

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di laurea in Infermieristica

**Tesi di laurea**

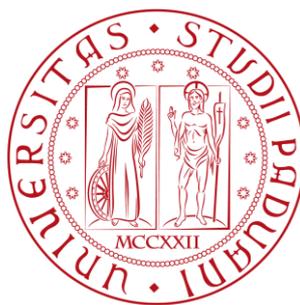
**LA GESTIONE NON FARMACOLOGICA  
DELL'ANSIA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO  
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Prof. Mantoan Claudio

Laureanda: Giacomuzzi Michela

Anno Accademico 2014-2015





**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di laurea in Infermieristica

**Tesi di laurea**

**LA GESTIONE NON FARMACOLOGICA  
DELL'ANSIA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO  
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Prof. Mantoan Claudio

Laureanda: Giacomuzzi Michela

Anno Accademico 2014-2015



# INDICE

## ABSTRACT

**INTRODUZIONE** ..... pag. 1

## **CAPITOLO 1: L'ANSIA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO**

**1.1** L'ansia e il cancro: origini e conseguenze ..... pag 3

**1.2** Ansia, stress e malattia: il circolo vizioso ..... pag 4

**1.3** Il cancro in cifre: epidemiologia ..... pag 5

**1.4** L'ansia ..... pag 5

**1.5** L'ansia nel paziente oncologico: prevalenza del problema ..... pag 6

**1.6** Farmacoterapia, ansia e cancro ..... pag 7

**1.7** Valutazione e gestione dell'ansia nel paziente oncologico ..... pag 8

**1.8** Rilevanza per la professione infermieristica ..... pag 10

## **CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI**

**2.1** Quesito di ricerca ..... pag 11

**2.2** Fonti e metodi di ricerca ..... pag 11

**2.3** L'indagine conoscitiva ..... pag 12

## **CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA**

**3.1** La medicina alternativa, complementare e integrata ..... pag 13

**3.1.1** Prevalenza delle CAM ..... pag 14

**3.1.2** CAM e Sistema Sanitario ..... pag 14

**3.1.3** La legislazione ..... pag 14

**3.1.4** Infermieristica e CAM ..... pag 15

**3.2** Tecniche non farmacologiche, cancro ed ansia ..... pag 17

**3.2.1** Massaggio, massaggio aromaterapico e riflessologia ..... pag 19

**3.2.2** Terapie energetiche: Reiki e tocco terapeutico ..... pag 21

**3.2.3** Yoga, meditazione e respirazione ..... pag 23

**3.2.4** Rilassamento ed immaginazione guidata ..... pag 24

**3.2.5** Le terapie creative: musica, arte, danza ..... pag 25

**3.2.6** La pet therapy ..... pag 27

**3.2.7** L'attività fisica ..... pag 27

**3.2.8** Spiritualità e preghiera ..... pag 28

**3.2.9** Gli interventi psicosociali ..... pag 29

## **CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

<b>4.1</b> Discussione critica sui risultati della ricerca .....	pag 33
<b>4.1.1</b> Massaggio e riflessologia .....	pag 34
<b>4.1.2</b> Terapie energetiche: Reiki e tocco terapeutico .....	pag 35
<b>4.1.3</b> Yoga, meditazione e respirazione .....	pag 35
<b>4.1.4</b> Rilassamento ed immaginazione guidata .....	pag 35
<b>4.1.5</b> Le terapie creative: musica, arte, danza .....	pag 35
<b>4.1.6</b> La pet therapy .....	pag 36
<b>4.1.7</b> L'attività fisica .....	pag 36
<b>4.1.8</b> Spiritualità e preghiera .....	pag 37
<b>4.1.9</b> Gli interventi psicosociali .....	pag 37
<b>4.2</b> Discussione sull'indagine conoscitiva condotta tra gli infermieri.....	pag 37
<b>4.3</b> Conclusioni.....	pag 38
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	pag 41
<b>ALLEGATI</b> .....	pag 47

**1** - Risultati della ricerca – Presentazione degli studi selezionati

**2** - Valutazione qualitativa degli studi selezionati

**3** - Indagine conoscitiva sulla gestione non farmacologica dell'ansia nel paziente oncologico  
- Intervista agli infermieri

**4** – Tabella riassuntiva dei dati raccolti tramite l'indagine conoscitiva nelle UOC “Hospice  
– Cure Palliative” di Montagnana e “Day Hospital Oncologico” di Monselice (ULSS 17)

## ABSTRACT

**Problema:** dalla fine del secolo scorso ad oggi il numero dei malati di cancro è più che raddoppiato, ad oggi si stima che nella sua vita si ammalerà un uomo su due ed una donna su tre. Ricevere una diagnosi oncologica, sperimentare l'incertezza relativa alla severità della malattia ed ai successivi trattamenti, provare gli effetti collaterali e temere le recidive, può portare ad un significativo livello di ansia.

Uno stato ansioso non adeguatamente valutato e gestito si ripercuote sul percorso di cure e sulla qualità di vita del paziente. Lo stress correlato alla permanenza dello stato ansioso comporta inoltre una ridotta efficacia del sistema immunitario e aumenta lo stato infiammatorio dell'organismo, incrementando morbilità e mortalità.

Si ritiene quindi, di fondamentale importanza, ove possibile, l'applicazione di tecniche alternative e complementari, per migliorare la qualità di vita dei pazienti ed il percorso di assistenza, e per limitare gli effetti collaterali dei farmaci in uso per la gestione dell'ansia e le loro possibili interazioni, anche potenzialmente pericolose.

**Obiettivo:** lo scopo della revisione è di analizzare in modo critico quanto riscontrato in letteratura scientifica, per valutare l'efficacia delle tecniche non farmacologiche nel ridurre l'ansia del paziente oncologico. Inoltre, integrando con quanto emerso dall'indagine conoscitiva tra il personale infermieristico, esaminare il contributo dell'infermiere nella loro applicazione e cercare orientamenti e consigli utili alla pratica infermieristica.

**Materiali e metodi:** sono stati considerati eleggibili tutti gli studi relativi alle tecniche non farmacologiche per la gestione dell'ansia nel paziente adulto con cancro di qualsiasi tipo e stadio, in qualunque fase di malattia o trattamento, o sopravvissuto. La ricerca ha incluso la consultazione dei database: "*The Cochrane Library*", "*Pubmed-Medline*", "*Elsevier-Scopus*", "*Cinhal-EBSCOhost*", "*Web of Science*", attraverso termini liberi e stringhe di ricerca, impostando come criterio temporale l'arco degli ultimi dieci anni. Ulteriori dati sono stati reperiti anche da libri e riviste cartacee e da siti web.

E' stata inoltre condotta un'indagine conoscitiva relativa al problema trattato, tramite un'intervista creata ad hoc, rivolta agli infermieri operanti in due reparti di pertinenza oncologica dell'azienda ULSS 17 Reg. Veneto.

**Risultati:** le tecniche non farmacologiche, o alternative e complementari (*CAM*), sono sempre più utilizzate dai pazienti oncologici per alleviare gli effetti della malattia e dei trattamenti e migliorare la qualità di vita. L'efficacia dei vari interventi analizzati è comprovata nella maggioranza delle evidenze consultate per la riduzione dell'ansia. Ulteriori benefici evidenziati riguardano la diminuzione di dolore, depressione, *fatigue*, nausea, dispnea, disturbi del sonno, e, in alcuni casi, il potenziamento della funzione immunitaria e

la riduzione dei *markers* infiammatori.

Solo un esiguo numero di studi riporta risultati inconcludenti, soprattutto relativamente alle tecniche energetiche e pratiche spirituali ed alla *pet therapy*, si fa notare però come le prime due siano difficilmente indagabili coi tradizionali metodi scientifici e l'esiguità delle evidenze reperite riguardo l'ultima.

L'indagine conoscitiva tra gli infermieri rivela una scarsa conoscenza e diffusione delle *CAM* nella pratica assistenziale nel nostro contesto. Tuttavia il problema è molto sentito e si manifesta curiosità ed apertura verso queste tecniche, suggerendo l'implementazione di corsi di formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale infermieristico.

**Conclusioni:** le tecniche *CAM* rappresentano interventi facilmente applicabili, sicuri, economici, non invasivi ed efficaci per diminuire l'ansia ed altri spiacevoli sintomi nel paziente oncologico, migliorarne la qualità di vita, la funzionalità psicofisica ed il percorso di cura in toto. Ulteriori ricerche sono tuttavia necessarie circa le modalità di applicazione più corrette ed efficaci all'interno del percorso di assistenza. Alcuni studi evidenziano inoltre come gli interventi gestiti dalla figura dell'infermiere risultino maggiormente efficaci e graditi ai pazienti. Si rivela quindi auspicabile l'implementazione degli interventi *CAM* per la gestione dell'ansia negli studi e nella pratica dell'assistenza infermieristica oncologica.

## INTRODUZIONE

Questo elaborato, attraverso una revisione delle pubblicazioni internazionali ed un'indagine conoscitiva all'interno dell'azienda ULSS 17, ha lo scopo di rilevare e analizzare l'efficacia dei metodi non farmacologici per la riduzione dell'ansia nei pazienti adulti malati di cancro di qualsiasi tipo, a qualsiasi stadio ed in qualsiasi fase di malattia, o sopravvissuti; valutando il ruolo ed il contributo dell'infermiere in questo contesto, al fine di trovare orientamenti e consigli utili per la pratica infermieristica.

Svariate volte e in numerosi contesti, durante i miei tirocini, mi sono trovata di fronte ad un paziente ansioso e mi sono sentita inadeguata per la mia ignoranza e incapacità nel gestire la situazione. Così come me, ho avuto l'impressione che il personale infermieristico fosse poco formato in tal senso, pur svolgendo un eccellente lavoro, basato però più sull'esperienza e la sensibilità personale, che sulle conoscenze oggettive.

Considerata l'elevatissima prevalenza del cancro nella popolazione (si parla di un uomo su due e una donna su tre) e l'impatto che una malattia così potenzialmente devastante può avere in termini di sequele psicologiche, non è possibile ignorare il problema.

Preoccupazione e salute si influenzano vicendevolmente, e indagare il complesso rapporto che li lega significa cercare di far luce su alcune variabili psicologiche che influenzano il cosiddetto stile di *coping*, l'aderenza ai trattamenti terapeutici e la modifica dei comportamenti a rischio per la salute. Secondo *Peplau* la riduzione dell'ansia può consentire al paziente di spostarsi verso livelli superiori di salute e di indipendente autogestione, concetto che incarna altresì il fine ultimo dell'assistenza infermieristica.

L'argomento di questa tesi è stato scelto per un'autentica e viva necessità di esplorare quanto emerso dalla letteratura scientifica a riguardo, rientrando, la sottoscritta, nella categoria dei 'sopravvissuti' al cancro. Conosco l'ansia della diagnosi, i timori del pre-intervento chirurgico, l'angoscia degli esami di controllo, la paura della recidiva.

Ho provato su di me molte delle terapie complementari trattate in questa tesi: il reiki, il massaggio, lo yoga, la meditazione, la respirazione, l'attività fisica, il *counseling*, e molte altre non citate: dieta, omeopatia, integrazione nutrizionale, *earthing*, ecc.

Non sono contraria ai farmaci a priori, ma sono convinta che l'essere umano racchiuda in sé sorprendenti capacità di ristabilirsi e riequilibrarsi da solo, soprattutto se agevolato in tal senso. Quando ne ho avuto bisogno, ho cercato e trovato il sostegno che mi ha indirizzato ed accompagnato nel processo di autocura. Nel nuovo percorso che mi accingo ad intraprendere voglio rappresentare a mia volta questo tipo di aiuto, conscia che l'obiettivo primario dell'infermiere è quello di far emergere le risorse latenti e stimolare l'innato potenziale di guarigione presente in ciascuno di noi.

L'impostazione del lavoro è stata suddivisa nel modo successivamente descritto.

Nel primo capitolo è introdotto il problema, presentando gli aspetti che contribuiscono a formare e rafforzare il circolo vizioso ansia/cancro, i cui elementi si alimentano a vicenda. Vengono riportati dati di epidemiologia relativi al cancro e all'ansia nei pazienti oncologici. Successivamente si pone l'accento sulla farmacoterapia in uso per l'ansia e relativi effetti collaterali e potenziali rischi per la salute, estrapolati dalla letteratura scientifica.

Si evidenziano poi alcuni programmi attuati, nel panorama nazionale ed internazionale, per il monitoraggio e la gestione dell'ansia nel paziente oncologico.

Infine si discute la rilevanza che la gestione non farmacologica dell'ansia può avere all'interno della professione infermieristica, anche tramite un confronto critico con la filosofia di alcune teoriche del *nursing*.

Nel secondo capitolo vengono presentati il quesito di ricerca, le parole chiave e i criteri di selezione degli studi, nonché le fonti: le banche dati, i supporti cartacei e altre fonti web. Viene poi illustrata l'indagine conoscitiva condotta tra il personale infermieristico di due reparti di contesto oncologico dell'azienda ULSS 17 Reg. Veneto, lo strumento utilizzato e lo scopo del progetto.

Il terzo capitolo illustra nel dettaglio i risultati della ricerca bibliografica. Inizialmente sono introdotte le terapie alternative e complementari (*CAM*), con dati statistici di prevalenza di utilizzo, panoramica sulla loro integrazione all'interno del Sistema Sanitario nazionale e internazionale, sulla legislazione che ne disciplina la pratica e valutazione dell'attuale implementazione all'interno del contesto infermieristico.

