura” si identificano i punti cruciali

nell'assistenza al paziente e alla famiglia, e si trova un terreno comune per essi; con "relazione" si realizzano i diversi obiettivi per pazienti e famiglie e si collega l'assistenza agli ambiti della qualità della vita; con "team" si sviluppano processi di squadra, si coltivano strutture di squadra e si evidenzia una collaborazione di successo dalla coesione del gruppo (Wittenberg E, et al. 2018).

6.1.1 C - Comunicazione

Importante per fornire un'assistenza olistica e focalizzata sulla qualità della vita del paziente, la comunicazione infermieristica dovrebbe riguardare l'intera esperienza di vita del paziente e della famiglia, per inserirla poi nella comunicazione sul cancro. La pratica narrativa clinica consiste nell'ascoltare le storie di vita dei pazienti onorando la loro esperienza vissuta. Lo storytelling è un'interazione umana che permette, attraverso il racconto della malattia, di percepire come viene definita la salute, la gestione dei sintomi e preoccupazioni e come viene valutata l'assistenza infermieristica. La pratica narrativa clinica, inoltre, facilita l'infermiere nel personalizzare la comunicazione per aiutare ogni paziente a prendere il controllo sulla sua malattia. Partendo dalle storie raccontate dal paziente, gli infermieri possono considerare tutte le dimensioni della qualità della vita, creare soluzioni e valutare speranze per il futuro (Wittenberg E, et al. 2018).

6.1.2 O - Orientamento e opzioni

Gli infermieri oncologici fanno da mediatori tra il linguaggio della medicina e quello della vita quotidiana; aiutano i pazienti a comprendere la salute, traducendo le parole mediche specifiche utilizzando metafore e aggettivi. Comunicando sul cancro, è bene che gli infermieri facciano comprendere al paziente lo stadio del cancro, fornendo il quadro generale di una diagnosi (orientamento) e spiegando il percorso della malattia (opzioni). Le conversazioni tra infermiere e paziente dovrebbero rispettare l'alfabetizzazione del paziente stesso e della famiglia, l'utilizzo di parole quotidiane permette loro di definire salute e malattia; la malattia viene definita in relazione al lavoro, ai bisogni, alle relazioni sociali. Termini medici, acronimi, gergo, sono estranei al paziente e disorientanti per lui e per la famiglia; per questo è fondamentale il ruolo da mediatore dell'infermiere che traduce i termini specifici, risponde alle domande sulla diagnosi e spiega il trattamento e gli effetti collaterali (Wittenberg E, et al. 2018).

6.1.3 M - Comunicazione consapevole

La comunicazione consapevole consiste nel ridurre il dialogo interiore e nell' evitare i giudizi sul paziente e sulla sua famiglia. L'infermiere può affrontare il momento di eloquio con paziente e famiglia evitando di utilizzare copioni predefiniti e concentrarsi, invece, nell'automonitoraggio dell'esperienza interiore. Molti infermieri, all'inizio della loro carriera, sono determinati ad effettuare una comunicazione efficace, ma possono sentirsi affaticati dalla compassione e dai compiti clinici impegnativi che devono affrontare. Infatti, l'esperienza interiore dell'assistenza infermieristica implica l'essere consapevoli del costo dell'assistenza, che può consumare nel tempo le pratiche di comunicazione consapevole (Wittenberg E, et al. 2018).

6.1.4 R - Relazione

Relazionarsi con pazienti e familiari, significa assicurarsi che abbiano compreso la malattia e il suo decorso, e rendersi disponibili nel momento in cui il paziente si trova ad affrontare il cambiamento dovuto alla malattia stessa. La relazione con pazienti e familiari si basa sulla conoscenza dei diversi obiettivi che possono esistere quando si parla di incertezza e sul significato di speranza per il paziente. Esistono diversi obiettivi poiché il compito e la comunicazione relazionale influenzano il modo in cui vengono recepite e interpretate le parole dell'infermiere. Infatti, la comunicazione del compito riguarda il contenuto del messaggio, mentre la comunicazione relazionale comprende l'aspetto non verbale del dialogo. Questa tecnica comunicativa si basa sulla teoria che ogni messaggio, verbale o non verbale, esprime sia contenuto che relazione. Relazionarsi con il paziente e la sua famiglia pone le basi per costruire un rapporto stabile e di fiducia (Wittenberg E, et al. 2018).

