



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL CONNUBIO TRA MENTE E CORPO:
LA GESTIONE NON FARMACOLOGICA
DEL DISTRESS PSICONCOLOGICO**

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:
Melissa Fontana

A.A. 2019/2020

“La vita è per il 10% cosa ti accade e per il 90% come reagisci.”

Charles R. Swindoll

A mia Nonna e Serena, i miei occhi dall'alto;
A mia madre che ha fatto delle sue paure, la sua forza.

INDICE

Introduzione	1
1.QUADRO TEORICO	3
1.1 Patologia neoplastica	3
1.1.1 Incidenza	4
1.1.2 Eziologia.....	4
1.1.3 Sopravvivenza	5
1.2 L’impatto sulla vita e le reazioni psicologiche del paziente	6
2.DISTRESS PSICOLOGICO	10
2.1 Benessere emotivo e Stress.....	10
2.2 Distress e cancro	12
2.3 Valutazione e gestione del distress	14
3.RELAZIONE TERAPEUTICA INFERMIERE – PAZIENTE.....	20
3.1 Rilevanza nella professione infermieristica.....	20
3.2 Relazione d’aiuto e il <i>counseling</i>	21
3.2.1 Le competenze comunicative	24
4. REVISIONE DELLA LETTERATURA	28
4.1 Background	28
4.2 Obiettivo dello studio	30
4.3 Quesito di ricerca.....	31
4.4 Materiali e metodi.....	31
4.5 Risultati della ricerca	32
5. DISCUSSIONI.....	37
6. CONCLUSIONI	42
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	44
RINGRAZIAMENTI	50

INTRODUZIONE

I pazienti oncologici devono affrontare non solo gli effetti collaterali fisici della malattia e del suo trattamento, ma anche il carico psicologico che essa include. Da ciò si evince che la malattia oncologica non consiste solo in sintomi da curare o problemi da accertare, ma ha moltissimo da raccontare sul piano umano, psicologico e sociale. Questo elaborato ha lo scopo di rilevare e analizzare l'efficacia di metodi non farmacologici per ridurre il livello di distress psicologico nei pazienti affetti da cancro, in qualsiasi fase di malattia, di qualsiasi tipo, a qualsiasi stadio; con l'epilogo di trovare orientamenti utili alla pratica infermieristica. Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tema hanno duplice natura. L'interesse nei confronti della gestione del distress psiconcologico nasce da esperienze vissute in ambito familiare che mi hanno messo di fronte alle molteplici difficoltà emotive che la parola cancro porta con sé: ansia della diagnosi, timori del pre-intervento chirurgico, angoscia degli esami di controllo e paura della recidiva. Aspetti che ho ritrovato durante il mio tirocinio clinico presso l'U.O. del Day Hospital Oncologico, dove spesso mi sono sentita inadeguata per la mia poca capacità nel gestire tale situazione. Ragione per cui ho deciso, con autentica e viva necessità, di esplorare quanto emerso dalla letteratura scientifica affinché potessi comprendere il ruolo e il contributo dell'infermiere in questo contesto. Alla base del modello *nursing*, sin dalla *Nightingale*, vi è la visione olistica della persona che caratterizza una valida assistenza infermieristica. L'infermieristica olistica viene pertanto definita come pratica che si concentra sulla guarigione di tutta la persona attraverso l'unità di corpo, mente, emozioni, spirito e ambiente. La mente e il corpo sono entità interconnesse ad influenza circolare sull'asse psiconeuroendocrinoimmunologico (PNEI). Nell'approccio olistico primaria rilevanza hanno le informazioni di tipo qualitativo ottenute dalla relazione e comunicazione con la persona, dalla capacità di attenzione, ascolto e intuizione dell'infermiere in sinergia con l'acquisizione dei dati quantitativi (Burrai, F. et al, 2008). L'assistenza offerta dall'infermiere, che si rapporta con pazienti che scoprono di avere patologie neoplastiche, inizia proprio dal momento in cui arriva la diagnosi, poiché esso si troverà a percorrere le tappe che porteranno ad un trattamento della stessa patologia insieme al paziente, il quale attraverserà diversi stati d'animo che andranno dalla paura alla disperazione, giungendo man mano ad un'accettazione della condizione oppure, nei peggiori dei casi, ad una forma molto brutta di distress psicologico. Ecco, quindi, che la figura dell'infermiere entra in scena subito ed è compito suo attuare tutte le pratiche possibili per evitare il sorgere di

tale condizione nell'assistito, indirizzando lo stato d'animo del paziente verso l'accettazione. L'infermiere è per tanto chiamato a supportare emotivamente il paziente cercando di stargli vicino il più possibile in tanti modi: attraverso l'ascolto, il dialogo e la disponibilità all'aiuto. Tutti ingredienti necessari per garantire al paziente la dignità che ogni essere umano merita fino all'ultimo istante della vita; come anche affermato nel Codice Deontologico (2019) all'articolo 17: *“Nel percorso di cura l’Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l’espressione della sofferenza. L’Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l’interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l’adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili”*. Garantire il benessere psicofisico dei pazienti assistiti, nonostante i mezzi terapeutici e assistenziali a disposizione, risulta impegnativo e difficoltoso. Ad oggi nuove prospettive sono offerte dall'utilizzo delle cure complementari (CAM) introdotte come terapie di supporto, al fine di promuovere con maggior efficacia il benessere psicofisico e migliorare la relazione terapeutica tra l'equipe e il paziente (Opinovaravco.it). La stessa OMS ha redatto un piano strategico di diffusione e regolamentazione per il periodo 2014-2023: *“World Health Organization Traditional Medicine Strategy 2014-2023”*. In Italia, la figura dell'infermiere esperto in CAM non è attualmente molto diffusa seppur vi siano sia Master Universitari di I e II livello condotti da diversi atenei italiani che corsi di formazione per professionisti a cui possono accedere anche gli infermieri. In linea con le direttive dell'OMS e con i risultati delle moderne evidenze scientifiche è auspicabile che anche in Italia si apra finalmente la strada ad una piena integrazione delle CAM integrate all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

CAPITOLO PRIMO

1. QUADRO TEORICO

1.1 Patologia neoplastica

Il termine neoplasia o tumore, come affermato dall'oncologo R.A. Willis, è *“una massa anormale di tessuto che cresce in eccesso e in modo scoordinato rispetto ai tessuti normali, e persiste in questo stato anche dopo la cessazione degli stimoli che ne hanno indotto il processo”*¹. Le cellule neoplastiche sono cellule somatiche, generalmente di origine monoclonale, che hanno subito una serie di mutazioni genetiche e, in seguito a queste, hanno acquisito capacità replicativa incontrollata. I tumori vengono distinti in:

- Benigni: proliferazione circoscritta di cellule morfologicamente e funzionalmente inalterate da quelle originarie, un metabolismo che non interferisce con quello dell'ospite (non causa cachessia); non dà metastasi e non tende a recidivare se viene asportato;
- Maligni o Cancro: proliferazione incontrollata di cellule con atipia morfologica e funzionale rispetto alle corrispondenti normali; queste cellule, attraverso il sistema linfatico e/o il flusso sanguigno, possono migrare in altre parti del corpo dando metastasi. Presentano un metabolismo che interferisce con quello dell'ospite causando cachessia e può dare recidive se asportato.

Si può, inoltre, classificare i tumori in base al tessuto che viene interessato dal processo neoplastico:

- Carcinomi se interessa le cellule epiteliali;
- Sarcomi se interessa il tessuto connettivo;
- Gliomi se interessa le cellule gliali del SNC;
- Linfomi se interessa il tessuto linfatico;
- Leucemie se interessa gli organi emopoietici.

Altro metodo di classificazione è la T.N.M., che ci viene fornita dall' UICC (Unione Internazionale Contro il Cancro) e valuta l'estensione anatomica del tumore:

¹ Cit. in ROBBINS BASIC PATHOLOGY, 8° EDIZIONE, SAUNDERS/ELSEVIER 2007, CAP. 6

T: estensione del tumore primitivo con una scala che va da 1 per i tumori più piccoli a 4 per quelli più grandi

N: estensione del cancro ai linfonodi dove 0 corrisponde a nessun linfonodo coinvolto e 3 a molti linfonodi coinvolti

M: metastasi a distanza e può avere valore 0 se il tumore è rimasto circoscritto alla sua sede primaria o 1 quando si diffonde ad altre parti del corpo.

1.1.1 Incidenza

Si tenga presente che il tumore (o cancro) oggi è la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Complessivamente in Italia vengono effettuate ogni giorno poco più di 1.000 nuove diagnosi di tumore e nel 2020 si stima che verranno diagnosticati circa 377.000 nuovi casi di tumore maligno (dati AIOM, al 01/03/21), esclusi i carcinomi della cute non melanomi, di cui circa 195.000 negli uomini e circa 182.000 nelle donne. Tra le donne il tumore della mammella rimane la neoplasia più frequente con 54.976 nuove diagnosi (il 30.3% di tutti i tumori femminili); mentre per gli uomini prevale il tumore della prostata rappresentando il 18.5% di tutti i tumori diagnosticati. L'incidenza è influenzata, oltre che dal genere, anche dall'età (dati AIOM, al 01/03/21). Negli uomini giovani, il tumore più frequente è rappresentato dal cancro al testicolo, raro negli anziani; negli uomini 50-69enni e negli ultra 70enni il tumore più frequente è quello della prostata. Nelle donne, il cancro della mammella rappresenta la neoplasia più diffusa in tutte le classi di età (41% giovani vs 22% anziane). Il carcinoma mammario, nelle giovani donne, è seguito da quello della tiroide, il melanoma, il carcinoma del colon-retto e della cervice uterina. Nella classe tra i 50-69 anni dopo il tumore della mammella si ha quello del colon-retto, corpo dell'utero, polmone e tiroide; mentre nelle anziane (70+) seguono i tumori del colon-retto, del polmone, del pancreas e dello stomaco (Serraino, D. & Gori, S., 2020).

1.1.2 Eziologia

I fattori di rischio per i tumori maligni sono distinti in cause ambientali e cause genetiche. I fattori ambientali includono tutto ciò che è "esterno" all'ospite quali agenti infettivi, chimici e fisici, alimentazione, stili e ambienti di vita. I fattori di rischio propri dell'ospite includono il suo profilo endocrino-metabolico, il profilo immunologico e le neoplasie ereditarie (Rugge, M. et al., 2020). L'azione oncogena degli agenti ambientali insieme al fattore genetico possono favorire o contrastare la comparsa di un tumore. Nel determinare la comparsa dei diversi tipi di tumore, i fattori ambientali e quelli propri dell'ospite

interagiscono in modo quantitativamente e qualitativamente variabile (Rugge, M. et al., 2020). Ad esempio, le quantità di alcol che comporterà la malattia nell'individuo, come il cancro al fegato, sono diverse per ognuno di noi; ovvero dipendono dalla capacità del nostro organismo di modificare la sua azione aggressiva. Si prenda invece ad esempio una persona con deficit immunitario, questa avrà una probabilità più alta di sviluppare neoplasie rispetto a chi gode di un sistema immunitario efficiente. Come è noto che il rischio di carcinoma polmonare sia più alto per un minatore, mentre un pescatore ha maggior probabilità di sviluppare un tumore alla pelle.

1.1.3 Sopravvivenza

La sopravvivenza è il principale indicatore di esito in campo oncologico poiché permette di valutare l'efficacia del sistema sanitario nei confronti della patologia oncologica e ricavarne elementi utili per lo sviluppo di nuove strategie (Ferretti, S. et al., 2020). Essa è condizionata dalla fase in cui viene diagnosticata la neoplasia e dall'efficacia delle terapie intraprese. Per quanto riguarda il primo aspetto va considerato che l'incidenza non è influenzata solo dal rischio biologico "spontaneo", ma anche dall'intensità con cui vengono ricercate le lesioni neoplastiche. Nella valutazione dell'efficacia delle terapie intraprese vanno tenuti presenti, inoltre, la disponibilità e l'accesso alle terapie più efficaci nel territorio nazionale (Ferretti, S. et al., 2020). Oggi, in Italia, sono circa 3.6 milioni i cittadini vivi dopo la diagnosi di tumore, con un incremento del 37% rispetto a 10 anni fa. Almeno un paziente su quattro (quasi un milione di persone) è tornato ad avere la stessa aspettativa di vita della popolazione generale e può considerarsi guarito (AIOM, Berretta, G., 2021). I tumori al testicolo e il linfoma di Hodgkin hanno un'alta sopravvivenza (diagnosi tempestiva e terapie efficaci), al contrario dei tumori del SNC, del fegato, del polmone e del pancreas. Tale differenza di letalità differisce a causa dello stato avanzato del tumore, ovvero della tempestività con cui si fa la diagnosi. Mentre si hanno miglioramenti in alcuni tumori, come quello alla cervice uterina, grazie agli screening preventivi. Rispetto al 2015, nel 2020 vi è stata una riduzione complessiva dei tassi di mortalità, sia negli uomini (-6%) che nelle donne (-4.2%), risultato ottenuto grazie ai progressi nella diagnosi e nei trattamenti. Nelle donne la sopravvivenza a 5 anni raggiunge il 63%, migliore rispetto a quella degli uomini (54%), in gran parte legata al fatto che nel sesso femminile il tumore più frequente, come sopra riportato, è quello della mammella, caratterizzato da una prognosi migliore rispetto ad altre neoplasie (dati AIOM 2020).