Vengono quindi analizzate alcune tra le più diffuse tipologie di *CAM* nello specifico, per ognuna di esse sono presentati gli studi selezionati con una breve descrizione e valutazione di efficacia nella gestione dell'ansia ed eventuali altri dati significativi emersi, soprattutto se concernenti implicazioni infermieristiche.

Nel quarto capitolo vengono espresse considerazioni relative ai risultati dei vari studi, nel panorama complessivo delle tecniche *CAM*, e quindi nello specifico, riprendendo col medesimo criterio, l'analisi effettuata nel terzo capitolo per ciascuna di tali tecniche.

Infine sono riportati i riscontri delle interviste al personale infermieristico relativamente alla percezione ed attuale gestione clinica del problema ed alla conoscenza ed uso delle *CAM* nella pratica assistenziale ordinaria.

Si traggono quindi alcune conclusioni in relazione al quesito di partenza, sottolineando i risvolti che i dati emersi possono implicare per la professione infermieristica in termini di implementazioni per la pratica e gli studi.

# CAPITOLO 1: L'ANSIA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

## 1.1 L'ansia e il cancro: origini e conseguenze

La parola “cancro” porta con sé la paura della morte, suona come un verdetto inappellabile. E i numeri e le statistiche aumentano l'ansia. In Italia nel 2014 sono stati diagnosticati 366.000 nuovi casi di tumore e si stima che nella sua vita si ammalerà di cancro un uomo su due ed una donna su tre (1).

Il cancro si presenta come un'esperienza pervasiva e multidimensionale di sofferenza che coinvolge l'intero organismo, compresa la sfera psicologica e sociale.

La reazione alla diagnosi di neoplasia fa riferimento all'idea di una malattia maligna, a prognosi incerta, potenzialmente letale, dopo un periodo più o meno lungo di menomazione o distruzione della qualità di vita (*QoL*). Lo stress che accompagna la malattia oncologica è correlato al senso di perdita dell'inviolabilità fisica, alla minaccia di morte, alla perdita di autonomia e all'isolamento sociale.

E' noto che l'impatto emozionale suscitato dalla malattia fisica è accompagnato da apprensione, dalla tendenza a focalizzare l'attenzione sui sintomi e dalla ricerca di trattamenti terapeutici volti a ripristinare un soddisfacente livello di salute.

La preoccupazione per la salute diventa disadattiva e patologica qualora assuma dimensioni eccessive, con le caratteristiche di un'esperienza incontrollata ed auto-perpetuantesi. In questo caso anziché favorire il processo di soluzione del problema, lo rallenta e produce sul piano comportamentale indecisione e procrastinazione. Le emozioni giocano un ruolo fondamentale nelle funzioni cognitive, nel *decision-making* e nel controllo dei sintomi.

Molti studi hanno dimostrato che livelli clinicamente rilevanti di *distress* psicologico (ansia, depressione) siano associati a *coping* disadattivo, maggiori bisogni, problemi nelle relazioni, rischio di suicidio, prolungati tempi di riabilitazione, ridotta aderenza ai trattamenti, disfunzioni familiari e sociali e possibile riduzione della durata di vita (2).

Inoltre, i malati che presentano alti livelli di ansia e preoccupazione vengono ricoverati più spesso e per periodi più lunghi. Il disagio psicologico aumenta anche la percezione dei sintomi quali dolore e nausea ed è stata riscontrata una tendenza che porta il medico a prescrivere ed il malato ad assumere una maggior quantità di farmaci e a dosi più elevate.

Comportamenti ansiosi manifestati nelle fasi iniziali della malattia tendono a cronicizzarsi, assumendo i connotati dell'ansia generalizzata o dell'ipocondria che vanno ad inficiare notevolmente sulla *QoL* futura della persona (3). Una condizione di ansia protratta può portare alla demoralizzazione e, a lungo andare, alla depressione.

In sintesi, le conseguenze dell'inadeguata o mancata identificazione e trattamento dell'ansia

nel contesto del cancro, si traducono in una peggiore *QoL* e un potenziale incremento della morbilità e mortalità correlate alla malattia, oltre che un aumento dei costi sanitari.

## **1.2 Ansia, stress e malattia: il circolo vizioso**

Il disturbo psicologico derivato da patologia medica è contemplato sull'asse III del DSM-5. L'eziopatogenesi del disturbo può essere in relazione ad una lesione diretta apportata dalla malattia al sistema nervoso centrale o correlato allo stato psicologico che deriva dalla malattia, al suo trattamento o, infine, alla conoscenza della prognosi, soprattutto se severa, andando ad influenzare le aspettative del paziente riguardo il suo futuro.

L'ansia può quindi risultare come reattiva alla tensione emotiva di una circostanza, ma può pure essere correlata a una malattia o al suo trattamento, per scarso controllo del dolore o per disturbi metabolici, può essere indotta da sostanze come i corticosteroidi, i neurolettici, i broncodilatatori, o come effetto di sospensione di benzodiazepine, oppioidi, alcool (4).

Il concetto di stress, introdotto originariamente da *Hans Selye* per indicare una reazione somatica a stimoli di varia natura, viene oggi diffusamente usato per indicare una condizione di disagio emozionale cronico che predispone all'insorgenza della malattia. Le emozioni possono così essere viste come il tramite psicologico e fisiologico, tra eventi o situazioni stressanti e i precursori della malattia somatica (5).

Lo stress ha dimostrato avere un effetto disregolante sulla funzione endocrina, fisiologica e immunitaria e produrre numerose conseguenze deleterie mediate dalla cronica esposizione agli ormoni corticoidi e catecolamine. Numerosi studi evidenziano la correlazione tra lo stress prolungato e l'aumento dell'incidenza dei tumori, la loro progressione e metastasi.

In uno studio relativo al carcinoma a cellule squamose (6) è stato provato che gli individui altamente ansiosi hanno livelli di corticosterone più alto di quelli scarsamente ansiosi e sono quindi più suscettibili al carcinoma per l'effetto soppressivo sul sistema immunitario.

Alti tratti di ansia sono associati all'incremento nello stato ansioso prima della chemioterapia (7) e aumentano la nausea e l'immunosoppressione correlate al trattamento (8).

*Pereira et al.* hanno mostrato una positiva associazione tra ansia e aumento di anticorpi anti proteina HSP70, questa sovra-espressione è correlata a carcinogenesi in pazienti con cancro endometriale (9).

Luigi Oreste Speciani, fondatore della medicina psicosomatica in Italia, ebbe ad affermare che: "*muore di cancro chi vuole 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*". Speciani consigliava inoltre, per diminuire il rischio di ammalarsi seriamente, di utilizzare "*tutto quel*

*che serve ad abbassare la tensione distruttiva: dal training autogeno all'ipnosi..." (10).*

Da queste premesse risulta evidente il connubio **malattia/ansia**, circolo vizioso in cui i componenti si alimentano a vicenda. La reazione alla malattia è molto spesso associata ad un disagio o disturbo della sfera dell'ansia e l'ansia provoca stress. Un "terreno" stressato coinvolge diverse parti del sistema neuroendocrino, scatenando la secrezione di adrenalina e cortisolo che deprimono il sistema immunitario. Inoltre, stressori particolarmente intensi e prolungati, inducono un aumento dei *markers* infiammatori, creando terreno fertile per il cancro ed altre patologie croniche – degenerative.

### **1.3 Il cancro in cifre: epidemiologia**

In molti Paesi il cancro è diventato un vero e proprio problema per la sanità pubblica, con cifre in netta crescita. Dal 1987 ad oggi il numero dei malati si è più che raddoppiato. In particolare per quanto riguarda cancro al seno ed alla prostata.

Mentre i decessi per malattie cardiovascolari stanno diminuendo, le morti oncologiche continuano ad aumentare nonostante gli investimenti nella ricerca.

**Prevalenza:** nella popolazione italiana vi sono circa 2.250.000 persone (oltre il 4% della popolazione) che hanno avuto una precedente diagnosi di tumore.

Si tratta prevalentemente di medio-lungo sopravvissuti, cioè dalle persone che hanno avuto una diagnosi di tumore da oltre 5 anni, o di persone che si possono considerare "guarite", tendenzialmente in età medio-avanzata e più spesso donne.

**Incidenza:** in Italia nel 2014 sono stati diagnosticati 366.000 nuovi casi di tumore e si stima che nella sua vita si ammalerà di cancro un uomo su due ed una donna su tre.

**Sopravvivenza:** In Italia, la sopravvivenza media a cinque anni dalla diagnosi di un tumore maligno è del 55% fra gli uomini e del 63% fra le donne.

**Mortalità:** la frequenza dei decessi causati dai tumori è in media ogni anno di circa 4 decessi ogni 1000 residenti uomini e circa 3 ogni 1000 donne. In media, un uomo ogni 3 e una donna ogni 6 muoiono a causa di un tumore nel corso della loro vita (1).

### **1.4 L'ansia**

L'ansia è definita dallo Zingarelli: "*Stato emotivo spiacevole, accompagnato da senso di oppressione, eccitazione e timore di un male futuro, la cui caratteristica principale è la scomparsa o la notevole diminuzione del controllo volontario e razionale della personalità*".

Ansia e stress si presentano quando l'individuo sente che il proprio equilibrio è minacciato, che le sue risorse sono insufficienti e che non riesce ad adattarsi a una situazione.

Chi è ansioso è anche molto stressato e si crea un circolo vizioso pericoloso; ansia e stress

vanno a braccetto, la riduzione dell'ansia riduce anche lo stress e viceversa, senza un aiuto di riequilibrio la situazione non può che peggiorare (3).

Tuttavia l'ansia è un'emozione naturale di risposta allo stress che svolge la funzione di anticipare la percezione di un eventuale pericolo mettendo in moto specifiche risposte, che spingono da un lato all'esplorazione e, dall'altro, all'evitamento e alla eventuale fuga.

In alcune circostanze può accadere che non siamo capaci di superare del tutto una situazione di pericolo, oppure, allo stato d'allarme e attivazione non corrisponde un pericolo reale da fronteggiare; in tal caso l'ansia si trasforma da risposta naturale e adattiva a preoccupazione sproporzionata o irrealistica, ed assume la connotazione di un disturbo psichico (4).

L'ansia scatena un vero e proprio disordine psico-ormonale, che produce uno stato di insostenibile attività psico-fisica accompagnato da malessere psichico. Alti livelli d'ansia sono caratterizzati, essenzialmente, da una grande irrequietezza e da penosi sintomi quali: sudorazione, tachicardia, dispnea, tremori, nausea, perdita di appetito, contrazioni muscolari, vertigini, astenia, cefalea, parestesie, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, perdita di memoria, confusione, irritabilità, nervosismo, autosvalutazione e vergogna.

### **1.5 L'ansia nel paziente oncologico: prevalenza del problema**

La prevalenza in Nord America ed Europa dello stato ansioso nel paziente oncologico è riportata in letteratura essere compresa tra il 10 ed il 48% (11).

Recenti meta-analisi hanno confermato che almeno il 25-30% dei pazienti con cancro presentano i criteri per una diagnosi psichiatrica durante il decorso della malattia: depressione, ansia, disturbi stress-correlati, disturbi dell'adattamento, disturbi del sonno, delirium. Queste percentuali aumentano nelle fasi avanzate di malattia in cui delirium, depressione, ansia e stati confusionali hanno mostrato un'incidenza più alta.

Questo dato è confermato da uno studio ceco trasversale incrociato del 2015 in cui 225 pazienti con cancro avanzato che ricevevano cure palliative sono stati monitorati per l'ansia con la scala HADS-A, risultando una percentuale di prevalenza del 33,9 (12).

Un altro momento della malattia che merita una particolare attenzione è la diagnosi: il termine "condizione esistenziale del cancro" è stato usato per descrivere i primi cento giorni dopo la diagnosi. Questo concetto è stato originariamente descritto da uno studio longitudinale (13) su 120 pazienti che sono stati intervistati durante i primi tre mesi dopo la diagnosi di cancro. Ne è emerso che quasi tutti i pazienti hanno attraversato una fase in cui sentivano che la propria esistenza era stata messa a repentaglio e che stavano per morire.

In questo periodo i dati suggeriscono che più dell'85% dei nuovi pazienti con diagnosi di cancro sperimentino episodi importanti di ansia o depressione.

Un altro studio relativo al momento della diagnosi oncologica ginecologica rivela che più del 70% delle pazienti abbiano sintomi di ansia o depressione di sufficiente severità da essere compatibili con un disordine psichiatrico (14). E ancora uno studio norvegese che indaga il pessimismo come predittore di morbilità emozionale nelle pazienti operate di cancro al seno, dichiara una prevalenza dell'ansia al momento della diagnosi pari al 34% e un anno dopo pari al 26%, invitando i professionisti sanitari a mettere in atto interventi per i pessimisti e coloro che hanno elevati livelli di ansia al momento della diagnosi (15).

### **1.6 Farmacoterapia, ansia e cancro**

Le raccomandazioni vigenti, sulla base delle evidenze scientifiche, consigliano come primo agente, per il rapido controllo della sintomatologia ansiosa, una benzodiazepina a breve emivita, seguita da un serotoninergico portato lentamente a dose terapeutica. Gli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SSRI e SNRI), sembrano essere più appropriati nel trattamento dell'ansia associata a malattie mediche (4). Questi farmaci producono un significativo alleviamento dai sintomi dell'ansia nel breve e nel lungo termine, presentando però numerose controindicazioni.