6.2 Atti pratici

I pazienti oncologici necessitano una buona comunicazione con gli operatori sanitari. Per questo gli infermieri dovrebbero improntare una comunicazione personale e significativa, utilizzando il contatto visivo e basata sul dialogo. Il trattamento chemioterapico richiede informazioni sul trattamento in sé e sugli effetti avversi; gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel comunicare questo tipo di informazioni, poiché esse hanno una grande

importanza per la capacità di affrontare la malattia, la vita quotidiana e il trattamento, permettendo al paziente di avere il controllo e riducendo, di conseguenza, ansia e paura. Altro aspetto rilevante nella relazione con i pazienti oncologici è la dimostrazione di interesse nei loro confronti, incoraggiandoli a parlare di questioni importanti per loro, dedicare loro tempo, facendoli sentire la priorità del momento, considerarli dei partner competenti coinvolgendoli nelle decisioni di trattamento (Prip A, Møller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen MH, Danielsen AK. 2018).

6.3 Dichiarazioni dei pazienti

Valutando studi riguardanti la comunicazione tra pazienti oncologici ed operatori sanitari è emerso che: la relazione tra infermiere e paziente ha grande impatto sulla soddisfazione delle cure; è importante per il paziente per la capacità di far fronte alla propria malattia; gli infermieri infondono speranza e positività nei pazienti. Molti pazienti hanno riferito che la loro relazione e interazione con gli operatori sanitari era associata al grado di soddisfazione delle cure. Gli aspetti della comunicazione con l'infermiere, maggiormente apprezzati dai pazienti, sono: l'essere un buon ascoltatore, avere un atteggiamento compassionevole, essere fiducioso ed avere un atteggiamento premuroso. Il maggior apprezzamento va all'essere chiamato per nome, poiché questo gesto fa sentire il paziente riconosciuto. A conferma di queste affermazioni un paziente ha affermato "È indiscusso che il comportamento, gli incontri di cura e l'incoraggiamento dei medici e degli infermieri possono influenzare il trattamento, è semplice, mi sento meglio e quindi è più facile per il mio corpo fare il suo lavoro, [...]. Sono certo che questi atteggiamenti premurosi contano di più e penso che le cure mediche vengano dopo" (Prip A, et al. 2018).

BIBLIOGRAFIA

- Amarillo D, de Boni D, Cuello M. Chemotherapy, Alopecia, and Scalp Cooling Systems. *Actas Dermosifiliogr.* 2022 Mar;113(3):278-283. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2021.09.003.
- Avci P, Gupta GK, Clark J, Wikonkal N, Hamblin MR. Low-level laser (light) therapy (LLLT) for treatment of hair loss. *Lasers Surg Med.* 2014 Feb;46(2):144-51. doi: 10.1002/lsm.22170
- Freites-Martinez A, Shapiro J, Goldfarb S, Nangia J, Jimenez JJ, Paus R, Lacouture ME. Hair disorders in patients with cancer. *J Am Acad Dermatol.* 2019 May;80(5):1179-1196. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.055.
- Giselle de Barros Silvia, Kathryn Ciccolini, Aline Donati, Corina van den Hurk, set-ott 2020 “scalp cooling to prevent chemotherapi-induced alopecia.
- Gupta AK, Foley KA. 5% Minoxidil: treatment for female pattern hair loss. *Skin Therapy Lett.* 2014 Nov-Dec;19(6):5-7. PMID: 25807073.
- Hyoseung Shin, Seong Jin Jo, Do Hun Kim, Ohsang Kwon, Seung-Kwon Myung. Efficacy of interventions for prevention of chemotherapy-induced alopecia: A systematic review and meta-analysis. 01.aug.2014 <https://doi.org/10.1002/ijc.29115>
- Ishida K, Ishida J, Kiyoko K. Psychosocial reaction patterns to alopecia in female patients with gynecological cancer undergoing chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(3):1225-33. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.3.1225. PMID: 25735360.
- Jagadish P, Rane V, Bhargava P, Ostwal V. Chemotherapy-Induced Alopecia: Can We Measure the Level of Distress in Oncology Patients? (The ALDO Study). *South Asian J Cancer.* 2023 Jul 31;12(4):390-393. doi: 10.1055/s-0043-1771535. PMID: 38130274; PMCID: PMC10733065.)
- Jomar RT, Gomes RAF, Leite DC, Gomes HF, Peres EM, Junior EFP. Nursing diagnoses in adult/elderly patients undergoing outpatient antineoplastic chemotherapy: a review. *Ecancermedicalscience.* 2017 May 3;11:736. doi: 10.3332/ecancer.2017.736.