1.2 L'impatto sulla vita e le reazioni psicologiche del paziente

Talune malattie hanno la capacità di minacciare e sconvolgere la vita del malato in maniera globale: biologicamente, socialmente e psicologicamente. Nella malattia oncologica si possono riconoscere tutti e tre gli aspetti sopra esposti (Cei, R & Perconti, G., 2021). Quando viene diagnosticata una malattia potenzialmente letale come il cancro, i pazienti devono confrontarsi con una serie di circostanze angoscianti (Giese-Davis et al., 2012). “Non mi è rimasto molto tempo da vivere” diviene il primo pensiero post diagnosi. Questa idea è spesso dettata più che dalla realtà, dalla paura della morte da sempre associata alla parola cancro; di fatti si può affermare che l'equivalenza “cancro = morte” che il paziente elabora nella sua mente è, molto spesso, errata. Non tutti i tumori hanno la stessa prognosi, essa dipende da molti fattori: tipo di tumore, stadio (TNM), grado di malignità; rimane, però, una patologia che scatena diversi interrogativi riguardanti il presente e soprattutto il futuro. Essa rappresenta, sia per il paziente che per la famiglia, un fulmine a ciel sereno, una prova esistenziale sconvolgente. Non sempre l'individuo riesce, utilizzando le capacità di resilienza e coping, ad affrontare tale sfida finendo per venire sovrastato da tutto ciò. *“L'importanza è data da dove la persona colloca il nucleo della sofferenza che spesso erroneamente si pensa sia legato al timore della morte ma quanto invece le conseguenze della stessa nel suo mondo interno ed esterno; questo accade anche se l'ipotesi mortifera è solo immaginaria”*². Sicuramente uno dei livelli più colpito e più visibile è quello fisico. Ciò può provocare una crisi nel paziente con possibilità di sfociare in una fase di shock o in una fase di reazione. La fase di shock è immediatamente successiva alla diagnosi ed è proprio qui che il paziente mette in atto i primi meccanismi di difesa come la negazione; nella fase di reazione la realtà s'impone attraverso le procedure mediche, i trattamenti, i sintomi e l'alterazione dell'immagine corporea. Il secondo livello di impatto è quello esistenziale che riguarda i ruoli, il futuro e le aspettative della persona dinanzi alla malattia. Il soggetto va incontro a un senso di inutilità e frustrazione poiché vi è un cambio di condizione: da “accudire” ad “essere accudito”. Un altro livello di impatto è quello relazionale basato quindi sui rapporti di coppia, di amicizia e all'interno di tutto il nucleo familiare. Spesso la via di fuga è la scelta più facile per chi siede vicino al malato; diviene quindi necessario comprendere quanto il cancro sia altamente contagioso a livello emotivo e che non tutti sono in grado di restare nella relazione una volta che il tumore è diventato così “vicino di

² Corso di Alta Formazione “Psicologia Oncologica, delle Patologie Organiche Gravi e Palliazione”, 2016

casa". Ultimo, ma non per importanza, vi è il livello economico che viene messo a repentaglio dalla possibile urgenza di effettuare esami e quindi rivolgersi a strutture private piuttosto che pubbliche; o ancora quando la malattia costringe ad un'aspettativa dal lavoro. Come accennato precedentemente, sono stati identificati cinque meccanismi di difesa che l'essere umano mette in atto quando entra in contatto con patologie potenzialmente letali:

- 1- Rifiuto e Isolamento: la prima reazione è quella di shock, seguita da incredulità una volta svanito il senso di torpore. Il rifiuto dopo un'improvvisa notizia altamente stressante ha lo scopo di fungere da paracolpi;
- 2- Rabbia: essa è proiettata in maniera indistinta su di sé e sull'ambiente. Rappresenta sia il momento di massima richiesta di aiuto, ma anche il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé;
- 3- Patteggiamento: il paziente inizia a verificare cosa è in grado di fare iniziando una specie di negoziato con la speranza che può far emergere il perché è necessario andare avanti;
- 4- Depressione: in questa fase il paziente inizia a prendere atto delle perdite che sta subendo o che sta per subire, e solitamente si manifesta quando la malattia progredisce ed il livello di sofferenza aumenta. È caratterizzata da due tipi di depressione: quella reattiva e quella preparatoria; la prima consegue la presa di coscienza di quanti aspetti sono andati persi, mentre, al contrario la seconda ha un aspetto anticipatorio rispetto alle perdite che si stanno per subire;
- 5- Accettazione: la rabbia e la depressione sono presenti in moderato rilievo; inoltre è importante sia il sostegno al paziente che alla famiglia.

Quest'ultima fase, anche definita la pace con la malattia, è un fattore che può svolgere un ruolo importante nella riduzione delle alterazioni emotive dei pazienti. Essa viene concettualizzata in più modi: inizialmente venne definita come un processo di variazione di valore in cui il paziente accetta le perdite legate alla malattia pur mantenendo un senso di autostima (Wright, 1983). Successivamente, l'accettazione è stata indicata come la volontà di essere presenti con i propri pensieri, sentimenti e sensazione corporee senza giudicare o fare inutili tentativi di controllarle (Hayes, Jacobson, Follette e Dougher, 1994). Allo stesso modo, McCracken ed Eccleston (2003) l'hanno descritta come un modo realistico di convivere con la malattia; ovvero un paziente che accetta non giudica, evita o nega la malattia, ma prosegue l'impegno che ha nei confronti delle attività quotidiane per quanto possibile. L'accettazione differisce dal fatalismo. Quest'ultimo è

una modalità di reagire agli avvenimenti in cui la persona vive alla giornata concependo che i successi e gli insuccessi siano indipendenti dalla propria diretta volontà e attività, ma che vi sia un disegno di vita già impostato al quale non si possa sfuggire. Greer (1992), oltre al fatalismo, individua altre modalità di risposta agli eventi stressanti che maggiormente vengono attuati dalle persone le quali devono affrontare un percorso di malattia oncologico. Uno di questi è lo spirito combattivo in cui l'individuo crede nelle proprie capacità di migliorare la situazione di disagio che sta vivendo e quindi di poterla ottimizzare attraverso l'impegno e il giusto atteggiamento. L'idea principale è legata alla collaborazione con i professionisti per aumentare il proprio benessere e diminuire il malessere vedendo la malattia come una sfida, come qualcosa da combattere partendo dal chiedere aiuto anche a sé stessi. Completamente opposto è quello che avviene quando si instaura la disperazione/depressione che comporta nella persona la mancanza di fiducia nel miglioramento di salute. Tale prospettiva influenza negativamente la speranza di guarire o di stare meglio poiché la persona si rifiuta di valutare alternative positive. Spesso si instaurano nel soggetto rabbia, paura e ansia che tendono ad agitarlo e fanno vivere il percorso di cura con maggior preoccupazione. Si può affermare, in tal caso, che la malattia ha avuto un impatto basato sulla preoccupazione ansiosa. L'ultima modalità esposta da Greer è l'evitamento/minimizzazione ove il paziente si sottrae dal pensare alla malattia e alle cure, cercando il più possibile di distrarsi dalla situazione che si sta vivendo. Annunziata e Muzzati (2013) ripercorrono la traiettoria di malattia oncologica descrivendo le diverse fasi in termini emozionali: Così, definiscono:

- La fase diagnostica come connotata dall'incertezza, dalla vasta gamma emozionale della paura, dal senso di colpa, dall'imbarazzo e della vergogna, dalla tristezza e dai vissuti depressivi;
- La fase dei trattamenti come definita da senso di isolamento e paura di essere lasciati soli, tristezza e lutto per le perdite – reali o possibili, temporanee o definitive – conseguenze dei trattamenti stessi;
- La fase della remissione come caratterizzata da preoccupazioni, paure e ansia;
- La lunga sopravvivenza qualificata da serenità, fiducia e speranza;
- La progressione disegnata da impotenza, sconfitta, abbandono e sfiducia;
- Il passaggio alla terminalità come caratterizzato da depressione e perdita, impotenza e abbandono, a volte intervallati da speranza.

Attraverso un'analisi qualitativa G. Ortez, R. Valente e B. Muzzati (2016) hanno identificato le emozioni (tipologia, frequenza, attribuzioni) presenti in due gruppi

omogenei di racconti scritti da paziente e operatori oncologici, al fine di ricavare una rappresentazione più composita dell'esperienza emozionale di malattia. *“Le emozioni sono stati affettivi intensi di breve durata, con una causa precisa, esterna o interna, un chiaro contenuto cognitivo e la funzione di ri-orientare l'attenzione”*³. Ciascun racconto è stato scomposto in frasi, in cui si è rilevato quale delle 14 emozioni descritte da D'Urso e Trenti (2006) comparisse: ambivalenza, disgusto, disprezzo, emozione estetica, felicità, gelosia, gioia, imbarazzo, invidia, noia, nostalgia, paura, rabbia, tristezza. Nei racconti dei pazienti non compaiono le emozioni gelosia e invidia, mentre paura, tristezza e rabbia sono presenti in tutti e 5 i racconti, inoltre, gioia è presente in 4 dei 5 racconti. Le emozioni che compaiono complessivamente in misura maggiore sono: paura 61 occorrenze, tristezza 19 occorrenze, rabbia e gioia 17 occorrenze ciascuna. Al contempo, per ciascun racconto, si è registrata se e quale ulteriore emozione venisse evidenziata; di fatti vi sono ulteriori 17 emozioni: ammirazione, conforto, delusione, gratitudine, impotenza, incredulità, orgoglio, rimpianto, sconfitta, serenità, soddisfazione, solitudine, sollievo, sorpresa, speranza, vergogna e vulnerabilità. Si può quindi affermare che l'universo di emozioni sembra plurimo e in esso emergono stati tanto di valenza negativa, quanto emozioni di valenza positiva (Ortez, G. et al., 2016). Vi è una moltitudine di fattori che entrano in gioco nelle reazioni psicologiche del paziente al momento della malattia; possono essere legati alla sfera individuale come l'età, il sesso, l'ambiente familiare, la personalità e il grado di conoscenza riguardo la malattia stessa. Oppure fattori legati al tipo di cancro e dal trattamento che ne consegue. O ancora il rapporto con l'equipe assistenziale.

Si può affermare che circa il 16-25% dei pazienti con diagnosi di patologia neoplastica esprimono sintomi di disturbi dell'adattamento, che possono incidere sulla loro qualità di vita e la salute generale (Osborn, R.L. et al., 2006). Questi aspetti sono così rilevanti che Bultz e Carlson suggeriscono di prendere in considerazione il cancro come una "malattia biopsicosociale" (Blutz, B.D. et al., 2006).

³ D'Urso, Trentin, 2006; Oatley, 2007

CAPITOLO SECONDO

2.DISTRESS PSICOLOGICO

2.1 Benessere emotivo e Stress

Benessere psichico e benessere fisico sono due aspetti imprescindibili l'uno dall' altro come sottointeso dalla definizione di salute fornita dall' OMS (1948): “*Uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità*”. Essa è una risorsa che permette alle persone di realizzare le loro aspirazioni, soddisfare i loro bisogni al fine di vivere una vita lunga, produttiva e feconda (Herrman et al., 2005; Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; Breslow, 2006). Un numero crescente di studi epidemiologici sembra suggerire che le iniziative che mirano a promuovere il benessere fisico con l'esclusione del benessere mentale e sociale siano più facilmente destinate a risultare incomplete e inefficaci (Pavis et., 1996). Per tale motivo è importante identificare la completa definizione di “*benessere*”; ciò non è semplice, tuttavia è condiviso che esso preveda:

- La presenza di emozioni e stati d'animo positivi;
- L'assenza di emozioni negative;
- La soddisfazione per la vita;
- La realizzazione.

In altri termini il “*benessere*” può essere descritto come un “sentirsi bene”, “un giudizio positivo per la vita” (Andrews & Whitey, 1976; Diener, 2000; Ryff & Keyes, 1995). Si può, inoltre, affermare che ad elevati livelli di *emotional well-being* corrisponda una ridotta incidenza di malattie e lesioni, un miglior funzionamento del sistema immunitario e più veloci tempi di recupero (Pressman & Cohen, 2005; Ostir et al., 2000; Ostier et al., 2001; Diener & Biswas-Diener, 2008; Frederickson & Levenson, 1998). Viene fatta, dal punto di vista teorico, una distinzione generale tra benessere psicologico e benessere soggettivo nonostante studi empirici hanno dimostrato che in larga parte trattano costrutti sovrapponibili (Iani et al., 2014):

- Il benessere psicologico, definito anche come mentale, emotivo e sociale, il quale ha mostrato di avere molti effetti positivi su diversi aspetti della vita come la salute, la longevità e il funzionamento personale (Weiss et al., 2013);

- Il benessere soggettivo che consta di tre componenti principali: sentimento positivo, sentimento negativo e soddisfazione di vita. Le prime due componenti si riferiscono all'aspetto emozionale del costrutto, mentre l'ultima a quello cognitivo – critico (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Ad opporsi al benessere vi è sicuramente lo stress, o meglio una delle sue due componenti. Di fatti lo stress, definito come “*una risposta aspecifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso*”⁴, viene suddiviso in due categorie sulla base degli eventi stressanti:

- 1- Eustress o stress positivo, ovvero quello desiderato che fornisce la sensazione di dominare il proprio ambiente e di conseguenza la vitalità cresce al massimo; in tal caso gli *stressor* sono benefici;
- 2- Distress, al contrario dell'eustress, è uno stress negativo poiché indesiderato, spiacevole e accompagnato da sensazioni d'insicurezza, disagio e soggezione; i suoi *stressor* sono nocivi e possono portare ad un abbassamento delle difese immunitarie.

In sintesi, ciò che differenzia lo stress positivo dal negativo è la capacità di investire l'energia da stress in modo produttivo, con alto rendimento, ottenendo ciò che si desidera mediante la quantità di energia utile, senza sprechi potenzialmente dannosi per la salute (Chetta, G., 2008). Hans Selye (1976) individua quattro categorie di sintomi da stress:

- 1- SINTOMI FISICI: mal di testa, mal di schiena, indigestione, tensione nel collo e nelle spalle, dolore allo stomaco, tachicardia, sudorazione delle mani, extrasistole, agitazione, problemi di sonno, stanchezza, capogiri, perdita di appetito, problemi sessuali, fischi alle orecchie;
- 2- SINTOMI COMPORTAMENTALI: digrignare i denti, alimentazione compulsiva, più frequente assunzione di alcolici, atteggiamento critico verso gli altri, comportamenti prepotenti, difficoltà a portare a termine i compiti;
- 3- SINTOMI EMOZIONALI: tensione, rabbia, nervosismo, ansia, pianto frequente, infelicità, senso di impotenza, predisposizione ad agitarsi o sentirsi sconvolti;
- 4- SINTOMI COGNITIVI: difficoltà a pensare in maniera chiara, problemi nella presa di decisione, distrazione, preoccupazione costante, perdita del senso dell'umorismo, mancanza di creatività.

⁴ Selye, 1976

2.2 Distress e cancro

“[...] i miei medici [...] hanno preso in considerazione solo ciò che a loro sembravano “fatti”, e non l’elusivo “altro” che potrebbe nascondersi dietro di loro. Per loro ero solo un corpo: un corpo ammalato che doveva essere curato. È stato inutile dire che anch’io ero una mente, forse uno spirito, e certamente un accumulato di storie, esperienze, sentimenti, pensieri ed emozioni, che devono aver avuto una qualche relazione con la mia malattia! Hanno seguito il cancro stesso, [...] il tipo di cancro che chiunque avrebbe potuto avere. Ma non il mio cancro! [...] Dove ero io in tutto questo?”⁵. Una diagnosi di cancro viene identificata come un evento stressante e nell’assistenza al paziente oncologico è, quindi, sempre più riconosciuto il ruolo che un buon funzionamento della mente e dello spirito svolgono nel cammino verso la salute. Per questo, mentre storicamente ci si basava su cinque indicatori chiave per valutare se i sistemi fisiologici del paziente funzionavano sufficientemente bene da supportare la sopravvivenza e raggiungere il benessere: temperatura, respirazione, frequenza cardiaca, pressione sanguigna e, più recentemente, il dolore (National Pharmaceutical Council, 2001); è nata poi la necessità del sesto segno vitale per evidenziare l’importanza del distress come indicatore di benessere e la sua riduzione come misura dell’outcome. Diversi studi hanno dimostrato che dal 30 al 40% dei pazienti con cancro riferisce sintomi di distress emotivo come conseguenza della malattia e del trattamento (Grassi et al., 2005). Un sondaggio su 888 persone sottoposte a cure oncologiche ha rilevato che cinque dei dieci maggiori bisogni insoddisfatti erano nel dominio psicologico (Sanson-Fisher et al., 2002). Ad esempio, il 40% del campione ha riferito di aver avuto un moderato o elevato bisogno riguardante le paure sulla diffusione del cancro, rimasto insoddisfatto. È scontato, quindi, dire che un’accurata individuazione del distress psicologico è importante per un’assistenza oncologica ottimale, dato che il suo livello contribuisce ad aumentare il tasso di comorbidità diminuendo allo stesso tempo la qualità di vita e l’aderenza alle cure mediche; mentre la riduzione della morbilità psicologica migliora il benessere generale di una persona e può anche fornire un piccolo beneficio di sopravvivenza (Spiegel et al., 1989; Fawzy et al., 1993). A tale scopo è fondamentale saper definire il Distress: nel 1997 il *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), dopo aver riunito una commissione multidisciplinare, scoprì che Distress era la parola migliore per rappresentare la gamma delle preoccupazioni emotive dei pazienti oncologici definendolo

⁵ Tiziano Terzani, *Un Altro Giro di Giostra*, Longanesi, Milano, 2002

come *“un’esperienza emozionale spiacevole, multifattoriale – psicologica, sociale e/o spirituale – che può interferire negativamente con la capacità di affrontare il cancro, i suoi sintomi fisici, il suo trattamento”*. Pur non essendo inquadrato quale un vero e proprio disturbo psichiatrico, quando moderato o severo può essere considerato una categoria generica di sofferenza emozionale, che comprende disturbi psichiatrici quali depressione, ansia e disturbi dell’adattamento. Il termine distress ha i vantaggi di essere maggiormente accettato dai pazienti, non implicando lo stesso stigma percepito che risulta associato alla depressione, e di essere più ampio e inclusivo, indicando disturbi diversi (Mitchell, A.J., 2013; Meijer, A. et al., 2013). In uno studio effettuato nel 2013 (Grassi et al.) si è constatato come il distress non sia correlato all’età, all’educazione, allo stato civile, allo stadio della malattia cancerogena o al tipo di intervento; non è neanche correlato alla comorbidità medica. È, invece, associato al genere, in quanto viene rilevato maggiormente nelle donne ed è inoltre associato a precedenti disturbi psicologici ed eventi di vita stressanti prima della diagnosi di cancro; oltre a ciò, la presenza di sintomi fisici può aumentare il rischio di distress. L’evidenza epidemiologica ha sempre più sostenuto il ruolo dei fattori di rischio biocomportamentali come avversità sociali, depressione e stress nella progressione del cancro. Di fatti, la letteratura ha identificato come le condizioni di distress cronico portino ad una alterazione diffusa delle risposte psiconeuroendocrine e immunitarie quali (Grassi, L., 2013):

- Eccessiva produzione di glucorticoidi e influenza diretta sul SNC;
- Indebolimento della risposta immunitaria in particolare riduzione dell’attività cellulare NK e del rapporto CD4+/CD8+;
- Incremento dei markers infiammatori.