Le **benzodiazepine** (BDZ) sono state per lungo tempo usate in oncologia per il trattamento di vari sintomi: ansia, disturbi da stress, insonnia, agitazione terminale, nausea, convulsioni e dolore. A causa del rischio di abuso, dipendenza, tolleranza, astinenza, il loro uso dev'essere limitato alle condizioni acute e dopo un accurata anamnesi ed esame psichiatrico. Precauzioni devono essere impiegate nei pazienti con precedenti di abuso di alcool o droghe, nei pazienti con depressione respiratoria, bradicardia e negli anziani.

BDZ a lunga emivita possono produrre sedazione, vertigini, incoordinazione che possono aumentare la *fatigue* e l'astenia associate al cancro. Possono inoltre indurre diminuzione della memoria, disorientamento, aumentare il rischio di cadute negli anziani e generare effetti paradossi: ansia, irritabilità, disinibizione, violenza (18).

Alcune evidenze, inoltre, hanno associato l'uso di ansiolitici ed ipnoinducenti con l'incidenza del cancro ed il rischio di mortalità.

Uno studio combinato di coorte in USA (16) su 10529 pazienti con prescrizione di ipnotici-ansiolitici e 23676 controlli, seguiti tra il 2002 ed il 2007, mette in evidenza che il rischio di morte è incrementato di tre volte anche con una prescrizione inferiore a 18 pillole/anno, con mortalità maggiore associata a prescrizioni di dosaggi maggiori.

Un altro studio retrospettivo in UK (17) su 34727 pazienti in cura con ansiolitici o ipnotici e 69418 controlli, tra il 1998 ed il 2001, dimostra un significativo aumento del rischio di mortalità associato all'uso di questi farmaci, su un periodo medio di follow-up di 7,6 anni.

Gli **antidepressivi** SSRI e SNRI devono essere utilizzati con cautela nei pazienti con sintomi gastrointestinali o nausea indotta da chemioterapia per il possibile effetto cumulativo. Inoltre possono causare sanguinamento, epilessia, disordini cardiovascolari, iponatriemia, ipotensione ortostatica, disfunzioni sessuali.

La sindrome serotoninergica, potenzialmente letale, consiste nell'innalzamento di serotonina a livelli tossici per l'organismo. Nei pazienti oncologici numerosi farmaci possono incrementarne il rischio: analgesici oppioidi, antiemetici, alcuni antitumorali ed antibiotici, possono causare problemi in combinazione con gli antidepressivi (18).

Date queste premesse appare quindi comprensibile ed auspicabile il ricorso alle tecniche non farmacologiche per la gestione dell'ansia nel paziente oncologico, per limitare spiacevoli effetti indesiderati e collaterali, incompatibilità tra chemioterapici e psicofarmaci, o anche solo per ridurre la frequenza e la quantità di assunzione di questi ultimi.

### **1.7 Valutazione e gestione dell'ansia nel paziente oncologico**

Nell'ambito dell'assistenza oncologica il *distress* psicologico è stato proposto come sesto segno vitale per il benessere (19) ed un incremento nel suo livello è significativamente associato con un peggior funzionamento fisico e psicologico ed una ridotta *QoL* (12).

Tutto il personale sanitario dovrebbe controllare di *routine* la presenza di *distress* psicologico dal momento della diagnosi in poi. L'accertamento e la gestione dell'ansia possono sicuramente contribuire ad un incremento nelle dimensioni della *QoL*.

Dal 2015 tutti i programmi sanitari per il cancro negli *USA* che cercheranno accreditamento dall'*American Society of Surgeons*, dovranno implementare obbligatoriamente lo *screening* del *distress* e provvedere ai servizi per tutti i pazienti con livelli di *stress* moderato e oltre. Questo ordine rappresenta un cambiamento epocale che potrebbe influenzare i programmi internazionali ad adottare simili protocolli per lo *screening* e *follow-up* del *distress* psicologico. In *UK* si raccomanda che tutti i pazienti oncologici siano monitorati relativamente ai questi problemi ed abbiano accesso ad un adeguato supporto psicologico.

L'*American Society of Clinical Oncology* propone un adattamento della *LG Pan-Canadian* per il monitoraggio e la gestione di ansia e depressione nel paziente oncologico (20).

Queste raccomandazioni sono rivolte ad una popolazione adulta con ogni tipo di cancro in qualsiasi stadio, in ogni fase di malattia e trattamento e sono applicabili da tutte le persone che provvedono alla cura del malato. Relativamente all'ansia esse comprendono:

- rilevare periodicamente sintomi di ansia durante tutto il percorso di malattia
- monitorare mediante scale validate e fruibili (**tabella I**)
- identificare livello e natura del problema

- porre particolare attenzione al disturbo d'ansia generalizzata (GAD), prevalente fra i disturbi d'ansia, ed alle sue comuni comorbidità con altri (es. ansia sociale)
- l'uso della scala GAD-7 scale è raccomandato
- determinare fattori che possono essere correlati al disturbo (familiari, sociali, ecc.)
- considerare le differenze culturali e le disabilità fisiche o cognitive.

**Tabella I: strumenti di valutazione dell'ansia (21)**

<b>SCALA</b>	<b>ACRONIMO</b>	<b>AUTORI/ANNO</b>
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	<b>HADS</b>	Zigmond e Snaith, 1983
<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>	<b>STAI</b>	Spielberger et al., 1970, 1983
<i>Hamilton Rating Scale for Anxiety</i>	<b>HAM-A</b>	Hamilton, 1959
<i>Self-rating Anxiety State</i>	<b>SAS</b>	Zung, 1971
<i>Anxiety Status Inventory</i>	<b>ASI</b>	Zung, 1971
<i>Beck Anxiety Inventory</i>	<b>BAI</b>	Beck et al., 1988
<i>Irritability, Depression, Anxiety Scale</i>	<b>IDAS</b>	Snaith et al., 1978
<i>Distress thermometer and problem list</i>	<b>DT-PL</b>	National Comprehensive Cancer Network NCCN, 1997)
<i>Short Form Health Survey</i>	<b>SF-12-mental</b>	Ware, Kosinski, & Keller, 1996
<i>Depression, Anxiety, and Stress Scales</i>	<b>DASS-42</b>	University of New South Wales-Australia
<i>Anxiety, Depression, Somatic symptoms, hostility</i>	<b>A.De.Ss.O. Test</b>	versione italiana ridotta del <i>Kellner's Symptom Questionnaire</i>
<i>Rotterdam Symptom Checklist</i>	<b>RSC</b>	De Haes, van Knippenberg, Pruyn, Neijt
<i>Generalized Anxiety Disorder 7-item</i>	<b>GAD-7</b>	Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B., 2006

Per quanto riguarda la gestione dei pazienti con sintomatologia leggera si consiglia solo un programma educativo/informativo relativamente ai livelli di ansia normali e patologici e relativi segni e sintomi, alle strategie di riduzione dello *stress*, riferimenti a libri, siti, gruppi o organizzazioni, indicazioni sull'igiene del sonno e autogestione della *fatigue* e sugli interventi non farmacologici (attività fisica, dieta).

Ai pazienti con livelli moderati ed elevati di ansia, oltre al programma informativo, sono associati interventi psicologici individuali (terapia cognitiva comportamentale), psicosociali (corsi strutturati condotti da professionisti di salute mentale) e farmacologici (per l'ansia moderata solo se appropriato).

Nel panorama italiano uno studio osservazionale all'interno del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano (22) 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. Chi risulta avere *stress* moderato-severo è spronato ad elaborare l'esperienza di malattia parlando dei significati personali ad essa attribuiti e delle emozioni correlate.

Si fornisce, inoltre, materiale informativo sui servizi e le organizzazioni inerenti e i pazienti vengono motivati a partecipare ad interventi professionali più strutturati.

### **1.8 Rilevanza per la professione infermieristica**

La gestione dell'ansia tramite tecniche non farmacologiche rappresenta un obiettivo che si pone in un'area di confine tra diverse professioni sanitarie e non: medico, infermiere, psicologo, psicoterapeuta, osteopata, agopuntore, fisioterapista, omeopata, operatore olistico, nutrizionista, naturopata, consulente spirituale, ecc.

Appare necessario quindi, a maggior ragione che nella quotidiana prassi, un approccio interventistico multidisciplinare integrato attorno ad un progetto condiviso e personalizzato, secondo il contesto, le condizioni, la cultura e le preferenze del paziente.

L'elevata prevalenza del problema ansia al cospetto della malattia merita una presa in carico a tutto tondo, tuttavia la figura infermieristica spesso rappresenta l'immagine del confidente dei problemi di salute, soprattutto di quelli più sfumati e meno tangibili.

Gli infermieri lavorando a stretto contatto coi pazienti, sono nella miglior posizione per rilevare *distress* psicologico e fornire tempestivi interventi. Spesso i pazienti sono restii a cercare l'aiuto dei professionisti di salute mentale e preferiscono confidarsi con l'infermiere. *Hildegard Peplau* riteneva che, nella malattia, l'energia dell'ansia è orientata verso i sintomi negativi, quali dolore, nausea, depressione. L'obiettivo principale dell'infermiere risiede nell'accertare il grado di ansia e aiutare il paziente ad apprendere strategie per trasformare l'energia debilitante in energia costruttiva.

Tramite la relazione interpersonale l'infermiere indirizza il paziente a canalizzare l'energia negativa dell'ansia, ad energia orientata alla risoluzione dei problemi, per migliorare il proprio livello di salute ed adottare una più autonoma gestione di sé.

Secondo *Dorothea Orem* l'obiettivo primario dell'assistenza infermieristica è quello di far emergere le risorse latenti del paziente e accompagnarlo verso l'appropriamento consapevole del suo potenziale innato. L'infermiere come facilitatore di cambiamenti salubri attraverso il sostegno dell'*empowerment* (23).

Le tecniche non farmacologiche rappresentano una fonte importante e preziosa di elevata valenza assistenziale nello sviluppo dell'*empowerment* del paziente per l'autogestione dell'ansia, oltre che di altri sintomi spiacevoli correlati alla malattia.

## CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

### 2.1 Quesito di ricerca

L'obiettivo di questa ricerca è di individuare in letteratura studi scientificamente approvati riguardo l'esistenza e l'efficacia di metodi non farmacologici per ridurre il livello d'ansia nei pazienti adulti ammalati di cancro o sopravvissuti, in qualsiasi fase di malattia, di qualsiasi tipo, a qualsiasi stadio; al fine di trovare orientamenti e consigli utili alla pratica infermieristica per ridurre l'ansia, il *discomfort* e migliorare la qualità di vita.

P(paziente)	Pazienti adulti con cancro (o sopravvissuti) di qualsiasi tipo, a qualsiasi stadio, in qualunque fase e trattamento.
I (intervento)	Interventi non farmacologici
O (obiettivo)	Riduzione dell'ansia

### 2.2 Fonti e metodi di ricerca bibliografica

La ricerca è stata effettuata tra Maggio ed Agosto 2015, consultando documenti ed articoli scientifici che prendessero in considerazione il quesito di partenza, in particolare consultando le banche dati: “*The Cochrane Library*”, “*Pubmed-Medline*”, “*Elsevier-Scopus*”, “*EBSCOhost*”, “*Web of Science*”. 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: “*anxiety*”, “*cancer*”, “*management OR care*”, “*nursing OR nurse*”, “*complementary OR alternative OR integrative therapy*”, “*non pharmacological intervention*”, “*psychosocial OR psychological intervention*”, “*massage*”, “*yoga*”, “*imagery*”, “*music therapy*”, “*animal therapy*”, “*art therapy*”, e varie stringhe di ricerca elaborate dalla loro combinazione.

I criteri di selezione impostati sono stati: *full text* disponibile, genere umano, età del campione di popolazione adulta, pubblicati negli ultimi 10 anni, in lingua inglese o italiana. Gli studi selezionati comprendono 25 revisioni sistematiche (SR) di cui 17 con metanalisi, 4 linee guida (LG), 20 trials controllati randomizzati (RCT) ed altri disegni di studio.

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. Un riepilogo di tutte le evidenze selezionate nelle varie banche dati è presentato in tabella Excel nell’**allegato 1**.

La qualità delle LG è stata valutata con lo strumento AGREE II, degli RCT con scala di Jadad, la valutazione è riportata nell’**allegato 2**.

Sono stati inoltre consultati i testi scolastici: “Manuale di psichiatria e salute mentale” (Tatarelli, R) e “Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale” (Zanotti, R) ed alcuni articoli della rivista cartacea “Psicoterapia cognitiva e comportamentale”.

Infine sono stati reperiti documenti e informazioni anche via web sui siti di alcune associazioni: *National Institutes of Health - National Center for Complementary and Alternative Medicine (NIH-NCCAM)*; IPASVI; Associazione Italiana Oncologia Medica e Associazione Italiana Registro Tumori (AIOM/AIRTUM); OMS; ISTAT; Psychiatryonline; Associazione Medicina e Complessità (AMeC); Associazione per la Medicina centrata sulla Persona onlus; *Society for Integrative Oncology (SIO)*; Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano - gruppo Me.Te.c.o (Medicine e Terapie Complementari in Oncologia).