- Kocaçal E, Karadağ E. Nursing diagnoses and NIC interventions in adult males undergoing radical prostatectomy. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 Mar 16;54:e03541. doi: 10.1590/S1980-220X2018038003541.
- MacGinley KJ. Nursing care of the patient with altered body image. *British Journal of Nursing*. 2020 Jul 08. DOI: 10.12968/bjon.1993.2.22.1098
- Moorhead, Sue, Elizabeth Swanson, and Marion Johnson. *Nursing Outcomes Classification (NOC)-e-book: Measurement of health outcomes*. Elsevier Health Sciences, 2023.
- Oncol Nurs Forum. Role of the Oncology Nurse Navigator Throughout the Cancer Trajectory. 2018 May 1;45(3):283. doi: 10.1188/18.ONF.283
- Othman EH, Alostta MR, Alshraideh JA, Al Muhaisen S. Nursing diagnoses among oncology patients in medical units: a retrospective study of patients' records. *Ecancermedicalscience*. 2021 Nov 4;15:1315. doi: 10.3332/ecancer.2021.1315.
- Özüsağlam E, Can G. The Impact of the Perception of Chemotherapy-Induced Alopecia on Psychosocial Life. *Florence Nightingale J Nurs*. 2021 Oct;29(3):361-370. doi: 10.5152/FNJN.2021.19098.
- Prip A, Møller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen MH, Danielsen AK. The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nurs*. 2018 Sep/Oct;41(5):E11-E22. doi: 10.1097/NCC.0000000000000533
- Scotté F, Taylor A, Davies A. Supportive Care: The "Keystone" of Modern Oncology Practice. *Cancers (Basel)*. 2023 Jul 29;15(15):3860. doi: 10.3390/cancers15153860.
- Trüeb RM. Chemotherapy-induced hair loss. *Skin Therapy Lett*. 2010 Jul-Aug;15(7):5-7. PMID: 20700552
- Wang H, Gao X, Chen N. Psychological Nursing Effect of Patients with Gynecological Malignant Tumor. *Biomed Res Int*. 2022 May 23;2022:1569656. doi: 10.1155/2022/1569656
- Wang H, Gao X, Chen N. Psychological Nursing Effect of Patients with Gynecological Malignant Tumor. *Biomed Res Int*. 2022 May 23;2022:1569656. doi: 10.1155/2022/1569656

- Wikramanayake TC, Haberland NI, Akhundlu A, Laboy Nieves A, Miteva M. Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Alopecia: What Is Available and What Is Coming? *Curr Oncol*. 2023 Mar 25;30(4):3609-3626. doi: 10.3390/curreoncol30040275. PMID: 37185388
- Wittenberg E, Reb A, Kanter E. Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Semin Oncol Nurs*. 2018 Aug;34(3):264-273. doi: 10.1016/j.soncn.2018.06.007.
- Witzke T, Stojanov A, Ristau J, Berger-Höger B, Lindhardt CL, Balzer K, Rahn AC. Specialised nursing tasks in cancer care and their effects. *Pflege*. 2023 Feb;36(1):20-30. doi: 10.1024/1012-5302/a000927