Il punto cruciale che spiega l’intreccio tra distress e cancro risiede nell’attivazione del sistema nervoso autonomo e dell’asse HPA (ipotalamo – ipofisi – surrene). Gli ormoni rilasciati da questi sistemi vanno ad agire sul microambiente cellulare che, con il concorso di determinanti fattori di crescita, favorisce la proliferazione tumorale (Strada, M.S., 2013). Luigi Oreste Speciani, fondatore della medicina psicosomatica in Italia, affermò che: *“muore di cancro chi vuol morire, chi è sopraffatto dall’ansia, dal dolore, dallo stress...”* e ancora: *“L’ansia e lo stress provocano un coinvolgimento psicosomatico intollerabile, che poi, se protratto a sufficienza, può somatizzare come neoplasia”*.

2.3 Valutazione e gestione del distress

È stato dimostrato che solo il giudizio clinico non funziona come strumento di screening. In uno studio di Mitchell et al. (2011), su 401 pazienti con cancro il 45% ha sofferto di distress secondo lo screening, ma gli infermieri hanno avuto difficoltà a identificare il distress usando il loro giudizio clinico di routine: hanno commesso errori per falsi negativi e, in misura minore, errori per falsi positivi. Peggiori dati sono stati raccolti da Werner et al. (2012), tramite un ampio campione di 2642 pazienti oncologici ambulatoriali in terapia di follow-up dove si è osservato una prevalenza di Distress tra i pazienti ma con una identificazione da parte degli operatori molto bassa (1 paziente su 10; operatore – paziente concordanza $\frac{1}{4}$ 0,1). La valutazione del distress sembra quindi essere fondamentale per migliorare la qualità di vita e le possibilità di guarigione dei pazienti oncologici. Su quest'onda di pensiero la commissione del NCCN per la gestione del distress nei pazienti oncologici, pubblicò (2003) standards più precisi di cura psicosociale e gestione del distress, che stabiliva per la prima volta delle indicazioni (Liverani, K., 2016):

- Il distress doveva essere riconosciuto, monitorato, documentato e trattato a tutti gli stadi di malattia;
- Tutti i pazienti dovevano essere valutati in relazione al distress durante la prima visita, ad intervalli di tempo, in base alle indicazioni cliniche e specialmente in caso di cambiamenti della malattia, quali remissioni, ricorrenze e progressioni;
- La valutazione doveva identificare il livello e la natura del distress;
- Il distress doveva essere valutato e gestito secondo le linee guida della pratica clinica.

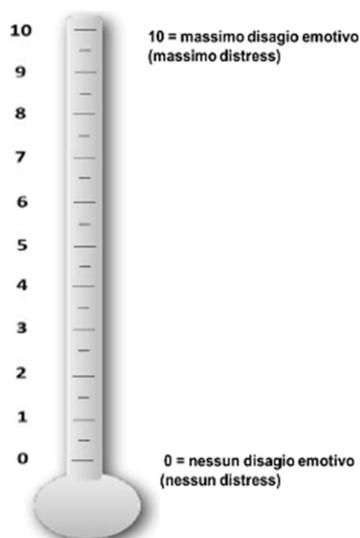


Figura 1: Termometro del distress, NCCN, Practice Guidelines in Oncology, v.1.2007

Numerose principali organizzazioni tumorali hanno raccomandato lo screening di routine per il distress, ampiamente definito, e varie agenzie accreditano lo screening di emergenza di routine nell' ipotesi che l'identificazione del distress si tradurrà in una maggiore diffusione dei servizi e riduzione di esso. Le definizioni standard di screening medico ben accettate, lo definiscono come un intervento che comporta l'applicazione di uno strumento di screening a persone che non sarebbero altrimenti consapevoli di essere a

rischio, al fine di individuare una condizione medica che può essere alleviata mediante

<p>PROBLEMI PRATICI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nella cura dei figli <input type="checkbox"/> di alloggio <input type="checkbox"/> economici <input type="checkbox"/> scolastici/lavorativi <input type="checkbox"/> di trasporto <p>PROBLEMI RELAZIONALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nel rapporto con il partner <input type="checkbox"/> nel rapporto con i figli <input type="checkbox"/> nel rapporto con altri <p>PROBLEMI EMOZIONALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> depressione <input type="checkbox"/> paure <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> tristezza <input type="checkbox"/> preoccupazione <input type="checkbox"/> perdita di interessi nelle usuali attività <p>ASPETTI SPIRITUALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> problemi inerenti la propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso dell'esistenza) 	<p>PROBLEMI FISICI</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> problemi di sonno <input type="checkbox"/> dolore <input type="checkbox"/> problemi a lavarsi/vestirsi <input type="checkbox"/> nausea <input type="checkbox"/> senso di fatica e stanchezza <input type="checkbox"/> problemi a muoversi <input type="checkbox"/> problemi respiratori <input type="checkbox"/> ulcere alla bocca <input type="checkbox"/> problemi ad alimentarsi <input type="checkbox"/> difficoltà a digerire <input type="checkbox"/> stipsi <input type="checkbox"/> disturbi della minzione <input type="checkbox"/> febbre <input type="checkbox"/> secchezza della cute, prurito <input type="checkbox"/> naso chiuso, senso di secchezza <input type="checkbox"/> formicolio alle mani o ai piedi <input type="checkbox"/> senso di gonfiore <input type="checkbox"/> problemi sessuali <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> problemi di memoria o di concentrazione <input type="checkbox"/> problemi su come ci si vede o come si appare
---	---

interventi. Per misurare il Distress nei pazienti oncologici è stato sviluppato uno strumento semplice ed efficace: il Termometro del Distress (**figura 1**) che misura il livello di sofferenza e le sue possibili cause (Holland et al., 2010). Attraverso tale strumento si chiede al paziente di descrivere la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima

Figura 2: Problem List, NCCN, Practice Guidelines in Oncology, v.1.2007

settimana indicando un numero che va da 0 (nessun disagio emotivo – nessuno stress) a 10 (massimo disagio emotivo – massimo stress). Si chiede, inoltre, attraverso una Problem List (**figura 2**) di indicare con una crocetta quali, tra le voci, sono state un problema o una causa di disagio nell'ultima settimana, compreso il giorno stesso (Liverani, K., 2016). Il DT è stato convalidato da molti studi in pazienti con diversi tipi di cancro, in contesti diversi, e in diverse lingue, culture e paesi dimostrando una buona sensibilità e specificità. Un metanalisi di 42 studi con 14.000 pazienti con cancro ha riscontrato che la sensibilità aggregata del DT era dell'81% e la specificità aggregata del 72% con un punteggio di cut-off di 4. Un altro strumento che può essere utilizzato per la misurazione dell'impatto della malattia e delle terapie in termini di Distress nei pazienti oncologici è il PDI: *Psychological Distress Inventory* (**figura 3**). È stato validato, anch'esso, utilizzando come riferimento temporale la settimana precedente la somministrazione. La scala è costituita da 13 domande, le cui risposte utilizzano una scala di cinque punti per la valutazione dell'intensità del distress (1=per nulla, 2=poco, 3=abbastanza, 4=molto, 5=moltissimo). Lo score globale viene calcolato sommando il punteggio dei singoli item e può variare da un minimo di 13 ad un massimo di 65. Un alto punteggio indica un elevato distress in tutti gli item eccetto il 2 e il 6; di fatti, il punteggio di questi due item va invertito prima di calcolare lo score globale.

1. Pensa che la sua voglia di parlare con gli altri sia diminuita?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
2. Si è sentito tranquillo?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
3. Ha avuto momenti di ansia, di tensione interna?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
4. Si è sentito stanco, senza energia?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
5. Si è sentito più solo?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
6. Si è sentito meglio?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
7. Ha avuto momenti di sconforto o depressione?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
8. Pensa che la sua malattia possa averle creato problemi di immagine fisica che prima non c'erano?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
9. Si è sentito senza valore?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
10. Si è sentito senza volontà?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
11. L'interesse per il mondo che la circonda è diminuito?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
12. Le è sembrato che il suo desiderio sessuale sia diminuito?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		
13. La sua malattia ha influenzato negativamente le sue relazioni con gli altri?	<input type="checkbox"/>		
Per nulla	<input type="checkbox"/>		
Poco	<input type="checkbox"/>		
Abbastanza	<input type="checkbox"/>		
Molto	<input type="checkbox"/>		
Moltissimo	<input type="checkbox"/>		

Figura 3: PDI, Servizio di Psicologia, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro Genova

L'HADS "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" (**figura 4**) è un ulteriore misura di self-report sviluppato da Zigmond e Snaith nel 1983, composto da due scale a 7 items: una per la valutazione dell'ansia e l'altra per la valutazione della depressione, con punteggi variabili da 0 a 3 per ciascun item (range di punteggio globale 0-42). Per ciascuna delle affermazioni al paziente viene chiesto quale fra quattro possibili opzioni descrive meglio il suo stato emotivo. I dati normativi considerano punteggi minori o uguali a 7 come normali (*Non Cases*), da 8 a 10 come situazioni che potenzialmente potrebbero evolvere in senso psicopatologico (*Borderline Cases*) e infine punteggi superiori a 11 come indicativi della presenza di ansia o depressione clinicamente rilevante (Grazioli, L. et al., 2013).

D.1 Mi sono sentito teso e molto nervoso:	D.8 Mi sono sentito rallentato nei movimenti:
1.1 Per la maggior parte del tempo	8.1 Quasi sempre
1.2 Per molto tempo	8.2 Molto spesso
1.3 A volte	8.3 A volte
1.4 Mai	8.4 Mai
D.2 Sono riuscito ancora a provare piacere per le cose che ho sempre fatto volentieri:	D.9 Mi sono sentito nervoso, come con un senso di tensione allo stomaco:
2.1 Proprio come una volta	9.1 Mai
2.2 Non proprio come una volta	9.1 A volte
2.3 Solo in parte	9.3 Piuttosto spesso
2.4 Per niente	9.4 Molto spesso
D.3 Ho provato un sentimento di paura come se potesse accadere qualcosa di terribile:	D.10 Ho perso interesse per il mio aspetto fisico:
3.1 Sicuramente e in maniera intensa	10.1 Completamente
3.2 Sì, ma in maniera non troppo intensa	10.2 Non me ne prendo cura quanto dovrei
3.3 Un po' ma non da preoccuparmene	10.3 Forse non me ne prendo cura abbastanza
3.4 Per niente	10.4 Me ne prendo cura come al solito
D.4 Sono riuscito a ridere e a vedere il lato divertente delle cose:	D.11 Mi sono sentito irrequieto e incapace di stare fermo:
4.11 Proprio come ho sempre fatto	11.1 Moltissimo
4.2 Non proprio come un tempo	11.2 Molto
4.3 Sicuramente non come un tempo	11.3 Non molto
4.4 Per niente	11.4 Per niente
D.5 Mi sono venuti in mente pensieri preoccupanti:	D.12 Penso al futuro con ottimismo:
5.1 Per la maggior parte del tempo	12.1 Così come ho sempre fatto
5.2 Per molto tempo	12.2 Un po' meno di una volta
5.3 A volte, non troppo spesso	12.3 Sicuramente meno di una volta
5.4 Solo in qualche occasione	12.4 Per niente
D.6 Mi sono sentito di buon umore:	D.13 Mi sono venute improvvise crisi di panico:
6.1 Mai	13.1 Molto spesso
6.2 Raramente	13.2 Piuttosto spesso
6.3 A volte	13.3 Non molto spesso
6.4 Per la maggior parte del tempo	13.4 Mai
D.7 Ho potuto sedermi sentendomi rilassato e a mio agio:	D.14 Ho provato piacere leggendo un buon libro o seguendo la radio o la televisione:
7.1 Sempre	14.1 Spesso
7.2 Spesso	14.2 A volte
7.8 Qualche volta	14.4 Non di frequente
7.9 Mai	14.5 Molto raramente

Figura 4: Hospital Anxiety and Depression Scale

Consequente alla valutazione è necessario che vi sia una valida gestione del distress basata sugli screening e che permetta anche le valutazioni di follow-up. Molte organizzazioni, tra cui, l'ACoS (*American College of Surgeons*), la NCCN, l'Istituto di Medicina (Adler, Page, 2008) e la Società Americana di Oncologia Clinica (ASCO) hanno identificato la valutazione e il trattamento del distress psicosociale nella routine della cura del cancro come uno standard di qualità delle cure (Liverani, K., 2016). L'NCCN ha sviluppato le linee guida di pratica clinica nella gestione del distress che delineano i passaggi per valutare e affrontare il distress nel setting oncologico. I passaggi iniziali prevedono uno screening di routine per il distress sociale e sviluppo di un sistema di valutazione e triage per coloro che sono positivi allo screening, rinvio a cure appropriate se indicate e follow-up per garantire cure adeguate. Questi elementi sono stati indicati come un processo completo di screening di emergenza. Nel 2015, la Commissione sugli standard del cancro dell'ACoS ha stabilito di implementare i

programmi di screening del distress psicosociale indicando 6 aspetti dello standard al quale attenersi (Pirl, W.F. et al., 2014):

- 1- Comitato: presenza di un gruppo di lavoro coordinato da un responsabile che supervisiona l'amministrazione del programma con competenze specifiche nella conoscenza dei dati epidemiologici e numerici del distress nei pazienti oncologici. Necessaria l'inclusione nel processo di assistenti sociali, psicologi clinici o altri professionisti della salute mentale. Lo standard richiede una documentazione delle riunioni del comitato, che discute dei risultati dello screening; ogni discussione del comitato deve partire dall'analisi dei pazienti e dalla classificazione dei risultati per valutare le soglie cliniche oltre le quali deve essere identificato un piano di lavoro psicologico su quel paziente (può essere utile il feedback dei pazienti e familiari sull'effettività del programma di screening);
- 2- Tempo: lo screening dei pazienti dovrebbe essere effettuato durante le visite cliniche di maggior impatto emotivo (alla prima diagnosi, ad appropriati intervalli, al cambio di stato della malattia e trattamento). Nella pratica clinica viene fatto al momento della presa in carico in oncologia che corrisponde al momento della diagnosi; sarebbe, comunque, opportuno non somministrare lo screening una volta sola perché il distress può intervenire in vari momenti anche dopo la diagnosi;
- 3- Metodo: lo screening può essere somministrato sia dagli operatori (che permette una valutazione immediata del questionario ed eventuali azioni in caso di rischio suicidario) sia dai pazienti (la maggior privacy può facilitare l'apertura del paziente, tuttavia l'attendibilità può essere compromessa dal livello culturale e di comprensione dello strumento);
- 4- Strumenti: dato che il distress ha dimensioni multiple, strumenti che valutino un solo aspetto, non sono sufficienti. Vengono consigliati, perciò, strumenti multidimensionali, psicometricamente validati preferibilmente in pazienti oncologici;
- 5- Valutazione: viene raccomandato un protocollo standardizzato per la valutazione dei punteggi e dei risultati dello screening per identificare i pazienti che necessitano di follow-up e di ulteriori valutazioni. Il protocollo dovrebbe prevedere i seguenti ruoli:
 - > Un membro responsabile dello staff che supervisioni l'utilizzo dello strumento di screening, raccolga i risultati e assicuri che la valutazione venga effettuata da personale clinico qualificato.