### **2.3 L'indagine conoscitiva**

Nei mesi di Agosto e Settembre 2015 ho condotto un'indagine conoscitiva tramite un'intervista semi-strutturata (**allegato 3**) creata ad hoc rivolta agli infermieri delle UOC: *Hospice – Cure palliative di Montagnana e Day Hospital Oncologico di Monselice*, dell'azienda ULSS 17 (Reg. Veneto). Vi hanno aderito 12 infermieri su 16, per un totale di 5 accessi ai reparti da parte mia.

L'intento perseguito era di indagare le opinioni degli intervistati riguardo la frequenza di riscontro del problema ansia nel paziente oncologico, della sua abituale valutazione e gestione, dell'importanza che viene attribuita al problema, degli interventi non farmacologici eventualmente messi in atto e relativa percezione di efficacia, ed è infine stato chiesto un suggerimento personale di implementazioni per la pratica.

Nell'**allegato 4** vengono presentati schematicamente i risultati dell'indagine.

## CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

### 3.1 La medicina alternativa, complementare e integrata

E' necessaria una preliminare distinzione tra “complementare” ed “alternativa”.

La prima è usata aggiuntivamente alle cure convenzionali e consiste in misure supportive che possono aiutare nel controllo dei sintomi e miglioramento del benessere; la seconda è spesso di efficacia non comprovata o disapprovata, incentivata per essere usata al posto delle medicina convenzionale.

Le terapie complementari di provata sicurezza ed efficacia sono inoltre entrate a far parte, con le cure convenzionali, della “Medicina Integrata”.

Nel mondo anglosassone la denominazione di *Complementary and Alternative Medicine* - acronimo *CAM* - fu coniata nel 1997. In Italia, come nel resto della Comunità Europea, la denominazione ufficiale è quella di *Medicine Non Convenzionali (MNC)*.

Le *CAM* rappresentano varietà di metodi e terapie non farmacologiche basate su conoscenze, abilità e pratiche derivate da teorie, filosofie ed esperienze, usate per migliorare, prevenire, attenuare o trattare, malattie fisiche e mentali. Sono usate fuori dei convenzionali schemi di cura, o adottate ed adattate dai sistemi di cura tradizionale (24). Il focus degli interventi *CAM* è la persona nella sua interezza, la prevenzione è il concetto basilare, i trattamenti sono altamente individualizzati e sono mirati alle cause della malattia piuttosto che ai sintomi, supportando la naturale capacità di guarigione del corpo.

La maggior parte delle *CAM* può essere raggruppata, in accordo con il *National Institutes of Health (NIH) National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)*, in cinque categorie principali (25) (**tabella II**):

**Tabella II: caratteristiche delle terapie CAM**

APPROCCIO TERAPEUTICO	CARATTERISTICHE
Terapia a base biologica	rimedi erboristici, fitoterapia, vitamine, integratori, diete particolari
Interventi mente-corpo	meditazione, ipnosi, arte-terapia, immaginazione guidata
Metodi manipolativi e basati sul corpo	chiropratica, osteopatia, varie tecniche di massaggio (shiatsu, riflessologia, ecc.)
Terapie energetiche	terapie del biocampo (Qigong, Reiki, tocco terapeutico), terapie bioelettromagnetiche (campi magnetici, campi pulsionali)
Sistemi di medicina antica e alternativa	medicina dei nativi americani, africani, arabi, latinoamericani, omeopatia e naturopatia

Le terapie elencate non sono esclusive delle varie categorie e possono sovrapporsi al loro

interno, ad esempio la medicina tradizionale cinese usa rimedi botanici ed agopuntura, lo yoga ha una componente manipolativa ed una mente-corpo. Alcuni interventi, come la preghiera e la *pet therapy* non calzano facilmente all'interno di una specifica categoria.

### **3.1.1 Prevalenza delle CAM**

Dall'ultimo decennio del 20° secolo nei principali Paesi industrializzati è in atto una crescente diffusione dell'uso delle CAM. Un'analisi dati del *National Health Interview Survey* (26) segnala che negli Stati Uniti, tra il 1990 e il 2002 l'uso di tali terapie è passato, con l'integrazione della preghiera per la salute fra le CAM, dal 34% al 62% della popolazione. Livelli molto elevati di utilizzazione (tra il 30 e il 40% della popolazione) si registrano anche in Australia, Francia, Germania, Gran Bretagna. Secondo un'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica nel 2007 la percentuale della popolazione italiana che le utilizza è del 13,6% (ISTAT 2007). Il nostro Paese si collocherebbe così all'ultimo posto tra le nazioni occidentali più ricche che adottano le CAM, con un ampio divario rispetto agli altri Paesi.

### **3.1.2 CAM e Sistema Sanitario**

Negli Stati Uniti un ospedale su sei offre anche prestazioni di CAM, la pagina web del *NIH-NCCAM* sintetizza i propri investimenti in questo settore (25).

In Italia sono circa 200 i centri pubblici che le adottano, di cui circa 60 solo in Toscana. Inoltre, programmi di CAM si trovano nei Piani sanitari regionali di Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio.

Alcuni esempi italiani: in Alto Adige il Centro di Medicina Complementare dell'Ospedale di Merano si affianca al reparto di Oncologia; in Toscana l'Ospedale Omeopatico di Pitigliano; a Trieste l'Associazione Medicina e Complessità AMeC con riferimento presso l'ospedale di Monfalcone (27); a Bologna l'Associazione per la Medicina centrata sulla Persona onlus (28); presso la Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano il gruppo Me.Te.c.o (Medicine e Terapie Complementari in Oncologia) (29).

### **3.1.3 La legislazione**

Nel 2007 il Parlamento e il Consiglio Europeo hanno approvato un programma (Settimo Programma Quadro per lo Sviluppo e la Ricerca 2008-2013) in cui per la prima volta è stata inserita una voce relativa alle CAM, che ha permesso alle istituzioni pubbliche dell'Unione Europea di riconoscerle ufficialmente.

*“Il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di un'impostazione olistica della sanità pubblica e tenere in considerazione nelle sue azioni, ove appropriato e, in presenza di prove scientifiche o cliniche di efficacia, la medicina complementare e alternativa”*  
(*Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, L 301/5, 20/11/2007*).

Inerentemente allo status giuridico delle CAM in Italia, una legge della Repubblica Italiana

riserva esplicitamente allo Stato Italiano il compito di individuare le figure professionali autorizzate alla loro pratica terapeutica. Nell'identificazione delle figure professionali abilitate, la Suprema Corte di Cassazione ha sancito che l'agopuntura è da considerarsi atto medico, che il prescrittore di prodotti omeopatici deve essere medico e che costituisce esercizio abusivo della professione medica, la loro pratica da parte di soggetto che non abbia conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia.

### **3.1.4 Infermieristica e CAM**

Nell'ultimo ventennio è notevolmente cresciuto l'interesse sul rapporto tra professioni sanitarie e CAM, sul nuovo ruolo che le prime possono rivestire in esse e sulle modalità con cui integrarle nella pratica assistenziale; fenomeno che ha coinvolto in larga misura anche la professione infermieristica.

Nella realtà italiana non esiste ancora un'integrazione ben regolamentata delle diverse competenze sanitarie nell'utilizzo delle varie tecniche. In verità, come illustrato in precedenza, è la professione medica che ne rivendica l'utilizzo dichiarandole come esclusivi atti medici. Altre professioni sanitarie, come ad esempio l'ostetricia, hanno riconosciuto e regolamentato da tempo l'utilizzo di alcune tecniche di CAM, quali il massaggio infantile.

In un Rapporto tecnico dell'OMS stilato a Ginevra nel 1996 si può leggere:

*“Gli infermieri di tutto il mondo sono divenuti sempre più consapevoli del fatto che ampi gruppi di popolazione in ogni Paese stanno usando approcci tradizionali e complementari per mantenere o recuperare la propria salute. In molti luoghi gli infermieri sono stati innovatori di questo movimento .... Il tocco terapeutico, l'uso di infusi, il massaggio ed altri approcci complementari possono favorire l'assistenza infermieristica. Il personale infermieristico deve essere preparato a guidare i clienti nella scelta tra i differenti approcci assistenziali complementari e quelli tradizionali. La formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizione di capire i diversi approcci, la loro compatibilità con altre forme di cura e la loro accettabilità in seno alla tradizione culturale...”*

La crescente domanda di trattamenti CAM da parte della collettività è associata ad un crescente interesse da parte degli infermieri verso la pratica degli stessi, interesse spesso correlato ad una scarsa informazione e conoscenza dei principi che ne sono alla base.

I tassi di prevalenza relativi all'utilizzo delle CAM da parte degli infermieri, risultano significativamente inferiori in Italia rispetto agli altri Paesi occidentali.

Nonostante le difficoltà di legittimazione, nell'ultimo decennio le CAM sono insegnate anche in Master Universitari di I e II livello condotti da diversi atenei italiani, oltre che in corsi di formazione per professionisti a cui possono accedere anche gli infermieri.

Nel 2002 la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, all'interno dell'articolo “Linee guida

per un percorso di alta formazione, Infermieristica e Cure complementari” (30), ha delineato un apposito percorso per la formazione degli infermieri, volto a garantire l’acquisizione di competenze specifiche nelle tecniche CAM, premettendone i principi che stanno alla base della loro applicazione nell’assistenza infermieristica (**figura 1**).

<b>DICHIARAZIONE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IPASVI</b>	
<p>Nell’ambito dell’infermieristica sono considerate Cure complementari una serie di interventi, come di seguito elencati, che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico, che possono essere proposti in autonomia dall’infermiere in regime libero-professionale e/o di dipendenza come parte integrante del piano di cura. La Dichiarazione fa riferimento ai seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Federazione nazionale Collegi Ipasvi. <i>Codice deontologico degli infermieri</i>, 1999</li> <li>● Dm 739/94, <i>Profilo dell’Infermiere professionale</i></li> <li>● Nurses Registration Board. <i>Complementary Therapies in Nursing Practice, Standard and Practice</i>. New South Wales, 1998</li> <li>● The Royal College of Nursing of the United Kingdom, Department of Nursing Policy and Practice. <i>Complementary Therapies in Nursing Special Interest Group, Statement of Belief</i>. 1993</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>DICHIARAZIONE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crediamo che l’infermiere, nell’esercizio dell’attività professionale sia tenuto ad operare nel rispetto del profilo professionale e del Codice deontologico</li> <li>2. Crediamo che la scelta delle Cure complementari debba essere effettuata fra le cure basate sull’evidenza scientifica disponibile</li> <li>3. Crediamo che gli infermieri che abbiano seguito un percorso formativo nel campo delle Cure complementari individuate dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi possano inserire in autonomia tali approcci nell’ambito della pianificazione e gestione dell’intervento infermieristico</li> <li>4. Crediamo che ciascun infermiere sia personalmente responsabile nel valutare se le sue conoscenze, formazione ed esperienza rispetto alle Cure complementari corrispondano ad un livello di competenza tale da poterle utilizzare nella cura della persona</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Crediamo che le Cure complementari debbano essere parte integrante del piano preventivo, curativo e riabilitativo</li> <li>6. Crediamo che gli infermieri debbano essere coscienti delle potenzialità e dei limiti delle Cure complementari e debbano far riferimento ad altri professionisti della salute quando lo ritengano necessario</li> <li>7. Crediamo che le Cure complementari non debbano essere proposte in sostituzione di interventi basati sull’evidenza</li> <li>8. Crediamo che gli infermieri che praticano Cure complementari debbano seguire le Linee guida (in corso di predisposizione; Ndr) della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e sviluppare protocolli e procedure condivisi dall’équipe</li> <li>9. Crediamo che gli infermieri debbano documentare le Cure complementari effettuate e sviluppare progetti di ricerca sulle Cure complementari</li> <li>10. Crediamo che la persona debba definire insieme all’infermiere, l’accettabilità e l’adeguatezza di ogni Cura complementare. L’infermiere deve acquisire il consenso informato e documentato prima di effettuare qualsiasi cura</li> <li>11. Crediamo che l’infermiere debba informare il medico curante sull’impiego di Cure complementari</li> <li>12. Crediamo che l’infermiere debba essere preparato ad educare la persona e i familiari a pratiche complementari di auto-cura</li> <li>13. Crediamo che l’infermiere debba impegnarsi personalmente per sviluppare la propria consapevolezza al fine di promuovere l’evoluzione armonica del proprio ruolo</li> </ol>

**Figura 1: dichiarazione della Federazione Collegi IPASVI sulle Cure complementari**

L’utilizzo estensivo delle CAM può rappresentare una sfida e frustrare sia i pazienti che il personale sanitario, portando ad un *gap* nella comunicazione che influenza negativamente la relazione di assistenza. Questo *gap* può accrescere la sensazione del paziente che l’operatore sanitario sia indifferente o ne disapprovi l’uso, percezione che può portare alla perdita di fiducia nel legame terapeutico.

Gli infermieri che restano aperti alle richieste ed attenti ai sottili messaggi non-verbali dei pazienti, possono creare un clima in cui il paziente si senta libero di discutere apertamente tutte le scelte della propria cura. Le evidenze suggeriscono che i pazienti trattati in quest’ottica sono meno inclini a seguire terapie alternative potenzialmente dannose e sono più probabilmente aderenti ai programmi di trattamento basati sulle evidenze. Si raccomanda quindi fortemente che l’infermiere fornisca un’assistenza centrata sul paziente e basata su evidenze con coloro che sono interessati alle CAM, affinché questi possano approcciarvisi nella maniera più appropriata. I pazienti dovrebbero essere informati sulla natura delle specifiche terapie alternative, le reali aspettative, i potenziali rischi e benefici (31).