- > Un team di clinici responsabili del follow-up dei pazienti affetti da distress. Il follow-up dovrebbe includere i risultati dello screening e ricostruire una breve storia e possibilmente somministrare strumenti aggiuntivi per chiarire il tipo e la severità e le fonti del distress. Viene raccomandata l'indagine sul rischio suicidario per via dell'aumento dei casi in oncologia.
- 6- Documentazione: gli operatori dovrebbero documentare nella cartella lo strumento usato, i risultati e le interpretazioni cliniche dello screening; per i pazienti per i quali viene identificato un distress dovrebbero essere identificati i seguenti punti: i risultati dello screening, un piano di follow-up, il tipo, la fonte e la severità del distress, la storia rilevante, ogni tipo di ideazione suicidaria, tipo di interventi raccomandati, inclusi un piano per eventuali ulteriori valutazioni.

Nel panorama italiano uno studio osservazionale all'interno del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano descrive come a tutti i pazienti, di routine, venga offerto lo screening del distress (scale HADS e DT-PL) e l'incontro personale con uno psicologo. Il paziente con risultato negativo viene incoraggiato ad esprimere qualsiasi necessità e a contattare l'unità di psicologia oncologica qualora sentisse il bisogno di parlare con qualcuno. Nonostante l'importanza della valutazione e gestione del distress nel cancro vi sono in esse ostacoli, poiché molti pazienti affetti da cancro associano ai problemi psicologici uno stigma. Per molti secoli ai pazienti non è stata data alcuna diagnosi di cancro a causa dello stigma legato alla malattia. Dagli anni '70 questa situazione è cambiata e i pazienti sono ben consapevoli della loro diagnosi tanto quanto delle possibilità di trattamento. Molti pazienti, tuttavia possono essere riluttanti a rilevare i reali problemi emotivi. Le parole "psicologico", "psichiatrico" ed "emotivo" possono essere stigmatizzate quanto la parola "cancro". Di conseguenza, i pazienti spesso non dicono agli operatori del loro distress e quest'ultimi non indagano sulle preoccupazioni psicologiche dei loro pazienti. Inoltre, il riconoscimento del distress dei pazienti è diventato più difficile poiché la cura del cancro è passata al setting ambulatoriale, dove le visite spesso sono brevi e frettolose. Tali barriere impediscono che il distress riceva l'attenzione che merita, nonostante il fatto che la gestione di esso sia, come precedentemente detto, una componente fondamentale della cura totale dei pazienti oncologici.

CAPITOLO TERZO

3.RELAZIONE TERAPEUTICA INFERMIERE – PAZIENTE

3.1 Rilevanza nella professione infermieristica

Le competenze infermieristiche sono di natura intellettuale, oltre che tecniche avanzate, relazionale e educativa sanitaria, così come recita il Profilo Professionale D.M. 739/1994: “*L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazione, educativa. [...]*”. La figura infermieristica spesso rappresenta l’immagine del confidente dei problemi di salute, soprattutto di quelli più sfumati e meno tangibili. Di fatti, spesso i pazienti sono restii a cercare l’aiuto dei professionisti della salute mentale e preferiscono confidarsi con l’infermiere. La teoria del *Nursing Psicodinamico* della *Peplau* valorizza il rapporto tra operatore e paziente. Questa riteneva che, nella malattia, il distress si orienti verso i sintomi negativi come dolore, nausea e depressione. Pertanto, l’obiettivo dell’infermiere risiede nell’aiutare il paziente ad apprendere strategie per trasformare l’energia negativa debilitante in energia costruttiva. Ciò avviene tramite la relazione interpersonale dove l’energia costruttiva viene indirizzata alla risoluzione dei problemi, per migliorare il proprio livello di salute e adottare una più autonoma gestione di sé. L’infermiere che accompagna in tal modo un paziente, aiutandolo a mobilitare le risorse di cui dispone e condividendone il percorso di cura, ne favorisce l’adattamento alla nuova situazione di malattia, rispondendo così a uno dei suoi principali mandati etico – professionali (Ortez, G. et al., 2016). La Orlando è la teorica del rapporto tra infermiere e paziente. Imparare a capire quello che avviene tra sé stessi e il paziente costituisce il fulcro dell’azione dell’infermiere e rappresenta lo schema di base per l’aiuto che essi danno al paziente (Ortez, G. et al., 2016). Per *Lydia Eloise Hall* una delle tre componenti dell’infermieristica è il “*Core*”, ovvero il lavoro psicologico che l’infermiera svolge in sinergia con altri specialisti e con la collaborazione attiva del paziente, il quale viene stimolato alla riflessione e al cambiamento delle proprie convinzioni e dei propri atteggiamenti, ponendo, quindi, la persona al centro dell’attenzione. Fra le teoriche dell’infermieristica anglosassoni, *Joyce Travelbee*, rappresenta senza dubbio una forte sostenitrice della relazione come strumento fondamentale di cura nella pratica infermieristica (Maserà, G., 2006). Questa ritiene che la condizione di un individuo che mostra indifferenza apatica sia altrettanto critica di quella di un individuo con un’emorragia necessitando, entrambe, di interventi di emergenza. Il tutto per sottolineare come i bisogni psicologici rivestano uguale e non

minore importanza rispetto a quelli fisici. La qualità e la quantità dell'assistenza infermieristica fornita ad un essere umano ammalato viene determinata in larga parte dalla percezione che l'infermiere ha del paziente; per questo la relazione tra infermiere e paziente, come tecnica non farmacologica, rappresenta una fonte importante e preziosa di elevata valenza assistenziale nello sviluppo dell'*empowerment* del paziente per l'autogestione del distress. Ciò che quindi sta alla base dell'assistenza infermieristica è la qualità della relazione di cura che si riflette nel rapporto con l'assistito, condizionandone il livello di soddisfazione e di distress che comporta una ricaduta positiva sui risultati in termini di salute. Secondo la rivista RNAO (*Registered Nurse's Association of Ontario*) la relazione terapeutica è una risposta utile, un rapporto centrato sull'obiettivo che è diretto al miglior interesse e risultato per il cliente (RNAO, 2002). I vantaggi dati dalla relazione con il paziente hanno evidenziato in letteratura il miglioramento del coping, riduzione dell'ansia, la creazione di aspettative realistiche, maggior partecipazione alla cura di sé e maggiore sensazione di sicurezza e protezione (Piredda, M. et al., 2008). Si è dimostrato che gli interventi psicosociali quali, ad esempio, la relazione terapeutica, nel paziente oncologico, somministrati da personale infermieristico adeguatamente formato, in un periodo di tempo limitato e adattati alle singole persone aumentano la qualità di vita e diminuiscono la depressione (Arving, C., et al., 2007).

3.2 Relazione d'aiuto e il *counseling*

Il paziente oncologico rappresenta una complessa e variabile realtà, per tale motivo "curare bene" il paziente non basta, ma è necessario che esso abbia anche una risposta ai problemi di carattere psicologico, etico e sociale che insorgono nelle fasi della malattia ed anche nel periodo successivo alla guarigione. Troppo spesso si assiste ad una tecnicizzazione dell'assistenza oncologica tutelandosi dalla richiesta di relazione posta dal paziente comunicando ansie, paure e dubbi agli infermieri. Ciò, se accolta da entrambe le parti, può stabilire una relazione definibile "privilegiata", favorita dalla possibilità di creare spazi interstiziali. Vengono definiti tali, quegli spazi di accudimento che non sono legati alla cura del corpo, bensì costruiti attraverso la capacità di ascolto centrata sui dettagli della comunicazione verbale e non verbale. In letteratura emerge che una buona relazione d'aiuto, fornita al paziente oncologico, dall'infermiere, favorisce la diminuzione dello stress aumentando il benessere psico-fisico (Vicini, 1998). *"Si ha relazione d'aiuto quando vi è un incontro tra due persone, di cui una si trova in condizioni di sofferenza, confusione, conflitto e/o disabilità dinanzi ad un problema che deve gestire, l'altra è dotata di un grado "superiore" di adattamento, competenza e abilità rispetto lo*

stesso problema”⁶. E ancora “Una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell’altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato. L’altro può essere un individuo o un gruppo. In altre parole, una relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggior possibilità di espressione”. Così definisce *Carl Rogers*, il fondatore del *Counseling*, la relazione d’aiuto. È sempre molto difficile riconoscere formalmente, nelle dinamiche professionali, la relazione d’aiuto come un elemento caratterizzante una professione sanitaria. Quando essa si allontana dal proprio operato scientifico come nella psicologia, si tende, erroneamente, a vedere nella buona relazione un elemento personale come un inclinazione del singolo individuo che porta valore aggiunto nell’agire quotidiano. Il valore della relazione d’aiuto, per l’infermiere, non può essere aggiunto ma è valore fondante e identitario. Di fatti all’articolo 2 del Codice Deontologico si definiscono come interventi specifici della professione anche gli interventi relazionali. *Evelyn Adam* individua nella relazione d’aiuto, la conditio sine qua non dell’efficacia dell’assistenza infermieristica. Il paziente oncologico, più di altri, presenta notevoli bisogni di natura emotiva (Sussman & Baldwin, 2010; Lin & Bauer Wu, 2003). Sebbene tale sostegno richieda in alcuni casi una forte apertura e capacità di comprendere il mondo dell’individuo (Ritchie, 2001), esponendo gli infermieri stessi ad elevati rischi di stress (Botti et al., 2006), il supporto psicosociale ed emozionale rimane a tutti gli effetti un elemento fondamentale per una corretta assistenza infermieristica (Legg, 2010). Infatti, è ormai noto e sostenuto da evidenze scientifiche che le caratteristiche delle relazioni instaurate con la persona assistita hanno un forte impatto in termini di soddisfazione del paziente. L’insoddisfazione del paziente per la difficoltà nella relazione infermiere – paziente ha un peso più elevato rispetto a qualsiasi altra carenza tecnica. Alla base della relazione d’aiuto vi è la fiducia che si instaura tra chi dà e chi riceve aiuto; così il paziente si sentirà più libero di esprimere le proprie emozioni e i propri pensieri con l’operatore. Essa si fonda sulla (Marnoni, C., 2018):

- Considerazione positiva incondizionata dell’altro ovvero il rispetto e il caldo interesse per la persona che si ha di fronte, che si accetta in quanto persona con il

⁶ Cannella B., Cavaglià P., Tartaglia F. (1994) L’infermiere e il suo paziente. Il contributo del modello psicoanalitico alla comprensione della relazione d’aiuto, Il segnalibro Editore, Torino.

suo valore senza valutazioni positive o negative e che trova la sua massima espressione attraverso la comunicazione non verbale o paraverbale;

- Comprensione empatica partendo dall'autoconsapevolezza, poiché quanto più si è aperti verso le proprie emozioni, tanto più si è in grado di leggere i sentimenti e le emozioni degli altri.;
- Autenticità dell'operatore che nella relazione non può fingere di essere ciò che non è o di accettare l'altro quando nella realtà ciò non è vero fino in fondo.

Il legame di fiducia si sviluppa se il *counselor* sarà in grado di porsi nelle condizioni sopra indicate. Il *counselor*, in forma generica, può essere definito come la persona, che in un contesto professionale, è capace di sostenere in modo adeguato una relazione con un interlocutore che manifesta temi personali, privati ed emotivamente significativi (definizione secondo SICO – Società Italiana di Counseling). Esso ha quindi, il compito primario di ricreare le condizioni che facilitano lo sviluppo e la crescita della persona attraverso la realizzazione di un contesto favorevole, di un “atmosfera empirica” e di un'alleanza che il paziente percepisce e sfrutta per costruire il miglior ambiente possibile per il *setting*, ovvero la realizzazione delle condizioni stesse che danno all'assistito la fiducia nelle proprie capacità risolutive e nella sua forza motivazionale (Napoletano, 2014). Secondo Cesare Maltoni, psiconcologo, il personale che si occupa di malati oncologici oltre ad essere motivato e preparato deve possedere una serie di requisiti quali compassione, equanimità, moderazione, capacità di comunicazione e di rassicurazione (Cesare Maltoni, Psiconcologia 1997). Questi sono i requisiti che l'operatore deve avere per poter permettere che si instauri una relazione empatica. Il *counseling* è un intervento professionale non regolamentato, orientato alla prevenzione del disagio individuale e sociale. Si occupa di problemi specifici come prendere decisioni, sviluppare la conoscenza di sé, migliorare il proprio modo di relazionarsi agli altri (Bernardi, T. et al., 2007). Gli interventi di aiuto per pazienti oncologici, previsti dai sistemi sanitari più avanzati, seguono due grandi filoni (Morasso, 1997):

- Programmi di formazione individuali e/o di gruppo per i pazienti che hanno ricevuto una diagnosi recente di malattia neoplastica o di recidiva;
- Programmi psicoterapeutici individuali e/o di gruppo e *counseling* per i pazienti con vari tipi di cancro e in diverse fasi di malattia.

È ormai noto quanto il supporto psicologico in questa area critica migliori la qualità della vita (Tamburrini, 1990) dei pazienti; di fatti è stato dimostrato come interventi di *counseling* educazionale abbiano effetti positivi sull'impatto emozionale della diagnosi,

sui livelli di ansia e depressione, sui rapporti con le figure sanitarie e sulla *compliance* del paziente ai trattamenti. Nell'assistere il paziente neoplastico, il *counseling* è uno strumento efficace nei casi in cui si debba comunicare una cattiva notizia, nella gestione di situazioni in cui si instaura nel soggetto in cura un interrogativo, oppure si debba supportare i momenti di crisi e gestire lo stress. Esso consente di elaborare, sistematizzare, ristrutturare tutto ciò rendendolo comprensibile e accettabile; restituisce la dignità, il rispetto e l'autodeterminazione al paziente che ha già subito, in vari ambiti della vita, la privazione del suo ruolo e il conseguente crollo dell'immagine di sé.