### 3.2 Tecniche non farmacologiche, cancro ed ansia

Molti ammalati di cancro utilizzano tecniche complementari e alternative nella speranza di stimolare il sistema immunitario, controllare il dolore e gli altri sintomi indesiderati relativi alla malattia e ai trattamenti. Solo una piccola minoranza le include nel piano di trattamento con intento curativo. Molti, dopo la fine dei trattamenti, riportano sensazioni di solitudine e abbandono che possono esacerbare ansia e depressione, questo impatta negativamente sulla *QoL*, che risulta, infatti, essere inferiore rispetto al resto della popolazione (32).

Le tecniche *CAM* sono spesso utilizzate dai pazienti oncologici come un modo per recuperare il controllo del proprio corpo, sviluppare relazioni terapeutiche col personale di cura, alleviare gli effetti collaterali dei trattamenti ed incrementare la *QoL*.

Studi suggeriscono che gli ammalati di cancro ricorrono maggiormente alle *CAM* rispetto ad altri, una recente revisione sistematica ha esaminato la prevalenza in Nord America, Australia, Asia ed Europa, riportando una percentuale oltre il 40%. (33)

Relativamente alle tipologie di *CAM* maggiormente adottate, un report *dell'American Cancer Society* del 2008 (34) su un campione di 4139 sopravvissuti ad una diagnosi di cancro, rivela al primo posto la preghiera, al secondo il rilassamento, al terzo la guarigione spirituale, seguiti dalla meditazione, il *counseling* religioso, il massaggio, i gruppi di supporto.

I risultati di un'intervista a 1785 sopravvissuti della *National Health Interview Survey* del 2007(35) invece vedono al primo posto l'integrazione di vitamine e minerali, seguiti dalla preghiera per sé e per intercessione, l'osteopatia e i rimedi erboristici.

L'Oncologia Integrata è riferita all'uso di terapie complementari e integrate in collaborazione con le cure oncologiche convenzionali.

Nel 2004 la *Society for Integrative Oncology* (SIO) (36) si è affermata come *leader* internazionale nella pratica e nella ricerca dell'Oncologia Integrata.

Nel 2007 *l'American College of Chest Physicians* (ACCP) ha invitato la SIO a sviluppare una linea guida sull'uso delle terapie integrate nel cancro al polmone (37) in cui si possono leggere 7 raccomandazioni di diverso grado, in base alla forza delle evidenze (**tabella III**).

**Tabella III: Sistema di classificazione delle raccomandazioni**

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

Fra queste raccomandazioni troviamo:

- che a tutti pz venga chiesto se interessati all'uso delle *CAM* (**raccomandazione 1C**)
- che vengano guidati da personale qualificato riguardo a vantaggi e svantaggi delle *CAM*, in modo aperto, basato su evidenze scientifiche e centrato sul paziente (**1C**)
- che le *CAM* della categoria 'corpo-mente' (yoga, meditazione, tecniche di rilassamento, musicoterapia, immaginazione guidata, ecc.) siano integrate nell'approccio multimodale per ridurre ansia, disturbi dell'umore o dolore cronico (**1B**).
- che il massaggio sia integrato nel trattamento per i pazienti che manifestano ansia o dolore (**1C**).

Nel 2009 la *SIO* ha pubblicato una ulteriore LG (31) generale per l'applicazione delle terapie integrate nell'assistenza ai pazienti malati di cancro e sopravvissuti. In essa sono racchiuse 20 raccomandazioni relative alle aree: tecniche mente-corpo, terapie manuali, attività fisica, terapie energetiche, agopuntura, dieta ed integrazione nutrizionale. Tra queste si raccomanda di implementare nel tradizionale piano di cure per la riduzione dell'ansia: le tecniche mente-corpo (**1B**), le tecniche psicosociali (gruppi di supporto, *counselling*, 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 (38) e raccomanda la meditazione, lo yoga ed il rilassamento con immagini, da usare di routine per le condizioni comuni come l'ansia e i disordini dell'umore (**grado A**: modalità raccomandata, alta certezza di benefici sostanziali). 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* (**grado B**: modalità raccomandata, alta certezza di beneficio moderato).

Un revisione sulle terapie complementari nelle cure palliative e nella gestione dei sintomi del cancro del *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (39) individua tra le *CAM* più efficaci nella gestione dell'ansia correlata alla malattia: il massaggio, il tocco terapeutico, l'aromaterapia e la musicoterapia. Durante i trattamenti l'ipnosi, l'immaginazione guidata, il rilassamento, la meditazione e lo yoga riducono l'ansia e lo stress causati da procedure mediche invasive. Anche le terapie energetiche sembrano avere effetti positivi e, seppure con evidenze più limitate, risalta che queste rappresentano qualcosa di più che un placebo.

Le tecniche *CAM* utilizzate dai pazienti oncologici variano a seconda dell'area geografica, del sesso, della diagnosi, della fase di malattia e dei sintomi da trattare.

Qui di seguito vengono riportati i risultati dei vari studi analizzati, inerentemente ad alcuni specifici interventi *CAM*.

### **3.2.1 Massaggio, massaggio aromaterapico e riflessologia**

Il **massaggio** ha una storia molto antica: probabilmente è la prima forma di terapia che l'uomo ha utilizzato per il trattamento della malattia. Oggi ne esistono numerose tecniche di applicazione: cinese, svedese, shiatsu, thai, ayurvedico; e con diverse finalità: antistress, antidolore, estetico, curativo, sportivo. Si esegue con tecniche manuali e attraverso manovre precise e sequenziali, per attenuare dolore e tensione all'apparato muscolare.

Svariate sono gli studi in letteratura che indagano gli effetti del massaggio sul paziente oncologico. L'impatto più consistente nella riduzione dei sintomi associati alla malattia, riportato in numerose evidenze, riguarda proprio l'ansia. Una revisione narrativa australiana (40) ne riporta l'immediato beneficio riferito dai pazienti in trattamento chemioterapico e radioterapico nella riduzione dell'ansia.

Altri effetti positivi del massaggio sono stati riscontrati relativamente al dolore, la nausea ed il vomito, il linfedema ed il supporto del *caregiver*.

Le uniche controindicazioni al massaggio sono:

- disordini della coagulazione (piastrinopenia, assunzione di farmaci anticoagulanti)
- metastasi alle ossa complicate da fratture
- ferite aperte, dermatiti da radiazioni, con dolore o infezione
- evitare la pressione diretta in sede del tumore.

Un'altra revisione italiana-austriaca del 2011 (41) ha analizzato sei studi, per un totale di 1558 pazienti adulti in cure oncologiche palliative, che hanno ricevuto massaggi su tutto il corpo, ad una parte, o solo ai piedi o alle mani. Dei sei studi, tre indagano l'ansia e tutti ne riportano una considerevole e statisticamente rilevante riduzione dopo il trattamento. Si evince inoltre che i pazienti che hanno esperito un deficit di contatto fisico, affetto e sicurezza, siano maggiormente responsivi al massaggio, quindi si consiglia di rendere disponibile questa pratica soprattutto ai pazienti socialmente isolati. Nel complesso gli autori affermano che il massaggio può essere considerato un intervento vantaggioso e non invasivo, che contribuisce alla riduzione dell'ansia, del dolore e della depressione nel paziente gravemente malato di cancro.

Ancora su pazienti con cancro metastatico è incentrato un *RCT* del 2013 (42) effettuato in un centro medico di Boston. L'effetto del massaggio praticato da un massaggiatore professionista è valutato dopo una settimana e dopo un mese. In questo contesto non sono risultati significativi cambiamenti nel livello di ansia, tuttavia una tendenza verso il miglioramento nel gruppo di intervento rispetto ai controlli, si è vista nel *follow-up* dopo una

settimana. Questo risultato, insieme ad altri studi, suggerisce che il massaggio può avere effetti benefici nel breve termine nel paziente con cancro avanzato.

L'effetto del massaggio durante i trattamenti è indagato in uno studio pilota prospettico *USA* del 2009 (43) ed in uno studio trasversale semi-sperimentale turco del 2013 (44).

Nel primo, centrato su un campione di 51 donne con cancro al seno in trattamento radio o chemioterapico, dopo tre settimane di massaggio (tre sedute), si è visto un notevole miglioramento nello stato dell'ansia, nella qualità del sonno e nella *QoL*. Il secondo, relativo ad un campione di 40 pazienti in chemioterapia, indaga l'effetto del massaggio dorsale effettuato da infermieri specializzati durante la chemioterapia, e conferma una significativa riduzione nello stato di ansia e fatigue. Viene raccomandato quindi di incrementare la consapevolezza e sensibilità professionale riguardo quest'applicazione, soprattutto per gli infermieri che lavorano nei centri oncologici e unità chemioterapiche, e che essi vengano incoraggiati ad implementare questo intervento.

Altre evidenze supportano anche l'**aromaterapia** applicata al massaggio, con l'uso di oli essenziali, nella riduzione dell'ansia nel paziente oncologico. Un *RCT* inglese del 2007 (45) compara il livello di ansia e depressione su 288 pazienti randomizzati in due gruppi: uno di intervento ed uno di controllo, ricevente cure standard. Ne risulta che il massaggio aromaterapico non comporti benefici nel lungo termine ma sia associato ad una riduzione clinica importante di ansia e depressione due settimane dopo l'intervento. Un'ulteriore *RCT* inglese del 2011 (46) confronta gli effetti del massaggio aromaterapico rispetto alla terapia cognitivo comportamentale modificata, praticata da infermieri, su un campione di 39 pazienti, relativamente all'impatto sul *distress* psicologico. Ne emerge un significativo miglioramento dell'ansia nel breve termine in entrambi gli interventi. Una revisione *Cochrane* del 2008 (47) comprende 4 *RCT*, per un totale di 207 pazienti, che hanno indagato l'evoluzione dell'ansia in seguito al massaggio aromaterapico. Tutti hanno riportato un beneficio post intervento tra il 19 ed il 32%, esistono però evidenze contraddittorie sull'eventuale giovamento addizionale conferito dall'aromaterapia al massaggio.

La **riflessologia** viene applicata tramite le dita del terapeuta che stimolano precisi punti riflessi sui piedi, le mani, la faccia, le orecchie, il corpo della persona. In questo modo la forza vitale del corpo umano viene bilanciata, e va a promuovere salute, vitalità e benessere. Dagli studi di *Stephenson 2000*, si evidenzia una riduzione del livello di ansia e dolore tramite l'applicazione della riflessologia nel paziente con cancro al polmone e al seno. La stessa ricerca è stata ripetuta nel 2007 (48) per monitorare l'effetto della riflessologia eseguita dal partner (istruito da personale qualificato) su 42 pazienti con cancro metastatico di vario tipo, rivelando una riduzione dell'ansia post intervento pari al 62% rispetto al 23% del gruppo

di controllo. Nel sottogruppo con ansia moderata-severa di base si è vista una riduzione del 63% rispetto al 31% del sottogruppo di controllo.

Un altro *RCT USA* del 2012 (49) su pazienti con cancro al seno metastatico in chemioterapia o terapia ormonale, invece, rileva sul gruppo di intervento (95 pazienti) miglioramenti della dispnea, della *fatigue* e della funzione fisica ma nessuna significativa differenza per quanto riguarda l'ansia, la depressione, il dolore e la nausea.

Un *RCT* inglese del 2009 (50) ha coinvolto 183 pazienti con cancro al seno che sono state randomizzate, sei settimane dopo l'intervento chirurgico, in tre gruppi: un gruppo di intervento con l'applicazione della riflessologia, un gruppo di controllo con l'applicazione del massaggio allo scalpo ed un gruppo di controllo con cure standard. Dalle scale *HADS* e *MRS (Mood Rating Scale)* applicate dopo 18 e 24 settimane dall'intervento chirurgico, è emerso che sia la riflessologia che il massaggio, indifferentemente, hanno apportato miglioramenti statisticamente significativi nell'ansia e nella depressione, quindi nella *QoL*.

Una revisione sud-africana datata 2012 ha lo scopo di agevolare la conoscenza e l'utilizzo della riflessologia per i pazienti con malattie croniche all'interno del processo assistenziale infermieristico (51) e comprende 18 studi tra il 2000 ed il 2008. Essa riporta evidenze statisticamente significative di classe **A** che supportano l'utilizzo della riflessologia per diminuire l'ansia, oltre che il dolore, nel paziente con cancro. Gli autori concludono che la riflessologia appare essere una metodica *CAM* olistica, fruibile, non invasiva, senza effetti avversi, che può promuovere il benessere e la *QoL* nell'assistenza infermieristica oncologica.

### **3.2.2 Terapie energetiche: Reiki e tocco terapeutico**

Le terapie energetiche sono basate sulla teoria che la manipolazione del campo energetico del paziente, che si estende oltre il campo fisico, abbia una valenza terapeutica. Esse comprendono il Reiki, il tocco terapeutico, il tocco di guarigione, il Qigong e la terapia della polarità.

Una revisione *USA* del 2012 (52) ha analizzato l'effetto delle terapie energetiche applicate all'infermieristica oncologica.

Fra i 12 studi relativi al **Reiki**, 5 riportano un effetto positivo sulla riduzione di ansia e stress, altri sulla riduzione di dolore, depressione, tensione muscolare, livelli di cortisolo, frequenza cardiaca (FC) e pressione arteriosa (PA) e sull'incremento degli anticorpi IgA e della *QoL*.