3.2.1 Le competenze comunicative

Numerosi studi hanno mostrato che la maggior parte dei malati oncologici desidera un dialogo migliore con gli operatori (Jenkins V., Fallowfield L., Saul J., 2001; Piredda M., Rocci L., Gualandi R. et al., 2008) e che gli obiettivi che desiderano raggiungere sono diversi da individuo a individuo (Brundage MD., Feldman-Stewart D., Tishelman C., 2010). La relazione deve quindi tenere in considerazione le esigenze e le attitudini del paziente. La comunicazione (dal latino "communicare", "mettere in comune"), nel *nursing*, per anni è stata considerata un processo "spontaneo" affidato alla sensibilità e alle capacità del singolo operatore sanitario. Oggi questo non basta. Alle caratteristiche personali vanno associate necessariamente la conoscenza delle tecniche di comunicazione (Gatto, C., 2016). *Paul Watzlawick*, uno dei padri della moderna comunicazione, afferma che comunicare diversamente significa cambiare la realtà; quindi considerare la competenza comunicativa come un proprio dovere professionale cambia il volto professionale stesso dell'infermiere, poiché cambia il suo atteggiamento nei confronti dei pazienti (Gatto, C., 2016). Il Codice Deontologico (2019), rispettivamente all'articolo 4 e al 21, enuncia: "*Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.*" e "*L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci*". Dunque, per soddisfare ai bisogni fisici e psicologici del paziente, l'operatore necessita anche della funzione supportiva del dialogo. D'altro canto, una comunicazione insoddisfacente può provocare nel paziente una sensazione di isolamento e rabbia. Il fluire della comunicazione tra infermiere e assistito può essere minato da problemi di varia

natura; ad esempio, tra le principali cause vi è la mancanza di tempo. La comunicazione può avvenire in modo:

- 1- Verbale: tipo di comunicazione che utilizza il canale della “parola parlata” implicando, quindi, la partecipazione dei meccanismi fisiologici e cognitivi necessari per la produzione e la ricezione del linguaggio;
- 2- Non verbale: tipo di comunicazione ricca di modalità espressive volte a comunicare le emozioni e i sentimenti che si provano nella vita quotidiana e che non sempre raggiungono il livello della coscienza;
- 3- Paraverbale: tipo di comunicazione che fa riferimento al modo in cui qualcosa viene detto quali tono della voce, velocità, timbro e volume.

Si identificano, nel pensiero di *Carl Rogers*, degli spunti che permettono agli infermieri di migliorare nella comunicazione (Marnoni, C., 2018):

- L'operatore deve essere consapevole che ha come dovere professionale, nella comunicazione, quello di “promuovere nell'altro la crescita” e cioè di aiutarlo poiché riveste un ruolo ben diverso da quello del paziente e con lui non si deve confondere;
- L'operatore non deve presumere di sapere cosa sta dicendo l'assistito, ma ascoltare;
- L'operatore deve essere disposto a rivedere l'idea che si è fatto del paziente continuamente cercando di instaurare con lui una relazione di fiducia.

“*Si comunica quando si parla, quando si danno informazioni, ma anche con lo sguardo o quando si tocca la persona*”⁷. L'aspetto fondamentale dell'assistenza infermieristica che completa la comunicazione e la relazione d'aiuto con il paziente è il contatto fisico. Secondo la definizione, il tocco è un atto o un'azione compiuta con l'uso di una mano o del corpo che permette di entrare in relazione con altre persone. È proprio attraverso di esso che l'assistito dà all'infermiere il permesso di accedere a informazioni più profonde rispetto a quelle trasmesse dalla semplice comunicazione verbale: ovvero comunica le aspettative, i desideri, la progettualità e le emozioni (Cunico et al., 2014). Quindi, si può affermare che sia uno strumento importante e determinante per raggiungere un'elevata qualità delle cure e migliorare gli effetti degli interventi infermieristici (Nucchi et al., 2014). Esistono, oltre al tocco procedurale, altre modalità utili per l'intervento assistenziale (Gala et al., 2003; Palese et al., 2010) e sono: il tocco di conforto e il tocco

⁷ Paolo Di Giulio (2003), Non più solo assistenza ma anche comunicazione e ricerca, AIRC.

protettivo. In uno studio (Tarantino S., Milos R., Rosi IM., 2018) gli assistiti attribuiscono al contatto non procedurale un'utilità e una sensazione di piacere con beneficio sul dolore e sull'ansia, riferendo: "Mi metteva a mio agio, anche io mi rilassavo e sentivo meno dolore e tutto", "Una carezza, una mano, nel momento in cui sei, cioè se sei più debole come posso dire, nel senso psicologico. Se sei più debole psicologicamente in quel momento, magari perché vuoi andare a casa o non ne puoi più", "Ti dà un senso come se capisse qual è veramente il problema" e ancora "Ti fa sentire che sei comunque come in un rapporto normale, quasi come a casa". La comunicazione tra assistito e paziente, che sia verbale, o no, è uno degli aspetti più apprezzati dai pazienti poiché aiuta loro e le loro famiglie a sentirsi guidate. Nel saper fare e nel saper essere dell'infermiere, inoltre vi è il concetto di ascolto. Un rapporto ottimale instaurato con il paziente deve essere basato su di esso, in quanto il paziente deve poter trovare un ambiente accogliente e deve potersi esprimere con calma. Il messaggio inviato dall'infermiere capace di ascoltare è importante e valorizza la centralità della persona che gli sta di fronte, del suo problema e la disponibilità nei suoi confronti (Gatto, C., 2016). *"Non si tratta di stabilire se preferiscono il trattamento X o il trattamento Y. Si tratta di capire cosa è più importante per loro in queste circostanze in modo da poter fornire informazioni e consigli sull'approccio migliore per ottenere quello che vogliono. E per questo bisogna non solo parlare, ma anche ascoltare. Se parli per più della metà del tempo, vuol dire che stai parlando troppo"*⁸. Uno studio (CA Cancer J Clin, 2005) dell'*American Cancer Society, Inc.* individua nell'acronimo *NURSE* un utile tool mnemonico per sintetizzare cosa fare nel rispondere e accogliere le emozioni del paziente.

Naming: l'operatore può iniziare dando un nome all'emozione del paziente come un modo per prendere atto di ciò che è accaduto nell'incontro. Potrebbe, inoltre, condividere tale denominazione con il paziente mostrando di essere in sintonia con le sue emozioni: "Sembra che tu sia preoccupato che il cancro possa recidere". Denominare, riaffermare e riassumere sono tutti metodi per iniziare ad accettare e rispondere alle emozioni del paziente. Questo può comportare che gli operatori siano in grado di leggere gli indizi non verbali che il paziente mostra. È importante, quando si usa il *naming*, che l'operatore usi una forma suggestiva e non affermativa: "Mi chiedo se tu ti senta arrabbiato" o "Qualcuno nella stessa situazione potrebbe provare rabbia", piuttosto che "Vedo che questo ti fa arrabbiare". Ai pazienti non piace che venga detto loro cosa provano.

⁸ Atul Gawande, Con cura, Einaudi 2008

Understanding: una sensibile comprensione del vissuto del paziente o dei suoi sentimenti è un importante prerequisito per instaurare una relazione costruttiva. Particolarmente importante è evitare di dare rassicurazioni premature, nonostante si sia fortemente tentati di farlo. È meglio accertarsi di avere una chiara comprensione, che potrebbe richiedere una certa analisi, un ascolto attivo e l'uso del silenzio. “La mia comprensione di ciò che stai dicendo è che tu sia preoccupato riguardo gli effetti della chemioterapia sui tuoi figli” può essere un buon modo di avvalorare le emozioni del paziente. Paradossalmente, dire “Non posso immaginare quel che si prova” è una buona via per mostrare di aver capito.

Respecting: può essere una risposta non verbale, che comprende espressione facciale, tocco o cambiamento della postura, ma può aiutare una risposta verbale in quanto essa è più esplicita nel mostrare al paziente che le sue emozioni non sono solo lecite, ma anche importanti. Riconoscere e rispettare le emozioni del paziente è un passo importante nel mostrare empatia. Per decidere quanto lungo fare questo passo, bisogna riconoscere e pareggiare l'intensità dell'espressione delle emozioni del paziente. Elogiare le abilità di coping dell'assistito può essere efficace nel mostrare rispetto: “Sono davvero impressionato da come continui a prenderti cura dei tuoi figli durante questa lunga malattia”.

Supporting: vi sono diversi tipi di dichiarazioni di supporto. Gli operatori possono esprimere preoccupazione, articolare la loro comprensione della situazione del paziente, mostrare la volontà di essere d'aiuto e, ancor più importante, riconoscere gli sforzi dell'assistito per essere all'altezza della situazione. Dato che molti malati oncologici temono l'abbandono risulta utile, se vero, esprimere la propria presenza: “Resterò con te durante la malattia, qualsiasi cosa succeda”.

Exploring: è un differente utilizzo del principio “*tell me more*”. Porre domande specifiche o mostrare interesse in qualcosa che il paziente ha menzionato permette di approfondire l'empatica relazione d'aiuto. Spesso i malati danno indizi su ciò che sentono e, se spinti ad elaborarlo, esterneranno esplicitamente quelle che sono le loro emozioni e preoccupazioni.

CAPITOLO QUARTO

4. REVISIONE DELLA LETTERATURA

4.1 Background

È possibile avere una stima numerica di quanti pazienti possano teoricamente necessitare di un'assistenza psico-oncologica specialistica partendo dai dati forniti da AIOM nel 2019: essi affermano che gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore siano circa 3 milioni e mezzo, pari al 5.3% dell'intera popolazione (1 italiano su 19) e che la sopravvivenza cresce ogni anno per cui oggi circa il 60% dei pazienti hanno una sopravvivenza pari a 5 anni. Considerando che in conseguenza della malattia oncologica diversi quadri psicopatologici sono diagnosticati e necessitano di trattamento, con una prevalenza media del 20-35% per ansia e depressione e del 50-70% per forme di distress emozionale, è possibile ritenere che almeno 1.000.000 di malati abbia necessità di interventi psico-oncologici specialistici (M. L. Bellani – Dipartimento di Medicina e Chirurgia Università degli Studi dell'Insubria, Varese / S.I.P.O. A. Costantini – Unità di Psico-oncologia Ospedale S. Anna, Roma / S.I.P.O. S. Serpentine – Breast Unit Interaziendale Istituto Oncologico Veneto, Padova / S.I.P.O). Un numero crescente di pazienti si rivolge a strategie terapeutiche complementari o alternative alle terapie convenzionali per (A. Geraci, D. Cordella, F. Lozupone – Istituto Superiore di Sanità D. Pero, A. Porcu, L. del Campo, F. De Lorenzo – Aimac C. Villivà, F. Tomassi, M. Bonucci – ARTOD):

- Ridurre gli effetti collaterali;
- Aumentare il proprio benessere psico – fisico;
- Aumentare l'efficacia delle terapie convenzionali.

In genere, chi fa uso di una qualche *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) è una donna giovane, con un buon livello di educazione, indotta a seguire un trattamento complementare da un amico o da un qualche familiare o spinta dall'informazione mediatica. Questo il profilo di chi usa la CAM secondo la rivista inglese “*Annals of oncology*” descritto, per la prima volta in UE, nel corso di una ricerca tra le più ampie mai realizzate in questo settore che ha coinvolto 14 Paesi per un totale di 956 pazienti. Il vero ruolo, dunque, che i trattamenti complementari possono giocare non è quello di curare, bensì quello di migliorare la qualità della vita del paziente e di ottenere così una migliore gestione dei sintomi, soprattutto nei malati terminali (ISS – Ufficio Stampa). Di

fatti, si approda a una qualche forma di CAM (40.6%) per migliorare il proprio benessere fisico o emotivo (35.2%). In quest'ultimo caso, il 42.5% del campione ha trovato beneficio e appena 31 pazienti (3.2%) non ne hanno trovato alcuno (IIS – Ufficio Stampa). Dalle casistiche di pazienti intervistati in merito all'uso di CAM (Bozza C., Agostinetto E., Gerratana L., Puglisi F., 2015), le ragioni per le quali i pazienti ne fanno uso sono infatti il miglioramento del proprio stato psico – fisico nel 76% dei casi. La maggior parte dei pazienti utilizza la CAM come risposta ai bisogni psicosociali, nonché alla necessità di far fronte attivamente alla malattia e migliorare la qualità della vita (Falagas et al., 2007). Molti pazienti, oltre alle cure tradizionali, desiderano un supporto olistico in ambito psico-sociale; tale aspetto è individuabile in molti approcci non farmacologici. I pazienti segnalano una riduzione dello stress, della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico, si sentono più in grado di rilassarsi e sperimentano la "pace della mente", una maggiore chiarezza mentale e un atteggiamento positivo sulla loro vita futura attraverso l'uso della CAM (Cure di Cuore – Medicina Integrata Torino). La base di prove per l'efficacia della CAM per il supporto psicologico, il controllo dei sintomi nel cancro e gli effetti avversi del trattamento convenzionale del cancro è in aumento (EUROCAM – *The role of complementary and alternative medicine in the context of cancer*). Nel 2007 la SIO (*Society for Integrative Oncology*), conseguentemente alla richiesta dell'*American College of Chest Physicians* (ACCP), ha sviluppato una LG sull'uso delle terapie integrate nel cancro al polmone (Cassileth, B.R. et al., 2007) dove vengono evidenziate sette raccomandazioni in base al loro grado di prova e di forza (**tabella I**).

Tabella I: Sistema di classificazione delle raccomandazioni

GRADO	RACCOMANDAZIONI	FORZA delle EVIDENZE
1A	Raccomandazioni forti, alta qualità evidenze	RCT senza importanti limitazioni o schiacciati evidenze da studi osservazionali
1B	Raccomandazioni forti, moderata qualità evidenze	RCT con importanti limitazioni o forti evidenze da studi osservazionali
1C	Raccomandazioni forti, bassa qualità evidenze	Studi osservazionali o serie di casi

Fra queste raccomandazioni troviamo:

- che a tutti i paziente venga chiesto se interessati all'uso delle CAM (**1C**);
- che vengano guidati da personale qualificato riguardo ai vantaggi e svantaggi delle CAM, in modo aperto, basato su evidenze scientifiche e centrato sul paziente (**1C**);

- che le CAM della categoria *mind-body* siano integrate nell'approccio multimodale per ridurre ansia, disturbi dell'umore e migliorare qualità della vita (**1B**);
- che il massaggio sia integrato nel trattamento per i pazienti che manifestano ansia, stress e dolore (**1C**).

Nel 2009 la SIO ha pubblicato una linea guida generale (Deng GE et al., 2009) per l'applicazione delle terapie integrate nell'assistenza ai pazienti malati di cancro e sopravvissuti individuando come efficaci tecniche integrative per la gestione dell'ansia: le tecniche mente-corpo (**1B**), le tecniche psicosociali (gruppi di supporto, counseling, terapia cognitivo comportamentale) (**1A**), il massaggio (**1C**), l'attività fisica (**1B-1A** per il cancro al seno) e le terapie energetiche (tocco terapeutico, reiki, preghiera, qigong, guarigione spirituale) (**1B**). Un'altra LG è stata sviluppata dalla SIO *Guidelines Working Group* relativa all'uso delle terapie integrative nelle pazienti in trattamento per il cancro al seno (Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, et al., 2017) e raccomanda la meditazione, lo yoga ed il rilassamento con immagini, da usare di routine per le condizioni comuni come l'ansia, lo stress e i disordini dell'umore. In aggiunta, il massaggio, la musicoterapia, l'agopuntura e lo stress management sono suggeriti per la riduzione dello stress, l'ansia, la depressione, la fatigue e la QoL. Nelle LG fornite dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica sull'assistenza psico-sociale dei malati oncologici viene individuata come raccomandazione di alta qualità delle evidenze e forza di raccomandazione clinica "positiva forte", la seguente raccomandazione: "Interventi non farmacologici, volti a ridurre il distress psicologico connesso alla malattia oncologica, devono essere mirati e offerti solo ai pazienti con maggiore probabilità di beneficiarne". Le linee guida NCCN del 2018 (Distress Management, V 2.2018) considerano di cruciale importanza gli interventi di salute mentale nell'assistenza a pazienti con cancro, prendendo in esame le numerose opzioni disponibili: interventi cognitivo comportamentali, psicoterapia supportiva; nonché terapie integrative e complementari, come la musicoterapia, l'arteterapia, o la *mindfulness*, assistenza spirituale o religiosa.

4.2 Obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio è identificare studi scientifici, in letteratura, riguardanti l'esistenza e l'efficacia di metodi non farmacologici per ridurre il livello di distress psicologico nei paziente affetti da cancro, in qualsiasi fase di malattia, di qualsiasi tipo, a qualsiasi stadio; con l'epilogo di trovare orientamenti utili alla pratica infermieristica.

4.3 Quesito di ricerca

Il quesito di ricerca è stato sviluppato secondo la metodologia PICO in modo da poter individuare le *keywords* da inserire durante le ricerche nelle banche dati. Il risultato ottenuto è il seguente:

P (popolazione)	Paziente con qualsiasi tipo di cancro, in qualsiasi fase, stadio e trattamento.
I (intervento)	Interventi non farmacologici
O (obiettivo)	Riduzione del distress psicologico

4.4 Materiali e metodi

La ricerca è stata effettuata consultando documenti ed articoli scientifici che prendessero in considerazione il quesito di partenza, in particolare consultando le banche dati: “*Pubmed-Medline*” e “*Cinahl plus with full text*”. Successivamente, ulteriori evidenze sono state cercate dalle medesime fonti con focus sulle principali tecniche complementari individuate in letteratura.

Le parole chiave, identificate attraverso il metodo PIO/PICO, utilizzate sono state: “*psychological distress*”, “*complementary OR alternative OR non pharmacological*”, “*therapy OR intervention*”, “*cancer*”, “*cancer patients OR oncology patient OR patients with cancer*”, “*art therapy*”, “*music therapy*”, “*animal assisted therapy*”, e varie stringhe di ricerca elaborate dalla loro combinazione.

I criteri di selezione impostati sono stati: *free full text*, genere umano, pubblicazione dal 2015 al 2021, in lingua inglese o italiana.

Gli studi selezionati comprendono 4 trials controllati randomizzati (RCT), 3 revisioni narrative, 1 studio di coorte, 2 studi pilota, 1 report preliminari, 1 metanalisi e 1 revisione sistematica con metanalisi. Gli studi che sono stati esclusi non erano inerenti al quesito di base o erano di interesse marginale o troppo generici, o già stati valutati su altre banche dati.

Sono stati inoltre reperiti documenti e informazioni anche via web sui siti di alcune associazioni, quali: *National Institutes of Health – National Center for Complementary and Alternative Medicine (NIH-NCCAM)*; AIOM/AIRTUM; OMS; Psiconcologia, Riabilitazione, Informazione, Assistenza Malati Oncologici (PRIAMO).

4.5 Risultati della ricerca

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	ARTICOLI TROVATI / SELEZIONATI	DISEGNO DI STUDIO	TITOLI E AUTORI ARTICOLI SELEZIONATI	RISULTATI DELLO STUDIO
PubMed-Medline Filtri applicati: - data pubblicazione: 2015-2021 - genere: umano - lingua: inglese o italiano - free full text	(complementary OR alternative OR non pharmacological) AND (therapy OR intervention) AND cancer AND psychological distress	39/7	Revisione narrativa	Yoga for symptom management in oncology: a review of the evidence base and future directions for research. Suzanne C Danhauer, Elizabeth L Addington, Lorenzo Cohen, Stephanie J Sohl, Marieke Van Puymbroeck, Natalia K Albinati, S Nicole Culos-Reed. Published online: 15 Jun 2019	Lo yoga migliora molteplici aspetti del QoL, sintomi specifici del cancro, esiti psicologici e importanti biomarcatori come la regolazione dell'ormone dello stress, la funzione immunitaria e i marcatori infiammatori. Inoltre, le prove supportano che i risultati sono migliori per coloro che si impegnano nello yoga più spesso.
			Revisione narrativa	Complementary therapies for symptom management in cancer patients. Aanchal Satija, Sushma Bhatnagar. Published online: Dec 2017	Una varietà di combinazione di terapie complementari ha risultato avere un potenziale per la cura dei sintomi psicofisici nei pazienti oncologici, senza riscontrare relativamente rischi.
			Studio di coorte	Factors associated with the use of complementary and alternative medicines for prostate cancer by long-term survivors. Sam Egger, Suzanne Hughes, David P Smith, Suzanne Chambers, Clare Kahn, Annette Moxey, Dianne L O'Connell. Published online: 7 Mar 2018	Il 17% dei 966 uomini utilizzano le CAM per il cancro alla prostata, in particolare queste terapie vengono usate come risposta attiva al distress psicologico che il cancro e la paura di recidiva comporta.

			RCT	Group Yoga Effect on Cancer Patient and Caregiver Symptom Distress: Assessment of Self-reported Symptoms at a Comprehensive Cancer Center. Gabriel Lopez, Alejandro Chaoul, Catherine Powers-James, Carol A Eddy, Smitha Mallaiah, Telma I Gomez, Janet L Williams, Qui Wei, Eduardo Bruera, Lorenzo Cohen. Published online: 31 Aug 2018	Per tutti i partecipanti si è osservata una riduzione/miglioramento clinicamente significativa dei sintomi, quali ansia, fatigue, benessere, appetito, disturbi del sonno e distress. Si afferma inoltre, che una singola lezione di yoga di gruppo ha portato a un miglioramento di più sintomi auto-riportati.
			Studio pilota	A Specific Type of Tibetan Medicine Meditation for Women with Breast Cancer: A Pilot Survey. Gioacchino Pagliaro, Francesco Bernardini. Published online: 15 May 2019	È stato evidenziato un miglioramento degli aspetti psicologici quali ansia, depressione, rabbia, affaticamento e confusione. Quindi, questa tecnica è efficace nel diminuire il distress psicologico nelle donne con cancro al seno e può essere ritenuta un'importante terapia complementare alle cure oncologiche.
			Report preliminare	Exercise Improves Physical Function and Mental Health of Brain Cancer Survivors: Two Exploratory Case Studies. Gregory T Levin, Kenneth M Greenwood, Favil Singh, Daphne Tsoi, Robert U Newtons. Published online: 14 Aug 2015	Misurazioni oggettive hanno mostrato responsi positivi riguardanti una morbilità ridotta. I punteggi sulla scala HADS hanno mostrato dei miglioramenti clinicamente significative in depressione, ansia e distress totale. L'esercizio fisico quindi, può essere sicuro e benefico nei pazienti con cancro al cervello.

			Revisione sistematica e metanalisi	Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Friederike Kohler, Zoe-Sofia Martin, Ruth-Suzanne Hertrampf, Christine Gabel, Jens Kessler, Beate Ditzen, Marco Warth. Published online: 16 Apr 2020	L'uso di musicoterapia ha trovato risultati promettenti per quanto riguarda l'ansia e la depressione durante il trattamento curativo, mentre in contesti palliativi sono stati segnalati miglioramenti per quanto riguarda la qualità della vita, il benessere spirituale, il dolore e lo stress. Inoltre, tale terapia, ha mostrato significativi miglioramenti nel benessere psicologico, distress e QoL.
Pubmed-Medline	(cancer) AND (psychological distress) AND "Animal Assisted Therapy"[Mesh]	2/1	Revisione narrativa	Complementary medicine in cancer care: adding a therapy dog to the team. Dawn A Marcus. Published online: Aug 2012	È stato dimostrato che le visite dei cani da terapia riducono significativamente dolore, ansia, depressione, distress psicologico e fatigue sia nei pazienti ricoverati che quelli ambulatoriali nel setting oncologico e anche negli hospice.
Cinahl plus Filtri applicati: - data pubblicazione: 2015-2021 - lingua: inglese - testo completo	Psychological distress AND (complementary OR alternative OR nopharmacological) AND (therapy or intervention) AND (cancer patients OR oncology patient OR patients with cancer)	19/2	Metanalisi	The Effects of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. Chen, Pei-Ying; Liu, Ying-Mei; Chen, Mei-Ling. Published online: Jun 2017	L'ipnosi ha un effetto significativo ed immediato sull'ansia nei pazienti oncologici, in particolare per i pazienti oncologici pediatrici, malignità ematologica e fattori di stress correlati alle procedure. Inoltre, l'ipnosi somministrata da un terapeuta è significativamente più efficace dell'autoipnosi.

			RCT	Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Compen, F., Bisseling E., Schellekens M., Donders R., Carlson L., van der Lee M., Speckens A., Published online: 8 Oct 2018	Rispetto a TAU, sia MBCT che eMBCT hanno dimostrato un distress psicologico significativamente inferiore e hanno ridotto, inoltre, la paura di recidiva del cancro e aumentato la qualità della vita correlate alla salute mentale.
	Psychological distress AND art therapy AND (cancer patients OR oncology patients OR patients with cancer OR cancer)	4/2	RCT	The effects of Self-Book art therapy on cancer-related distress in female cancer patients during active treatment: A randomized controlled trial. Radl, Donna; Vita, Maureen; Gerber, Nancy; Gracely, Edward J.; Bradt, Joke. Published online: Sep 2018	Il 30% dei partecipanti alla terapia artistica <i>Self-Book</i> ha riportato punteggi di distress emotivo post-intervento al di sotto del range anormale per distress emotivo, comparato con solo il 5% dei partecipanti del gruppo controllo standard, suggerendo che l'arte terapia <i>Self-Book</i> può avere valore clinico.
			Studio pilota	A pilot study of improved psychological distress with art therapy in patients with cancer undergoing chemotherapy. Elimimian, E.B.; Elson, L.; Stone, E.; Bulter, R.S.; Doll, M.; Roshon, S; Kondaki, C.; Padgett, A; Nahleh, Z. A. Published online: Sep 2020	Il distress emotivo e l'ansia sono migliorati immediatamente dopo l'art therapy, ma l'effetto è stato di breve durata e non è stato sostenuto durante il follow-up. Differentemente per il dolore e la depressione che hanno mantenuto l'effetto anche nel follow-up.

	Psychological distress AND music therapy AND (cancer patients OR oncology patients OR patients with cancer OR cancer)	5/2	RCT	Music intervention improves the physical and mental status for patients with breast cancer: A protocol of randomized controlled trial. Xiuting Li; Guangpeng Du; Wei Liu; Fangfei Wang; Li, Xiuting; Du, Guangpeng; Liu, Wei; Wang, Fangfei. Published online: Apr 2020	L'intervento musicale è altamente raccomandato per gestire lo stato psicologico nelle donne con cancro al seno.
			Report preliminare	The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report. Lopez, Gabriel; Christie, Aimee J; Powers-James, Catherine; Bae, Mi Sun; Dibaj, Seyedeh S; Gomez, Telma; Williams, Janet L; Bruera, Eduardo. Published online: Mar 2019	Un singolo intervento di musicoterapia personalizzato, di persona, come parte di un servizio di consulenza oncologica integrativa ospedaliera, ha contribuito al miglioramento significativo del distress globale, fisico e psicosociale riducendo ansia, sonnolenza, depressione, dolore, nausea e fatigue.

5. DISCUSSIONI

Nello studio “*Yoga for symptom management in oncology: a review of the evidence base and future directions for research*” (Danhauer S.C. et al., 2019) sono stati esaminati studi randomizzati controllati (RCT) di yoga condotti in questi punti del continuum tumorali (N=29; n=13 durante il trattamento, n=12 post trattamento, n=4 con campioni misti). Solo 4 studi includevano un gruppo di confronto attivo, come consigli di supporto, stretching o gruppi di controllo dell’attività fisica, e gli altri usavano un metodo di lista d’attesa o gruppi di controllo delle cure abituali. I campioni includevano prevalentemente donne con cancro al seno. Ad eccezione di un singolo studio incentrato solo sulla respirazione yogica, la maggior parte degli studi condotti durante il trattamento ha coinvolto protocolli multicomponente; mentre, nel post trattamento gli interventi sono stati progettati come delicati esercizi di stretching e rafforzamento, tra cui tecniche di respirazione, posture, meditazione e rilassamento. I 4 studi che includevano sia i pazienti in trattamento on che off avevano risultati meno coerenti, con nessuno che segnalava miglioramenti nell’affaticamento e due che riportavano miglioramenti sulla QoL, il sonno e la depressione. I risultati degli RCT condotti durante e dopo il trattamento hanno costantemente trovato miglioramenti in più domini di QOL, affaticamento, sonno, esiti psicologici e dei biomarcatori che includevano la regolazione del cortisolo e marcatori infiammatori. È importante sottolineare che nessuno degli studi ha documentato gravi eventi avversi associati allo yoga, ma solo alcuni piccoli eventi avversi segnalati (ad esempio, dolore muscolare).

Lopez G. et al. (2018) ha esaminato i punteggi dei sintomi pre-yoga e post-yoga utilizzando il sistema di valutazione dei sintomi Edmonton (ESAS). Le sottoscale ESAS analizzate includono distress globale (GDS), fisico (PHS) e psicologico (PSS). Tutti i partecipanti (N=282) hanno frequentato una delle due lezioni di yoga: YLow (tecniche di stretching, respirazione, rilassamento e meditazione) e YHigh (spostamento attraverso le posture con il respiro). È stato osservato una riduzione/miglioramento clinicamente significativo per ansia, depressione, affaticamento, benessere e tutte le sottoscale ESAS. In particolare, confrontando i gruppi, YLow ha contribuito a un maggior miglioramento del sonno e della fatigue.

Gli stessi sistemi di valutazione sono stati utilizzati nello studio ‘The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary

report.’ (Lopez G. et al, 2019). Grazie agli interventi di musicoterapia vi sono stati miglioramenti statisticamente e clinicamente significativi, oltre che per tutte le sottoscale ESAS, anche per ansia, depressione, nausea, affaticamento, sonnolenza, mancanza di respiro e dolore. I tassi di risposta clinica più elevati sono stati osservati per ansia (92%), depressione (91%) e dolore (89%). I tipi di interventi inclusi erano i seguenti:

- *Active musicmaking/active music engagement* (AME) che richiede, come si evince dalla denominazione, la partecipazione attiva del paziente (es. suonare il tamburo);
- *ISO – principle* ovvero un concetto di abbinamento di vari aspetti musicali con lo stesso comportamento e/o umore del paziente.
- *Lyric analysis and songwriting* che coinvolge l’uso di canzoni e testi esistenti per facilitare la discussione e/o creare testi e musica propri;
- *Therapeutic singing and oral motor and respiratory exercises* (OMREX) ovvero tecniche di terapia musicale neurologica (NMT); la terapia del canto “comporta l’uso non specificato di attività canore per facilitare l’inizio, lo sviluppo, e l’articolazione nel linguaggio nonché l’incremento delle funzioni dell’apparato respiratorio”. L’ OMREX implica “l’uso di materiali ed esercizi musicali, specialmente attraverso vocalizzi e suonare strumenti a fiato, per migliorare l’articolazione e la forza respiratoria e le funzioni dell’apparato vocale”;
- *Music listening* è una forma passiva d’intervento dove l’individuo ascolta musica dal vivo o registrata.