5 sono gli studi che riguardano il **tocco di guarigione**, tra cui 3 rilevano riduzione di ansia o stress e 2 miglioramento della *QoL*.

Il **tocco terapeutico** indagato in 6 studi dimostra fra i risultati inerenti l'ansia: un maggior rilassamento, riduzione dell'ansia preoperatoria, riduzione di tensione e confusione, oltretutto una riduzione del dolore e della *fatigue*, miglioramento dell'umore e della *QoL* ed una

maggior connessione nel rapporto infermiere/paziente.

Una raccomandazione della LG della *SIO* sulle terapie complementari per l'oncologia integrata (31) dichiara che le terapie energetiche sono sicure e possono portare qualche beneficio per ridurre lo stress e innalzare la *QoL*. Sebbene ci siano evidenze limitate sulla loro efficacia per la gestione dei sintomi, si riporta un grado **1B** di raccomandazione per la riduzione dell'ansia, e grado 1C per dolore, *fatigue* e altri sintomi.

Il **Reiki** è una forma di lavoro energetico praticato da oltre 2500 anni originato coi monaci tibetani e riscoperto dai giapponesi nel fine '800 come forma di guarigione spirituale. Esso prevede una gentile imposizione delle mani che ben si addice all'infermiere che spesso si occupa di cure manuali per i pazienti in molte forme diverse. L'utilizzo del Reiki è incrementato fra gli infermieri ed altri terapisti negli ultimi 10 anni nei reparti d'emergenza, psichiatrici, sale operatorie, centri di infusione chemioterapica, *hospice* ed altri. In America si stima che il 15% degli ospedali offra prestazioni di Reiki accanto alle cure tradizionali; alcuni Stati, come il Massachusetts, specificatamente includono il Reiki nello scopo della pratica infermieristica. Ad esempio presso il *Dana-Farber Cancer Institute* a Boston (53), fin dall'apertura nel 2002, gli infermieri offrono il Reiki come parte della loro pratica clinica nel processo di cure oncologiche integrate; la documentazione della valutazione dei sintomi prima e dopo il disegno di intervento rivela miglioramenti nell'ansia, dolore, nausea e disturbi del sonno.

Secondo il '*Center for Reiki Research*' recenti ricerche hanno dimostrato che il Reiki riduce dolore, depressione ed ansia nella gestione assistenziale del paziente.

Una revisione turca del 2013 (54) relativa al Reiki nella gestione dei sintomi oncologici riporta che esso sembra essere un promettente aiuto nel controllo dell'ansia; inoltre, uno studio qualitativo in essa compreso, riporta che il 75% degli infermieri che praticano il Reiki riferiscono di sentirsi più calmi e rilassati mentre forniscono una sessione di Reiki, e di essere più soddisfatti rispetto al proprio lavoro di infermieri. Così il Reiki viene esercitato proficuamente sia per i pazienti che per i professionisti sanitari.

Le evidenze analizzate nella revisione *Cochrane* del 2015 (55) sull'effetto del Reiki su ansia e depressione risultano essere scarse o discordanti, gli autori ritengono che siano insufficienti e che necessitino ulteriori studi, per poter considerare il Reiki come un valido trattamento per ansia e depressione. Tuttavia fra i 3 studi analizzati relativamente all'effetto sull'ansia, solo uno è incentrato su un gruppo di partecipanti oncologici (*Beard* 2011) con cancro prostatico e riporta risultati non statisticamente significativi.

Il **tocco terapeutico** rappresenta la moderna interpretazione della pratica di guarigione basata sulla teoria dell'essere umano unitario dell'infermiera *Martha Rogers*. Esso si attua

nell'indirizzare coscientemente un processo di energia di cambiamento tramite le mani dell'infermiere che promuovono guarigione e rilassamento. Una RS *USA* del 2008 (56) ne indaga l'effetto su ansia e depressione e comprende 12 studi suddivisi dagli autori in 7 categorie di livelli di evidenza, identificando come livello I la miglior risorsa di evidenze (SR) e livello VII come evidenza di minor rigore (opinioni di esperti). Tuttavia la revisione comprende anche studi relativi al reiki, al tocco di guarigione e più genericamente alle *CAM*. Dai 5 studi analizzati (livelli di evidenza I, II, III e IV) effettivamente incentrati sul tocco terapeutico, si evidenzia un effetto benefico nella riduzione dell'ansia e del dolore. Gli autori concludono che l'infermiere ha la responsabilità di educare e curare i pazienti promuovendo benessere e salute ottimali e che le evidenze indicano chiaramente l'efficacia del tocco terapeutico e delle altre terapie energetiche per risollevare sintomi fisici e psicologici nei pazienti oncologici.

### **3.2.3 Yoga, meditazione e respirazione**

Lo yoga nacque duemila anni fa da un'antica tradizione indiana e sta divenendo sempre più popolare. Ne esistono centinaia di forme differenti ma, nel mondo occidentale, consiste principalmente di tre elementi: posture fisiche, esercizi di respirazione e meditazione.

Una RS *Cochrane* del 2014 (57) include un solo *RCT* (*Cohen, 2004*) che indaga gli effetti di un intervento di yoga tibetano su 39 pazienti con linfoma. Le conclusioni riportano che non si sono evidenziate differenze tra il gruppo di intervento ed i controlli nel livello di ansia, depressione e *fatigue*, rilevando solo un leggero miglioramento della qualità del sonno.

Un'altra RS (58) comprende 13 studi tra il 2010 ed il 2012 ed è condotta come una sorta di proseguimento di una precedente metanalisi (59) che analizzava studi dal 1970 al 2010 e concludeva che i gruppi di intervento yoga avevano mostrato significativi miglioramenti in ansia e depressione rispetto ai controlli. Questa ulteriore analisi riporta risultati generalmente positivi ma a volte discordanti. Solo 4 studi indagano l'ansia su pazienti adulti, di questi, 2 riportano miglioramenti statisticamente rilevanti, uno miglioramenti clinicamente ma non statisticamente rilevanti, un altro non rileva differenze fra il pre ed il post-intervento. Altri risultati positivi si riscontrano relativamente a depressione, *fatigue*, *QoL*, autostima, benessere, funzionalità fisica e livelli di cortisolo.

L'elemento **respirazione** delle tecniche yoga viene esplorato in un *RCT USA* del 2012 (60) su un campione di 23 pazienti in terapia chemioterapica. L'intervento yoga *pranayama* consiste di 4 tecniche di respirazione che sono state insegnate da due istruttori qualificati e poi praticate a casa dai pazienti. Ne è emersa un'associazione statisticamente significativa nel miglioramento di ansia, disturbi del sonno e *QoL*; inoltre è stata riscontrata una relazione

dose-dipendente (dose intesa come numero di ore praticate in classe o a casa) tra l'utilizzo del *pranayama* ed il beneficio nei sintomi correlati alla terapia e nella *QoL*.

Relativamente all'intervento **meditazione**, uno studio semi-sperimentale australiano del 2013 (61) ha applicato la tecnica *MBCT* (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) per 8 settimane su 26 pazienti che sono stati istruiti nelle tecniche di meditazione e invitati a praticarle per 40 minuti al giorno, con l'aiuto di note, *CD*, fogli di lavoro. Un significativo miglioramento è stato registrato in ansia, depressione e *QoL* dopo l'intervento ed è stato mantenuto nel *follow-up* dopo 3 mesi.

In uno studio pilota *USA* del 2010 (62), un analogo intervento è stato applicato per 8 settimane su 24 partecipanti, l'approccio meditativo in questo caso è stato il *MBSR* (*Mindfull Based Stress Reduction*). Anche questo studio riporta significativi miglioramenti in ansia e *QoL* e diminuzione dei livelli della proteina C-reattiva; importante evidenziare inoltre l'incremento dell'attività citolitica dei linfociti *Natural Killer* nei pazienti che hanno migliorato il proprio benessere mentale, ma non in quelli che non hanno riportato benefici. Un esperimento coreano del 2013 (63) ha coinvolto 102 donne, randomizzate in 2 gruppi, in radioterapia per cancro al seno. L'intervento, denominato *Brain Wave Vibration meditation*, consiste in una forma di meditazione, concentrazione sui sensi, rilassamento e attenuazione dei pensieri negativi tramite movimenti ritmici ondulatori. Anche questo studio conferma ulteriormente la riduzione sull'ansia, la *fatigue* ed una migliorata *QoL*.

### **3.2.4 Rilassamento ed immaginazione guidata**

L'immaginazione guidata consiste nell'utilizzo dell'immaginazione personale per promuovere la salute fisica e mentale. Una guida conduce il paziente ad uno stato di rilassamento e gli fornisce un tema di lavoro immaginifico.

Sono stati individuati 4 *RCT* per la valutazione dell'effetto sulla salute psicologica delle tecniche di rilassamento e visualizzazione guidata sui pazienti oncologici.

- Uno studio cinese del 2013 (64) analizza un intervento che comprende respiro addominale controllato e rilassamento muscolare progressivo (*PMR*) su 100 donne con cancro al seno, randomizzate in due gruppi, durante la chemioterapia. Dopo l'intervento la salute psicologica (ansia, depressione, irritabilità, stress, ecc.) e fisica del gruppo sperimentale è risultata significativamente migliore che nel gruppo di controllo.
- Un analogo studio è stato condotto in Iran nel 2012 (65) su 48 donne sottoposte a mastectomia per cancro al seno. L'intervento è stato gestito istruendo le pazienti del gruppo sperimentale nelle tecniche di rilassamento: respirazione diaframmatica, *PMR* e visualizzazione guidata, con l'ausilio di un *CD*. Al termine dell'intervento il punteggio in ansia, depressione e stress nel gruppo dei casi è sensibilmente migliorato, al contrario

questo miglioramento non si è visto nei controlli.

- Un altro *RCT* cipriota del 2011(66) su 200 partecipanti con cancro al seno ed alla prostata riporta un significativo miglioramento dell'ansia dopo un intervento di rilassamento tramite respirazione diaframmatica, *PMR* e visualizzazione guidata.
- Ancora un *RCT* spagnolo del 2007 (67) su 66 pazienti in brachiterapia per cancro ginecologico o al seno dimostra una riduzione statisticamente significativa di ansia, depressione e *discomfort* fisico dopo l'intervento di rilassamento e immaginazione guidata. A maggior ragione l'intervento risulta più significativo per i pazienti che devono rimanere isolati in stanze protette per le radiazioni durante il trattamento brachiterapico.

### **3.2.5 Le terapie creative: musica, arte, danza**

Gli interventi creativi rappresentano una forma di psicoterapia che usa le qualità espressive dell'arte al fine di perseguire cambiamenti personali verso un maggior benessere psicologico, fisico, emotivo e sociale. Sono caratterizzati dall'uso terapeutico dell'arte per esplorare e capire meglio sé stessi e offrono al paziente un modo per comunicare esperienze, sensazioni e bisogni difficili da comunicare verbalmente.

Oltre ad essere usati in una larga varietà di contesti, quali reparti psichiatrici, anziani dementi, scuole e prigioni, questi interventi sono molto importanti per i pazienti oncologici come processo terapeutico per aiutarli a migliorare le capacità di affrontare i trattamenti ed adattarsi meglio all'esperienza traumatica della diagnosi.

- Una *RS* inglese del 2014 (68) comprende 10 studi, di cui uno valutato di alta qualità, 7 di soddisfacente e 2 di bassa qualità, su un totale di 488 pazienti oncologici adulti. Gli interventi valutati comprendono: 3 *RCT* sulla musicoterapia, 4 sull'arte-terapia, 2 sulla danza/movimento-terapia ed uno sulle arti creative in generale. Nel complesso gli studi riportano tutti benefici post intervento per l'ansia, la depressione, il *coping*, lo stress, la rabbia, l'umore e la *QoL*. Non ci sono evidenze che suggeriscano che un particolare tipo di intervento sia di maggior beneficio rispetto agli altri.
- Sempre del 2014, un'altra *RS* tedesca con metanalisi (69) analizza 13 *RCT*, valutati qualitativamente con una media di 3-4 punti su scala *Jadad*. Il campione totale è di 606 pazienti con cancro al seno e gli interventi sono gli stessi visti in precedenza: musico, arte e danza/movimento terapia. I risultati suggeriscono che le terapie creative sembrano avere un effetto positivo sull'ansia delle pazienti, ma non sulla depressione e la *QoL*.
- Un'altra revisione *USA* del 2013 (70) indaga l'effetto delle terapie creative durante i trattamenti ed il *follow-up*, gli studi considerati sono 27 e comprendono 1576 pazienti. Si evidenzia che gli interventi durante i trattamenti riducono significativamente ansia, depressione, dolore e incrementano la *QoL*, ma questo effetto si riduce durante il *follow-*

*up*. Un altro interessante dato emerso consiste nel fatto che la riduzione dell'ansia è meno rilevante negli studi in cui l'intervento viene gestito da terapeuti qualificati rispetto a quelli gestiti da personale non specificamente qualificato nelle arti-terapie.

La **danza/movimento terapia** promuove la spontanea espressione del movimento, che permette di rappresentare i pensieri e i sentimenti, spesso difficili da articolare a parole. Quest'esperienza, oltre a creare uno sfogo attraverso cui emozioni e tensioni possono essere scaricate, fornisce un veicolo per diventare coscienti della propria forza personale e risorse interiori. Tutto questo si traduce in migliori autoefficacia, adattamento alla malattia, gestione dei sintomi e *QoL* nei pazienti oncologici. Una *RS Cochrane* del 2015 (71) comprende 3 studi, la qualità delle evidenze non è forte, il campione totale è di 207 pazienti. Le conclusioni riportano che non si sono trovate associazioni tra interventi ed ansia, depressione, stress, *fatigue* ed immagine corporea, ma solo che questi possano avere un benefico effetto sulla *QoL*, la somatizzazione ed il vigore. Tuttavia il limitato numero di studi e la scarsa qualità, non permette di trarre conclusioni sull'effettiva efficacia di questa tecnica.

L'utilità della **musicoterapia** (MT) è stata documentata in numerosissimi studi descrittivi e sperimentali, molti benefici derivano dal suo impiego nella riduzione dello stress, dell'ansia e del dolore e nel miglioramento dell'umore.

Secondo l'*American Music Therapy Association*, la MT "usa la musica per indirizzare i bisogni fisici, emotivi, cognitivi e sociali dei pazienti". In oncologia viene utilizzata in ambito preventivo, curativo e palliativo su una grande varietà di pazienti con tutti i tipi di cancro; i maggiori musicoterapisti sono impiegati in oncologia. Gli interventi di MT si dividono in 2 categorie: tecniche interattive (improvvisazioni strumentali e canore) e ricettive (ascolto di musica registrata o *live*, musica e immaginazione) (72).

Una *RS Cochrane* del 2011 (73) include 30 *RCT* con un totale di 1891 partecipanti, sono compresi sia interventi gestiti da musicoterapisti formati, sia l'ascolto di musica registrata offerta dallo staff medico. I risultati suggeriscono una riduzione del punteggio dell'ansia su scala *STAI* ed altre, ed un positivo impatto sull'umore, sul dolore e la *QoL*. Inoltre si sono viste una leggera riduzione nella frequenza respiratoria (FR), nella FC e nella PA.

Altri singoli studi indagano l'intervento musicoterapico relativamente ai trattamenti: un *RCT* taiwanese del 2011 si incentra sull'ansia indotta dalla chemioterapia (74) ed uno del 2013 sull'ansia pre-radioterapia (75). Entrambi convergono su una significativa efficacia, concludendo che gli infermieri in oncologia possono offrire interventi di MT per ridurre l'ansia provocata dai trattamenti e potenziare la qualità dell'assistenza.

Un *RCT* cinese del 2015 (76) su pazienti con cancro al seno dopo una radicale mastectomia riporta, dopo un intervento combinato di musicoterapia e PMR, un significativo

miglioramento in ansia e depressione oltreché una minore durata del ricovero.

### **3.2.6 La pet therapy**

La terapia basata sulla visita di animali ha dimostrato ridurre 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.

Le visite devono essere sicure e positive sia per i pazienti che per gli animali. Una delle paure più frequenti rispetto a questo intervento è quella del rischio di infezioni, fortunatamente non si è visto un incremento nella diffusione di infezioni nelle strutture che adottano questa pratica (77).

Uno studio sperimentale italiano del 2007, presso l'ospedale di Carrara (78), ha analizzato l'effetto dell'intervento di 2 cani addestrati e certificati durante la chemioterapia, in un gruppo di 178 pazienti, misurando i parametri fisici e psicologici con scala A.De.Ss.O prima e dopo la terapia. Dal confronto tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo, si è visto che l'ansia è diminuita in entrambi, la depressione solo nel primo. Se ne conclude che l'ansia, la FC e la PA si siano ridotte grazie alle cure ed attenzioni del personale infermieristico che monitorava i parametri e raccoglieva i dati per la compilazione delle scale di valutazione.

Un *RCT USA* del 2008 (79) invece ha suddiviso un campione di 30 pazienti oncologici adulti randomizzato in tre gruppi, uno ha ricevuto 12 visite di cani, un altro 12 visite di persone, l'ultimo 12 sessioni di lettura rilassante. Dai risultati non sono emerse associazioni statisticamente significative fra le visite dei cani e l'umore, il senso di coerenza o la salute percepita. Tuttavia i pazienti hanno valutato sia le visite che le sessioni di lettura come efficaci per mitigare la loro ansia e fornire una distrazione e hanno presto raccomandato l'intervento ad altri pazienti in radioterapia.

### **3.2.7 L'attività fisica**

Molti studi hanno dimostrato che impegnarsi in qualche attività fisica è associato con un minor rischio di sintomi depressivi, ansia e stress psicologico e con un incremento nella funzionalità fisica e nella *QoL*. Tuttavia, l'associazione tra il coinvolgimento nell'attività fisica e lo stato di salute mentale nel paziente oncologico è ampiamente sconosciuto.

Da un'analisi di coorte (80) su 4.797 sopravvissuti al cancro e 38.571 adulti sani che parteciparono nel 2009 alla *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (indagine statistica telefonica annuale progettata dal *CDC* di Atlanta e praticata in *USA* dal 1984 per monitorare i comportamenti a rischio e altri fattori influenzanti morbilità e mortalità), risulta che oltre il 20% dei pazienti sopravvissuti soffre di un serio *distress* psicologico o riceve cure da parte dei servizi di salute mentale. Questa percentuale diminuisce con l'incremento dei livelli di attività fisica. L'associazione inversa tra *distress* psicologico e attività fisica suggerisce che quest'ultima possa giocare un ruolo importante nel migliorare la salute mentale nei sopravvissuti al cancro.

Due RS indagano l'effetto dell'attività fisica in pazienti con malignità ematologiche. Una RS *Cochrane* del 2014 (81) comprende 9 RCT che includono 818 partecipanti, con un rischio di *bias* incerto. L'intervento consiste perlopiù in programmi di camminata di varia durata ed intensità. Ne emerge che l'esercizio fisico può incrementare *QoL*, funzionalità fisica, depressione e fatigue, tuttavia attualmente le evidenze riguardo l'ansia sono inconcludenti. Un'altra RS canadese del 2015 (82) coinvolge 5 RCT con alto rischio di *bias*. Lo stress psicologico è valutato in 4 studi: 3 riportano significativi miglioramenti in ansia e depressione, uno non trova differenze fra i gruppi di intervento e controllo. L'intervento appare sicuro e fattibile in tutte le evidenze per i pazienti con leucemia mieloide.

Altre 2 RS *Cochrane* del 2012 sono incentrate sull'effetto dell'esercizio fisico sulla *QoL* riferita alla salute, una su pazienti oncologici durante i trattamenti attivi, l'altra su persone sopravvissute al cancro. Gli interventi in entrambe comprendono camminata, ciclismo, allenamenti di forza e resistenza, yoga, Tai Chi e Qigong. La prima revisione (83) comprende 56 trials con 4.826 partecipanti durante o dopo i trattamenti per il cancro e indica un'importante riduzione dell'ansia, oltreché di depressione, *fatigue*, disturbi del sonno, e miglioramenti nella *QoL*, funzione fisica e sociale e benessere emotivo.

Degli stessi autori la seconda revisione (84) comprende 40 trials con 3694 partecipanti sopravvissuti al cancro e conferma un benefico effetto dell'esercizio fisico sull'ansia, oltreché la *QoL*, l'immagine corporea, l'autostima, il benessere emotivo, la sessualità, i disturbi del sonno, il funzionamento sociale, la *fatigue* ed il dolore.

Per entrambe queste revisioni gli autori indicano che i risultati debbano essere interpretati con cautela per il rischio di *bias* in molti trials e l'eterogeneità dei programmi di esercizio.

### **3.2.8 Spiritualità e preghiera**

La spiritualità e la religione giocano un ruolo importante nell'abilità del paziente di gestire le questioni di salute, la *QoL* e la *decision making*. Nonostante la sua centrale importanza, tuttavia, questi aspetti sono poco studiati in letteratura. Un numero relativamente basso di

ricerche sono state condotte per confrontare il *distress* spirituale con altri sintomi comuni correlati alla malattia e gli effetti degli interventi per il benessere spirituale.

In un recente studio retrospettivo *USA* (85) il maggior benessere spirituale è stato correlato con minor ansia, depressione, *fatigue* e dolore e una maggiore *QoL*. Una sfida aperta rimane su come programmare ed attuare interventi che migliorino il benessere spirituale, incluso il lavoro di religiosi, infermieri e altri specialisti in cure palliative ed oncologiche.

Uno studio descrittivo-correlazionale *USA* (86) incentrato su pazienti americane ed africane con cancro al seno in chemioterapia dimostra che uno stile di *coping* religioso positivo ed il benessere spirituale possono migliorare la salute fisica e mentale, diminuendo il *distress* psicologico. Le strategie di *coping* religioso maggiormente adottate dalle donne in questo studio sono: la preghiera, la speranza e le autoaffermazioni positive.

L'infermiere risulta avere un ruolo centrale nel dare informazioni, collaborare coi pazienti, amministrare un programma che agevoli il benessere spirituale, incoraggiare ed insegnare le più efficaci strategie di *coping* religioso per affrontare la malattia.

La spiritualità può essere praticata tramite la **preghiera**, classificata in due tipi: richiesta, quando chi prega chiede a Dio qualcosa per sé, o intercessione, quando si chiede qualcosa a beneficio di qualcun altro. Un interessante esperimento brasiliano del 2014 (87) è stato condotto su un gruppo di 20 pazienti, per analizzare l'effetto, durante le sedute di chemioterapia, dell'ascolto di una preghiera Cristiana tratta dal Salmo 138, sotto forma di una traccia audio registrata. Prima e dopo l'intervento sono stati misurati i parametri fisici (PA, FC e FR), i livelli di cortisolo salivare e compilata la scala *STAI*. Ne è emerso che nel dopo intervento è avvenuta una riduzione dell'ansia statisticamente significativa. Se ne conclude che la preghiera è efficace per ridurre l'ansia nei pazienti durante la chemioterapia.

### **3.2.9 Gli interventi psicosociali**

L'intervento psicosociale implica una relazione interpersonale tra paziente o gruppo di pazienti ed uno o più operatori formati e comprende la terapia cognitivo-comportamentale (TCC), il *counseling*, la psicoeducazione, i gruppi di supporto.

In una revisione *Cochrane* del 2013 (88) che considera pazienti affetti da cancro testa-collo, l'effetto sull'ansia degli interventi psicosociali è misurato in 3 studi e ne risulta che il beneficio non è statisticamente rilevante. Tuttavia essi riportano che gli interventi sono efficaci nel medio termine del *follow-up*. Ciò nonostante, poiché la revisione considera tutte le fasi della malattia, da prima a dopo l'intervento chirurgico, alla paura della recidiva, questo fattore può aver contribuito al risultato inconcludente nell'efficacia degli interventi.

I **gruppi di supporto** possono essere descritti come una forma di supporto tra pari che consiste in gruppi di persone che si incontrano faccia a faccia, comunicano al telefono o via

internet, con l'intento di condividere informazioni ed esperienze ed aiutarsi nelle questioni di mutuo interesse. Nel 2005 si stima che esistessero ben 400.000 gruppi *online* inerenti al cancro. Internet rappresenterà sempre di più l'arena di scelte del futuro, dove cercare l'aiuto psicosociale, anche per la sua facilità di accesso da milioni di persone in ampie aree geografiche dalla comodità di casa propria. E' in corso un protocollo di revisione *Cochrane* (89) per valutarne l'effetto sul *distress* psicologico e la *QoL* in pazienti con cancro al seno. L'autrice è stata contattata via mail per chiedere informazioni sullo stato dei lavori ed eventuale accesso a risultati preliminari, ad oggi non è pervenuta risposta.

Un *RCT* svedese del 2011 (90) ha coinvolto 382 donne con cancro al seno randomizzate in due gruppi di pari unità. L'intervento ha avuto luogo entro 4 mesi dalla fine dei trattamenti, il gruppo di supporto ha incluso, oltre alle donne, oncologi, operatori sociali, terapisti dell'arte, massaggiatori, dietista, operatore Qigong. Tra le varie attività sono rientrate anche visite ai musei, concerti e ristoranti per consentire alle donne di discutere e confrontarsi tra loro in ambienti rilassanti e allontanarsi dai problemi quotidiani. Questo studio ha mostrato un significativo e statisticamente rilevante effetto di riduzione dell'ansia nel tempo.

Possiamo definire la **psicoeducazione** come uno strumento per rendere consapevole la persona portatrice di un disturbo, circa la natura della patologia di cui è sofferente e i mezzi per poterla fronteggiare. L'intento è di alleggerire lo stress che può essere causato dal sentirsi sopraffatti e confusi, ad esempio con la terminologia medica, le opzioni di trattamento, gli effetti collaterali. I pazienti vengono educati alle abilità di comunicazione efficace ed al *problem solving* che fanno parte delle "abilità di vita" raccomandate dall'O.M.S.

Il **counseling** psico-oncologico si attua nella psicoterapia, nel fornire informazioni su problemi sociali e finanziari, relazionali, terminalità e morte, nel gestire situazioni di crisi e altro. Uno studio prospettico tedesco del 2010 (91) su 20 pazienti ambulatoriali ne riscontra l'efficacia in termini di riduzione dell'ansia post intervento.

Una revisione australiana del 2008 (92) indaga il fenomeno tra pazienti con cancro ginecologico. Fra gli studi considerati, 2 *RCT* di buona qualità mostrano che il **counseling** riduce i sintomi di ansia e depressione. Tuttavia uno dei due interventi è inusuale perché condotto da un medico coinvolto nella cura delle pazienti, di conseguenza è difficile capire se il successo dell'intervento sia dovuto al contenuto del *counseling* o alla rara opportunità di spendere del tempo da soli col medico senza interruzioni in un ambiente rilassante.