Nello studio condotto da Satija A. e Bhatnagar S. (2017) si evince che le terapie complementari hanno mostrato effetti benefici nei paziente oncologici mirando a fornire una guarigione olistica. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) include tecniche come ipnosi, immagini, meditazione; che sono considerate anche come terapie di rilassamento, e sono state notevolmente ricercate individualmente o in combinazione con altre terapie. Allo stesso modo, la guarigione spirituale viene fornita non solo attraverso interventi spirituali, ma anche con interventi musicali, yoga, meditazione o guarigione energetica. Tutte le terapie descritte hanno un potenziale per le cure sintomatiche nei pazienti oncologici. Mentre l’ipnosi ha prove promettenti per la gestione dei sintomi (dolore, nausea, vomito, fatigue), la meditazione migliora sostanzialmente la funzione psicologica, la salute mentale e la QoL. Il T’ai Chi e qigong sono terapie congiunturali benefiche per la cura del cancro di supporto, ma il loro ruolo nella riduzione del dolore oncologico non è ben provato; in modo opposto l’agopuntura è efficace per ridurre gli

effetti collaterali quali dolore. Anche altre terapie come le tecniche di massaggio, le terapie energetiche e gli interventi spirituali hanno dimostrato un ruolo positivo nella gestione dei sintomi legati al cancro e nel miglioramento del benessere generale. Questi interventi sono relativamente liberi da rischi e quindi possono essere somministrati insieme a trattamenti convenzionali. Solo adottando queste terapie in base alle convinzioni e alle preferenze del paziente, è possibile fornire un'assistenza olistica ottimale incentrata sul paziente.

Egger S. et al. (2018) ha condotto uno studio di coorte basato su uomini con cancro alla prostata che avevano meno di 70 anni alla diagnosi in Australia. In queste analisi sono stati inclusi gli uomini che hanno restituito un questionario di follow-up di 10 anni (996 uomini di 1643), che includeva domande sull'uso delle CAM; esse sono definite come "qualsiasi sistema medico, pratica o prodotto che non sia considerato un'assistenza standard" (OCCAM del *national Cancer Institute*). Dei 996 il 17% utilizzavano CAM per il cancro alla prostata. Le categorie più comuni di CAM utilizzate per il cancro alla prostata erano gli integratori alimentari (11.6%) e le attività di *self-help* (7.3%). L'uso delle CAM per il cancro alla prostata era associato a livelli più elevati di distress specifico da cancro e paura di recidiva, quindi per alcuni uomini l'uso di queste terapie fa parte di una risposta attiva al distress psicologico.

Lo studio "A specific type of tibetan medicine meditation for women with breast cancer: a pilot survey" ha dimostrato l'efficacia della meditazione tibetana su un campione di 62 donne con il cancro al seno in trattamento chemioterapico evidenziando un miglioramento degli aspetti psicologici quali ansia, depressione, rabbia, affaticamento e confusione alla fine delle cinque sessioni di questo tipo di meditazione. In conclusione, è stato dimostrato che questa tecnica ha ridotto significativamente il distress psicologico nelle donne colpite dal cancro al seno.

Ancora per le donne con K mammario si è valutato l'effetto dell'intervento musicale sul loro stato mentale e fisico attraverso lo studio controllato randomizzato di Xiuting Li, M.M. et al. (2020). Ai pazienti del gruppo di intervento viene somministrato un intervento musicale e, nel gruppo di controllo, i pazienti non ricevono alcuna informazione sulla musicoterapia nel periodo di questo studio. Il risultato primario si ha sulla qualità della vita e il distress psicologico, e in secondo luogo vi sono miglioramenti anche della frequenza cardiaca, la pressione sanguigna e per la scala analogica visiva (VAS).

Due pazienti di sesso femminile a cui è stato diagnosticato il glioblastoma multiforme e l'oligodendroglioma hanno partecipato a un programma di esercizi strutturato e supervisionato di 12 settimane (Levin, G.T. et al., 2016). Le misure fisiche e fisiologiche oggettive, insieme agli esiti soggettivi riportati dal paziente sono state registrate al basale, dopo 6 settimane e di nuovo al completamento del programma. Durante l'intero programma di 12 settimane, c'è stato un miglioramento costante per tutti i risultati di salute mentale: depressione, ansia e distress totale. C'è stato anche un grande e clinicamente significativo cambiamento categorico nella soddisfazione per la vita.

Dalla revisione sistematica e seguente metanalisi di Kohler F. et al. (2020) si esplicita che diciannove studi hanno riportato risultati riferiti al benessere psicologico attraverso interventi di musicoterapia durante il trattamento curativo del cancro. Gli interventi utilizzati principalmente sono stati: rilassamento e immagini, canto e improvvisazione con strumenti che erano fattibili da suonare. I risultati psicologici inclusi comprendevano ansia, depressione, distress psicologico e benessere, umore, funzionamento emotivo, rilassamento, speranza e resilienza. Nelle cure psico-oncologiche, la musicoterapia è raccomandata dalle linee guida nazionali in Germania come opzione di trattamento per alleviare l'ansia o le paure assistenziali.

Grazie allo studio di Marcus D.A. si è dimostrato che la terapia basata sulla visita di animali riduce significativamente dolore, ansia, depressione e fatigue sui pazienti ospedalizzati, e non, in diverse condizioni cliniche. La National Home and Hospice Care Survey riporta che il 42% dei curanti dell'hospice offrono terapie complementari, tra cui la pet therapy al quarto posto tra le più utilizzate, dopo il massaggio, i gruppi di supporto e la musicoterapia. I vantaggi, riportati dai pazienti, rispetto a questo intervento sono:

- Riduzione della paura, dell'ansia, del senso di isolamento e solitudine;
- Relazionarsi con gli animali aiuta i pazienti ad esternare i propri timori;
- Gli animali non evitano i pazienti morenti né si intromettono nel processo di elaborazione del lutto del paziente.

La metanalisi di 20 studi (Chen P.Y. et al., 2017) ha segnalato come l'ipnoterapia attenui in modo significativo i sintomi psicologici dei malati di cancro, aumentando le emozioni positive e di conseguenza, migliorando la qualità della vita. L'effetto immediato si è rilevato sull'ansia nei pazienti oncologici, con effetto più elevato nei campioni di studio

pediatrico, malignità ematologica, studi su fattori di stress correlati alla procedura.

Compen F. et al., (2018) ha condotto un RCT multicentrico parallelo a tre bande per confrontare l'efficacia di MBCT ed eMBCT con TAU nel ridurre il distress psicologico nei pazienti con cancro (N=245; MBCT n=77; eMBCT n=90; TAU n=78). I partecipanti dovevano avere un punteggio maggiore/uguale a 11 sulla scala HADS. Il protocollo MBCT è stato adattato ai pazienti con cancro includendo la psicoeducazione correlata al cancro ed esercizi di movimento adattati; l'eMBCT includeva l'interazione scritta asincrona settimanale con una terapeuta via e-mail e l'accesso a un sito Web sicuro contenente materiale per 8 settimane più un giorno silenzioso; mentre Tau consisteva in tutta l'assistenza sanitaria che i pazienti di solito ricevevano. Nei confronti tra gruppi di entrambi gli interventi rispetto al TAU, i pazienti in condizioni MBCT ed eMBCT hanno riportato un post-intervento di distress psicologico significativamente inferiore rispetto a quelli che ricevevano TAU. Rispetto a TAU, sia MBCT che eMBCT hanno ridotto significativamente la paura della recidiva del cancro e miglioramento della qualità della vita legata alla salute mentale, ma non di qualità della vita legata alla salute fisica.

In aggiunta maggiori miglioramenti nel benessere spirituale e nei punteggi di distress emotivo post-intervento sono stati riscontrati grazie allo studio controllato randomizzato (N=62) di Radl, D. et al. (2018). Le pazienti, tutte donne con cancro, sono state assegnate casualmente a un programma di terapia artistica *Self-Book* di 6 sessioni o a cure standard. Il 30% di quelle che partecipavano alla terapia artistica ha riportato una significativa riduzione di distress emotivo, contro solo il 5% delle partecipanti al gruppo controllo delle cure standard.

Nello studio di coorte (N=50) di Elimimian, E.B. (2020) si è esaminata la capacità dell'art therapy di ridurre il peso emotivo di una diagnosi di cancro attraverso una scala analogica visiva (VAS) per distress emotivo, depressione, ansia e dolore. I benefici sono stati visti immediatamente dopo la sessione di art therapy e sono persistiti sia per il dolore che per la depressione almeno 48-72 ore dopo, in tutti i gruppi. Anche il distress emotivo e l'ansia sono migliorati immediatamente dopo l'art therapy, ma l'effetto è stato di breve durata e non è stato sostenuto durante il follow-up. Dei pazienti con un punteggio di distress elevato, 8 (25%) erano principalmente preoccupati per la loro salute generale e 6 (18,8%) erano preoccupati per il loro trattamento medico.

6. CONCLUSIONI

Per i pazienti oncologici ricevere una diagnosi, sperimentare l'incertezza relativa alla severità della malattia, provare gli effetti collaterali e temere le recidive può portare ad un significativo livello di distress psicologico globale; proprio per questo motivo il cancro viene considerato come una “malattia biopsicosociale” (Blutz, B.D. et al., 2006). Le sequele psicologiche del cancro possono oltretutto, come identificato dalla letteratura, favorire la proliferazione tumorale. *L'American Society of Clinical Oncology (ASCO)* ha approvato linee guida sull'uso di terapie integrative per la gestione dei sintomi del cancro e degli effetti negativi come stress e ansia. Numerosi studi condotti in Europa hanno rilevato che un malato di tumore su tre ricorre alle medicine complementari per contenere gli effetti avversi sopra citati.

Tutti gli studi esaminati evidenziano riduzione del distress psicologico e fattori correlati ad esso quali: ansia, depressione, fatigue e disturbi del sonno.

La MBCT ha dimostrato un'incidenza maggiore rispetto al TAU nel miglioramento della QoL correlata alla salute mentale. Soprattutto esso è un intervento che può essere attuato anche via Internet senza diminuire la sua efficacia; fattore molto importante in quanto alcuni paziente affetti da cancro potrebbero trovare un ostacolo negli interventi *face-to-face*. Basti pensare, oltre alle menomazioni dovute alla malattia e ai trattamenti, all'emergenza sanitaria attuale che limita gli spostamenti.

Stesso beneficio rispetto la QoL viene rilevato nello yoga che inoltre, comporta un'importante variazione a livello biologico. Di fatti esso provoca una diminuzione della regolazione dell'ormone dello stress e il potenziamento delle funzioni immunitarie (Danhauser S.C. et al., 2019).

Le linee guide *SIO* individuano le tecniche mente – corpo come raccomandazione **1B (1A)** nel cancro al seno). In particolar modo, tra queste tecniche, la musicoterapia è un importante trattamento complementare e creativo nella cura del cancro psicosociale (Bro et al., 2018). Tale terapia trova risultati positivi in base alle diverse fasi del trattamento oncologico (Kohler, F. et al., 2020):

- Durante il trattamento curativo del cancro, la musicoterapia ha avuto impatto positivo su benessere, ansia, depressione e umore; inoltre, è interessante notare come diversi studi hanno riferito una riduzione dell'assunzione di analgesici in risposta alla musicoterapia. In questa fase sono stati utilizzati interventi quali relax

e immaginazione, canto e improvvisazione con strumenti che erano fattibili da suonare;

- Durante le cure palliative invece, la musicoterapia ha avuto successo quando utilizzata per ridurre ansia, stress e per migliorare la spiritualità e il benessere psicofisiologico.

Inoltre, si è affermato come anche un singolo intervento di musicoterapia su misura nell'ambito di un servizio integrativo di consulenza ospedaliera oncologica ha contribuito al significativo miglioramento del distress globale, fisico e psicosociale (Lopez, G. et al., 2019). Ascoltare la musica rilassante è efficace nel ridurre il distress associato al trattamento, rilassarsi, diminuire l'ansia, aumentare il comfort e ridurre nausea e vomito (Li, X.M. et al., 2012) Per tanto la musicoterapia può essere d'aiuto, date le sue moltitudini sfaccettature d'approccio, a tutti i tipi di pazienti oncologici, in qualsiasi fase di trattamento essi si trovino e in qualsiasi stadio della malattia.

La revisione ha permesso di sintetizzare le attuali evidenze sull'efficacia degli interventi non farmacologici per la riduzione del distress psiconcologico. Tuttavia, non è stato riscontrato il ruolo che l'infermiere può giocare in questi tipi di interventi. Tecniche e approcci complementari potrebbero offrire all'infermiere la possibilità di ampliare il proprio bagaglio di competenze sia per quanto riguarda uno stile assistenziale olistico sia per un più efficace intervento su specifici problemi verso i quali non sempre la medicina tradizionale riesce a porre soluzioni definitive. Ragion per cui la raccolta dati potrebbe essere favorita mediante delle indagini e raccogliendo anche esperienze e vissuti degli infermieri, di conseguenza i risultati potrebbero evidenziare aspetti non ancora rilevati o possibili limiti.

L'essere umano racchiude in sé sorprendenti capacità per ristabilirsi e riequilibrarsi da solo, soprattutto se agevolato in tal senso (Giacomuzzi M. 2015); in questo sicuramente le terapie non farmacologiche e l'assistenza infermieristica olistica sarebbero d'aiuto.

“Come infermieri abbiamo la possibilità di guarire il cuore, la mente, l'anima e il corpo dei nostri pazienti, le loro famiglie e noi stessi. Essi possono dimenticare il tuo nome, ma non potranno mai dimenticare come li hai fatti sentire.” – Maya Angelou.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- AIOM (2019) ‘Linee guida: Assistenza psico-sociale dei malati oncologici’, https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2019/10/2019_LG_AIOM_Psicosociali.pdf
- AIOM (2020) ‘I numeri del cancro in Italia 2020.’, https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/2020_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf
- AIOM (2021) ‘Tumori: in 10 anni +37% di pazienti vivi dopo la diagnosi ma oltre 2 milioni di screening in meno nei primi 9 mesi del 2020.’, <https://www.aiom.it/speciale-covid-19-tumori-in-10-anni-37-di-pazienti-vivi-dopo-la-diagnosi-ma-oltre-2-milioni-di-screening-in-meno-nei-primi-9-mesi-del-2020/>
- AIOM (2020) ‘Tumori: “377.000 nuovi casi in Italia nel 2020 ma aumentano solo nelle donne 3,6 milioni vivono dopo il cancro, -20% diagnosi per il colon-retto in 7 anni.’, <https://www.aiom.it/tumori-377-000-nuovi-casi-in-italia-nel-2020-ma-aumentano-solo-nelle-donne-36-milioni-vivono-dopo-il-cancro-20-diagnosi-per-il-colon-retto-in-7-anni/>
- Arving, C., Sjudén, P.O., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B. & Brandberg, Y. (2007) ‘Individual psychosocial support for breast cancer patients: a randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care.’, *Cancer Nurs.*, vol. 30, pp. 10-19.
- Back, A.L., Arnold, R.M., Baile, W.F., Tulsky, J.A. & Fryer-Edwards, K. (2005) ‘Approaching difficult communication tasks in oncology.’, *CA Cancer J Clin*, vol. 55, pp. 164-77.
- Baker, T.A., Krok-Schoen, J.L. & McMillan, S.C. (2016) ‘Identifying factors of psychological distress on the experience of pain and symptom management among cancer patients.’, *BMC Psychol*, vol. 4, pp. 52.
- Bellani, M., Bottaccioli, F., Lucchini, D. & Lazzari, D. (2013) ‘L’intreccio: mente, stress e cancro.’
- Benelli, C. & La Spina, C. ‘Stress: cause, sintomi e disturbi correlati – Psicologia.’, <https://www.stateofmind.it/tag/stress/>
- Bernardi, T., Bolognini, S., Giordano, R. & Scardovi, L. (2007) ‘Il counseling applicato all’assistenza infermieristica aumenta la compliance del paziente pediatrico terminale e della sua famiglia al processo assistenziale.’, *EBN*.

- Bultz, B.D. & Carlson, L.E. (2006) 'Emotional distress: The sixth vital sign - Future directions in cancer care.', *Psycho-Oncology*, vol. 15, pp. 93-95.
- Burrai, F. & Bergami, B. (2008) 'L'assistenza infermieristica olistica.', *Nursing Oggi*, numero 2.
- Carvello, M. & Turri, C. (2019) 'Edu-care alle emozioni: la competenza infermieristica nella gestione dell'emotional well being tra gli adolescenti.', *Rivista L'infermiere* N°1.
- Cassileth, B.R., Deng, G.E., Gomez, J.E., Johnstone, P., Kumaer, N. & Vickers, A.J. (2007) 'Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition).', *Chest*, vol. 132, pp. 340-354.
- Cathcart, F. (2006) 'Psychological distress in patients with advanced cancer.', *Clin Med (Lond)*, vol. 6, pp. 148-150.
- Chen, P.Y., Liu, Y.M. & Chen, M.L. (2017) 'The effect of hypnosis on anxiety in patients with cancer: a meta-analysis.', *Worldviews Evid Based Nurs*, vol. 14, pp. 223-236.
- Chetta, G. (2008) 'Educazione mentale nell'ambito della psico-neuro-endocrino-connettivo-immunologia.', *Stress e benessere* edizione 03/2008.
- Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., Van der lee, M. & Speckens A. (2018) 'Face-to-face and Internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patient with cancer: a multicenter randomized controlled trial.', *J Clin Oncol.*, vol. 36, pp. 2413-2421.
- Danhauer, S.C., Addington, E.L., Cohen, L., Sohl, S.J., Puymbroeck, M.V., Albinati, N.K., & Culos-Reed, S.N. (2019) 'Yoga for symptom management in oncology: a review of the evidence base and future directions for research.', *Cancer*, vol. 125, pp. 1979-1989.
- Dekker, J., Karchoud, J., Braamse, A.M.J., Buiting, H., Konings, I.R.H.M., Van Linde, M.E., Schuurhuizen, C.S.E.W, Sparangers, M.A.G., Beekman, A.T.F. & Verheul, H.M.W. (2020) 'Clinical management of emotions in patients with cancer: introducing the approach "emotional support and case finding".', vol. 10, pp. 1399-1405.
- Egger, S., Hughes, S., Smith, D.P., Chambers, S., Kahn, C., Moxey, A. & O'Connel, D.L. (2018) 'Factors associated with the use of complementary and

- alternative medicines for prostate cancer by long-term survivors.’, PLoS One, vol. 13.
- Elimimian, E.B., Elson, L., Stone, E., Butler, R.S., Doll, M., Roshon, S., Londaki, C., Padgett, A. & Nahleh, Z.A. (2020) ‘A pilot study of improved psychological distress with art therapy in patients with cancer undergoing chemotherapy.’, BMC Cancer, vol. 20, pp. 289.
 - Gatto, C. (2016) ‘L’occhio dell’Infermiere e la comunicazione con il paziente.’, <https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>
 - Grassi, L., Nanni, M.G. & Caruso, R. (2010) ‘Emotional distress in cancer: screening policy, clinical limitations and educational needs.’, Journal of Medicine and the Person, vol. 8, pp. 51-59.
 - Grazioli, L., Martinelli, V., Dionigi, F., Ballerio, M., Daminai, S., Veglia, T.A., Zanotti, S. & Politi, P. (2013) ‘Sintomatologia ansiosa e depressiva in un campione di donne con carcinoma mammario alla prima visita oncologica.’, Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia, vol. 126, pp. 175-182.
 - Kohler, F., Martin, Z.S., Hertrampf, R.S., Gabel, C., Kessler, J., Ditzen, B. & Warth M. (2020) ‘Music therapy in the psychosocial treatment of adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis.’, Front Psychol, vol. 11, pp. 651.
 - Levin, G.T., Greenwood, K.M., Singh, F., Tsoi, D. & Newton, R.U. (2016) ‘Exercise improves physical function and mental health of brain cancer survivors: two exploratory case studies.’, Integr Cancer Ther, vol. 15, pp. 190-196.
 - Liverani, K. (2016) ‘Il distress nei pazienti oncologici: cos’è, come si valuta e come si agisce.’, <https://www.stateofmind.it/2016/06/distress-nei-pazienti-oncologici/>
 - Lopez, G., Chaoul, A., Powers-James, C., Eddy, C.A., Mallaiah, S., Gomez, T.I., Williams, J.L., Wei, Q., Bruera, E. & Cohen, L. (2018) ‘Group yoga effects on cancer patient and caregiver symptom distress: assessment of self-reported symptoms at a comprehensive cancer center.’ Integr Cancer Ther, vol. 17, pp. 1087-1094.
 - Lopez, G., Christie, A.J., Powers-James, C., Bae, M.S., Dibaj, S.S., Gomez, T., Williams, J.L. & Bruera, E. (2019) ‘The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report.’, Support Care Cancer, vol. 27, pp. 4207-4212.

- Marcus, D.A. (2012) ‘Complementary medicine in cancer care: adding a therapy dog to the team.’, *Curr Pain Headache Rep*, vol. 16, pp. 289-291.
- Marnoni, C. (2018) ‘Relazione infermiere paziente: i fattori di ascolto e tempo nella soddisfazione del paziente.’, <https://www.dimensioneinfermiere.it/relazione-infermiere-paziente-ascolto-tempo-nella-comunicazione-con-assistito/>
- Masci, S., Zeffiro, V., Vellone, E., Biot, M., Costantini, C., Gottardo, C., La Pignola, F., Lowd, S., Mancuso, M., Orrù, A., Pirozzi, V., Ruggini, C., Santamaria Ferraro, A., Sinistri, S., Alvaro, R. & Rocco, G. (2019) ‘Il counseling come strumento d’elezione per il benessere: revisione della letteratura.’, *Rivista Linfermiere* N°2.
- Masera, G. (2006) ‘Joyce Travelbee: la relazione come gesto di cura.’, *I luoghi della cura online*, numero 3.
- Meijer, A., Roseman, M., Delisle, V.C., Milette, K., Levis, B., Syamchandra, A., Stefanek, M.E., Stewart, D.E., De Jonge, P., Coyne, J.C. & Thombs, B.D. (2013) ‘Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review.’, *J Psychosom Res*, vol. 75, pp. 1-17.
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J-L. & Razavi, D. (2010) ‘Cancer patients’ desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients’ psychological need.’, *Psychooncology*, vol. 19, pp. 141-9.
- Mercuri, M. ‘Il Caring, le teorie del Nursing e le buone pratiche’, <https://letteredallafacolta.univpm.it/il-caring-le-teorie-del-nursing-e-le-buone-pratiche-3/>
- Mitchell, A.J. (2013) ‘Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful?’, *Acta Oncol.*, vol. 52, pp. 216-224.
- NIH National Cancer Institute (2015) ‘Complementary and alternative medicine.’, <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam>
- Ortez, G., Valente, R. & Muzzati, B. (2016) ‘Narrare di sé in oncologia: analisi qualitativa delle emozioni in scritti di pazienti e operatori e implicazioni per l’assistenza infermieristica’, *Rivista dell’infermiere* N°3.

- Osborn, R.L., Demoncada, A.C. & Feuerstein, M. (2006) ‘Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses.’, *Int J Psychiatry Med*, vol. 36, pp. 13-34
- Pagliaro, G. & Bernardini, F. (2019) ‘A specific type of tibetan medicine meditation for women with breast cancer: a pilot survey.’, *Oncology*, vol. 97, pp. 119-124.
- Perna, D. (2017) ‘L’infermiere in ambito oncologico: una sfida con se stessi.’, <https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/l-infermiere-in-ambito-oncologico-una-sfida-con-se-stessi.html>
- Piredda, M., Rocci, L., Gualandi, R., Petitti, T., Vincenzi, B., De Marinis, M.G. (2008) ‘Survey on learning need and preferred sources of information to meet these needs in Italian oncology patients receiving chemotherapy.’, *Eur J Oncol Nurs*, vol. 12, pp. 120-126.
- Pirl, W.F., Fann, J.R., Greer, J.A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., Harvey, E., Holland, J., Kennedy, V., Lazenby, M., Wagner, L., Underhill, M., Walker, D.K., Zabora, J., Zebrack, B. & Bardwell, W.A. (2014) ‘Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force.’, *Cancer*, vol. 120, pp. 2946-54.
- Radl, D., Vita, M., Gerber, N., Gracely, E.J. & Bradt, J. (2018) ‘The effects of self-book art therapy on cancer-related distress in female cancer patients during active treatment: a randomized controlled trial.’, *Psychooncology*, vol. 27, pp. 2087-2095.
- RNAO Establishing therapeutic relationship. ‘Nursing Best Practice Guideline’, luglio 2002.
- Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J., Girgis, A., Bandaranayake, D. & Bowman, D. (2005), *Eur J Cancer Care (Engl)*, vol. 14, pp. 7-15.
- Satija, A. & Bhatnagar, S. (2017) ‘Complementary therapies for symptom management in cancer patients.’, *Indian J Palliat Care*, vol. 23, pp. 468-479.
- Schumacher, J.R., Palta, M., Loconte, N.K., Trentham-Dietz, A., Witt, W.P, Heidrich, S.M. & Smith, M.A. (2013) ‘Characterizing the psychological distress

- response before and after a cancer diagnosis.’, *J Behav Med*, vol. 36, pp. 591-600.
- Tarantino, S., Milos, R. & Rosi, I.M. (2018) ‘La voce del corpo: studio qualitativo sull’uso del tocco nella relazione infermiere-assistito.’, *Rivista L’infermiere* N°1.
 - Ugalde, A., Haynes, K., Boltong, A., Withe, V., Krishnasamy, M., Schofield, P., Aranda, S. & Livingston, P. (2017) ‘Self-guided interventions for managing psychological distress in people with cancer – A systematic review.’, *Patient Educ Couns*, vol. 100, pp. 846-857.
 - Van Linde, M.E., Braamse, A.M.J., Collette, E.H., Hoogendoorn, A.W., Snoek, F.J., Verheul, H.M.W. & Dekker, J. (2020) ‘Clinical assessment of emotions in patients with cancer: diagnostic accuracy compared with two reference standards.’, *Psychooncology*, vol. 29, pp. 775-780.
 - Vicini M.A. (1998) ‘Il Counseling, strumento di lavoro dell’infermiere?’’, *Nursing Oggi* n° 1, pp. 66-69.
 - Vodermaier, A., Linden, W. & Siu, C. (2009) ‘Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments.’, *J Natl Cancer Inst.*, vol. 101, pp. 1464-88.
 - Xiuting Li, M.M., Guangpeng Du, M.B., Wei Liu, M.B. & Fangfei Wang, M.B. (2020) ‘Music intervention improves the physical and mental status for patients with breast cancer.’, *Medicine (Baltimore)*, vol. 99.

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo percorso, non possono non ringraziare tutti coloro che mi hanno supportata e guidata durante questi anni universitari.

Il primo ringraziamento va, senza alcun dubbio, alla mia relatrice Traini Tiziana. Le sue conoscenze tramutate in consigli, la sua infinita pazienza e disponibilità mi hanno permesso di arrivare alla conclusione di questo percorso.

Un ringraziamento speciale va ai miei genitori per aver creduto in me, anche quando io non ero pronta a farlo, e per avermi incoraggiato sempre nei momenti più bui. Spero siate fieri di me.

Grazie a mio fratello Michele che mi è rimasto vicino anche quando in cambio riceveva urla e sbalzi d'umore. Ti voglio bene anche se non te lo dico mai, ma so che lo sai.

Grazie a nonno Aurelio e a nonna Vardina che sono sempre riusciti a strapparmi un sorriso senza mai tirarsi indietro alle mie infinite pazzie. La parte più bella di me la devo a voi che mi avete insegnato il valore della semplicità e del vero amore.

Un ringraziamento speciale va ai miei angeli custodi, nonno Franco e nonna Lidia, per avermi protetto dall'alto.

Grazie a Rocco, ciò che di più bello questo percorso mi abbia regalato. Lui che conosce e affronta i miei demoni correndo sempre al mio fianco nella vita e fino alla fine. Alla tua meravigliosa famiglia, la mia seconda famiglia, che mi ha accolto sin da subito come una figlia, posso solo che dire grazie.

Un doveroso e meritato ringraziamento va alla mia Amica Greta, colei che c'è sin dal primo reparto dove anche solo rifare un letto con gli angoli sembrava essere infinitamente difficile. A te così dannatamente simile e opposta a me, a te che non permetti a una moltitudine di Km di dividerci, a te che hai sempre fatto tanto per me senza mai rinfacciare nulla, a te io devo il mio grazie più grande.

Ringrazio Maria Rita, Sara e Cristina per aver reso la distanza da casa meno pesante supportandomi e sopportandomi ogni qualvolta ne avessi bisogno. Inoltre, non posso che ringraziarvi per tutto il trash che mi avete regalato in tutti questi anni.

Grazie a coloro che sono arrivati quasi alla fine, ma hanno subito preso un posto nel mio cuore: Martina, Maddalena e Pierluigi. Così diversi quanto unici mi avete insegnato a non

mollare e a camminare sempre a testa alta. Una parte di voi sarà sempre con me, ovunque mi troverò perché ciò che è dentro di noi non può mai essere cancellato.

Ringrazio tutti i miei coinquilini e la combriccola di Architettura che non mi hanno fatto dormire la notte quando avevo il turno di mattina e mi hanno svegliato la mattina quando dormivo post turno notturno. Le infinite partite a burraco, gli infiniti turni per la pulizia della casa, le infinite scuse per non scendere l'immondizia e le infinite risate, sono qualcosa che custodirò sempre con amore.

Un grazie va alle mie amiche da sempre Francesca e Camilla. Ci siamo trovate, perse e ritrovate senza mai permettere che il nostro bene cambiasse.

Il grazie più umile è per i "miei" pazienti che mi hanno permesso di iniziare a fare e a essere un'infermiera, a voi che mi avete donato ciò che mai nessuna cifra potrà comprare e darmi: amore e gratitudine.

Infine, un piccolo ringraziamento va anche a me stessa. La mia ansia e la mia poca autostima hanno sicuramente contraddistinto questo percorso, ma mi hanno permesso di diventare ciò che sono oggi con tutti i pregi e i difetti. Alla me del futuro chiedo solo di non perdere mai i valori e la passione che questa professione propone.