Un interessante studio del 2013 effettuato in Colorado (93) riporta la conclusione che il programma di **counseling** telefonico messo in atto su 66 pazienti sopravvissuti al cancro, è un intervento realizzabile che trascende le barriere geografiche e dimostra la potenzialità di decrementare il *distress* psicologico e promuovere abilità di *coping* e stile di vita sano.

La **TCC** è una psicoterapia di breve durata finalizzata a modificare i pensieri distorti, le emozioni disfunzionali e i comportamenti disadattivi del paziente, con lo scopo di facilitare la riduzione e l'eliminazione del sintomo o del disturbo psicologico.

Una revisione *Cochrane* del 2015 (94) comprende 24 studi che ne indagano l'effetto su un campione di donne con cancro al seno non metastatico, rivelando un'importante riduzione dell'ansia post intervento, specialmente quando somministrata a gruppi di pazienti.

Un report su tre meta-analisi sul cancro al seno (95) ribadisce la maggior efficacia della terapia psicologica di gruppo rispetto a quella individuale e di quella a breve termine rispetto a quella a lungo termine. Si evince inoltre che benefici più rilevanti si ottengono con pazienti che presentano alti livelli di ansia piuttosto che quelli sottoposti ai trattamenti come profilassi. L'effetto positivo della **TCC** sull'ansia è confermato ancora da un *RCT USA* del 2012 su malati terminali (96), in cui i 20 pazienti del gruppo di intervento hanno ottenuto significativi miglioramenti di riduzione dell'ansia nel punteggio *HAM-A* rispetto al gruppo di controllo. Di seguito vengono presentate le evidenze riscontrate in letteratura relativamente agli **interventi psicosociali attuati da infermieri**.

Da una RS *Cochrane* del 2012 (97) relativa a pazienti con recente diagnosi di cancro, relativamente ai 4 studi considerati per l'ansia, non sono stati riscontrati miglioramenti statisticamente significativi, ma l'esigua quantità e l'eterogeneità degli studi rende i risultati inconcludenti. Emerge tuttavia un dato importante: l'intervento **psicoeducativo** gestito da infermieri è quello che si dimostra più promettente nel determinare un impatto positivo nella *QoL* e nel *distress* psicologico, con significative implicazioni per la pratica.

Questo può essere dovuto a numerosi fattori interconnessi, principalmente, lo *staff* infermieristico può offrire supporto psicologico come parte del programma di assistenza, permettendo al paziente di evitare lo stigma percepito, collegato alla ricerca di aiuto addizionale da parte dei professionisti di salute mentale. Inoltre l'intervento gestito da infermieri specializzati nelle tecniche psicosociali, può portare un valore aggiunto nella presa in carico, che non può essere dato da assistenti sociali e psicologi.

Un'altra RS *Cochrane* del 2011 (98) sugli interventi non invasivi per migliorare il benessere e la *QoL* dei pazienti con cancro al polmone indaga gli interventi infermieristici per la gestione dell'affanno spesso associato alla malattia (tramite rilassamento, respirazione diaframmatica, controllo delle emozioni), i 3 studi considerati riportano una significativa riduzione della dispnea e del *distress* (ansia e depressione) causato dai sintomi.

Nella medesima revisione, un risultato positivo per quanto riguarda la gestione dell'ansia, lo hanno dimostrato altri interventi gestiti da personale infermieristico: il pacchetto **educativo** più *training* in *PMR* ed il *follow-up* domiciliare amministrato da infermieri.

La terapia psicologica adiuvante **TCC** modificata può essere eseguita anche da professionisti esterni ai servizi di salute mentale. Un interessante esperimento è stato descritto in un *RCT* inglese del 2009 (99) in cui infermieri addestrati hanno praticato una TCC base a pazienti oncologici terminali (45 casi) con risultati positivi sulla riduzione dell'ansia (scala *HADS*). Ancora una revisione *Cochrane* del 2008 (100) indaga gli effetti di interventi psicosociali (**counseling** individuali e di gruppo, **educazione**, supporto) attuati da infermieri qualificati o specializzati nel cancro al seno sulla *QoL*. Comprende:

- 3 studi focalizzati sul momento della diagnosi e trattamenti precoci, da cui emerge che gli interventi hanno influenza positiva sull'ansia
- 1 studio durante la radioterapia che mostra un alleviamento dello stress percepito
- 1 studio relativo al *follow-up* che non ha raggiunto risultati significativi.

Gli autori concludono che gli interventi psicosociali guidati da infermieri esperti possano portare dei benefici, soprattutto nell'identificazione dell'ansia, e che gli effetti siano di breve piuttosto che di lungo termine.

L'effetto di un intervento gestito da infermieri basato sul **supporto psicologico**, **l'educazione** ed il monitoraggio, è analizzato anche in un *RCT* della *Yale School of Nursing* del 2009 (101). Il campione totale è costituito da 123 donne con cancro ginecologico nel post-intervento chirurgico, il gruppo di intervento ha riportato nel follow-up a 1,3 e 6 mesi, minori livelli di insicurezza e *distress* psicologico, migliore salute mentale (scala SF-12) e *QoL*.

Nel panorama asiatico uno studio pilota del 2015 della *National University of Singapore* (102) valuta l'efficacia di un breve intervento psicosociale gestito da infermieri oncologici formati, su 63 pazienti con recente diagnosi di cancro. L'intervento consiste in sedute di **counseling** e **psicoeducazione**, vengono insegnate tecniche quali la respirazione profonda, il *PMR* ed il dialogo interiore positivo. A 6 mesi dall'intervento si evidenzia una riduzione di ansia, stress, depressione, e miglioramento della *QoL*. Si conclude che l'intervento è efficace, soprattutto per i pazienti riluttanti a cercare aiuto presso i professionisti di salute mentale, numerosi nel contesto asiatico.

Un *RCT* iraniano del 2013 (103) espone un'esperienza di intervento infermieristico chiamato “vaccino da *stress*”, programma per pazienti oncologici centrato su **educazione**, rilassamento, *problem solving*, dialogo interiore positivo, tecniche di distrazione e concentrazione, metodiche **cognitive comportamentali**. Sui 20 partecipanti del gruppo di intervento si è visto un decremento significativo nei livelli di stress, ansia e depressione.

Pertanto gli autori concludono che insegnare abilità e strategie per affrontare lo *stress* è raccomandato per i pazienti oncologici in aggiunta ai trattamenti medici.

## CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 4.1 Discussione critica sui risultati della ricerca

Per gli ammalati di cancro, ricevere una diagnosi, sperimentare l'incertezza relativa alla severità della malattia ed ai successivi trattamenti, provare gli effetti collaterali e temere le recidive, può portare ad un significativo livello di ansia. Le sequele psicologiche del cancro possono oltretutto esacerbare la severità della malattia, ridurre la *QoL* ed incrementare la mortalità. Pertanto, una precoce valutazione e gestione dell'ansia nel paziente oncologico risulta basilare per migliorare la salute globale dei pazienti.

Gli interventi non farmacologici per la gestione dell'ansia nel paziente oncologico riscontrati in letteratura sono molteplici. Molti di questi, come evidenziato dagli studi, sono facilmente attuabili da parte dell'infermiere, in autonomia o come parte integrante del piano di cure.

L'efficacia dei vari interventi analizzati è comprovata nella maggioranza delle evidenze consultate, tutti gli studi hanno inoltre evidenziato la loro fattibilità, sicurezza, economicità e scarsa invasività, oltre che un alto grado di accettazione da parte dei pazienti.

L'arco temporale considerato riguarda gli ultimi 10 anni, ma quasi i tre quarti degli studi risalgono agli ultimi 5 anni.

La maggior parte delle evidenze considerate in questa discussione è prodotta in *USA*, seguita dall'Inghilterra. L'Europa è ben rappresentata con 23 studi, rispetto ai 22 americani, 8 asiatici, 4 oceaniani ed un solo africano. Solo 3 studi italiani sono emersi dalla ricerca, relativi al massaggio, alla *pet-therapy* ed agli interventi psicosociali.

Su molte delle pratiche *CAM* analizzate per la gestione dell'ansia mancano indicazioni basate su evidenze riguardo le modalità di applicazione più corrette ed efficaci all'interno del percorso di cura. Ulteriori studi sperimentali sono auspicabili per colmare questo *gap*.

Gli interventi considerati in questo lavoro sono stati scelti tra i più conosciuti ed utilizzati, tralasciando quelli ad esclusiva o prevalente appartenenza ad altre discipline sanitarie, quali l'agopuntura, l'osteopatia, l'omeopatia, l'ipnosi, la dieta e l'integrazione alimentare, e prediligendo quelli più facilmente attuabili da parte degli infermieri.

Molti altri interventi sono stati presi in considerazione e ricercati in letteratura, quali ad esempio: l'ortoterapia e i giardini terapeutici, la moxibustione, l'*earthing* o *grounding* (collegamento con la terra), la medicina narrativa. Ciò nondimeno sono stati esclusi in quanto meno praticati e conosciuti, o perché non si sono riscontrate sufficienti evidenze scientifiche, e, non da ultimo, per porre un limite a questa ricerca, già fin troppo ampia.

In sintesi, le linee guida *SIO* per l'oncologia integrata riportano benefici per l'ansia tramite le terapie complementari con i seguenti livelli di raccomandazione:

- raccomandazione 1A: interventi psicosociali (gruppi di supporto, terapia cognitivo-comportamentale, terapie espressive-di supporto)
- raccomandazione 1B – (1A nel cancro al seno): tecniche mente-corpo (yoga, meditazione, tecniche di rilassamento, immaginazione guidata, musico/arte-terapia)
- raccomandazione 1B – (A nel cancro al seno): attività fisica
- raccomandazione 1B: terapie energetiche (reiki, tocco terapeutico)
- raccomandazione 1C – (B nel cancro al seno): massaggio, riflessologia

Oltre che per la riduzione dei livelli di ansia, tutte queste tecniche si sono dimostrate efficaci nella gestione di svariati altri effetti indesiderati correlati alla malattia o ai trattamenti, quali dolore, disturbi dell'umore, *fatigue*, dispnea, nausea, disturbi del sonno.

Molte evidenze riportano anche l'impatto fisico dell'intervento in termini di riduzione di FC, FR e PA, dei livelli di cortisolo salivare o della proteina C-reattiva o dell'incremento dell'attività della funzione immunitaria (meditazione, reiki).

Tutti questi aspetti si traducono in maggior benessere, autostima, miglioramento dell'immagine corporea e della funzionalità fisica, psicologica e sociale, parametri strettamente correlati alla *QoL*, che ne risulta incrementata in maniera direttamente proporzionale.

All'interno del percorso di cura il beneficio è stato comprovato anche dal potenziamento delle abilità di *decision making* e *problem solving*, dal miglioramento dello stile di *coping*, da una maggior adesione ai trattamenti, da una riduzione in termini di morbilità e mortalità. A seguire si riporta un sunto dei risultati, discussi criticamente, estrapolati dalle varie evidenze, sui singoli interventi considerati.

#### **4.1.1 Massaggio e riflessologia**

Dei 4 studi relativi alla riflessologia, una RS riporta evidenze di classe A per la diminuzione di ansia e dolore nei pazienti con cancro al seno e polmone; 2 dei 3 *RCT* evidenziano un miglioramento statisticamente rilevante, mentre il terzo non giunge a risultati significativi riguardo l'ansia.

Gli 8 studi analizzati relativi al massaggio (di cui 3 sul massaggio aromaterapico) comprendono 2 RS, una revisione narrativa e 5 studi singoli. I risultati sono tutti concordanti sull'effetto di riduzione dell'ansia, 2 studi riportano che il beneficio appare però a breve termine. Evidenze contraddittorie sul vantaggio aggiuntivo dell'aromaterapia al massaggio. Altri effetti positivi riguardano dolore, nausea, linfedema, *fatigue*, qualità del sonno e *QoL*. L'impatto più consistente nella riduzione dei sintomi associati alla malattia, riportato in tutte le evidenze, riguarda proprio l'ansia.

#### **4.1.2 Terapie energetiche**

In merito alle terapie energetiche sono state analizzate 5 revisioni (2 RS e 3 narrative) che dichiarano benefici per l'ansia, ad eccezione di una, che però comprende un solo studio con risultati discordanti e insufficienti per giungere a significative conclusioni.

L'intento dell'infermiere di essere di aiuto e presente ai pazienti, soprattutto se sofferenti, incarna l'essenza stessa della pratica infermieristica e l'aspetto più importante di tutte le terapie energetiche. Intenzionalità e presenza, pur essendo difficili da indagare coi tradizionali metodi di ricerca, hanno tuttavia una valenza critica nel solidificare il rapporto di cura e creare un clima di guarigione per il paziente. Inoltre il benessere che deriva dalla loro attuazione sembra essere bidimensionale, il 75% degli operatori che le praticano riferiscono di sentirsi più calmi e rilassati.

Ulteriori ricerche sull'efficacia, il significato, la sicurezza, i meccanismi d'azione delle terapie energetiche potrebbero contribuire allo sviluppo di queste tecniche applicate ai pazienti oncologici in modo importante e significativo.

#### **4.1.3 Yoga, meditazione, respirazione**

Lo yoga è analizzato in 2 RS: la prima, relativa ad un solo studio su un campione di 39 pazienti, non riporta evidenze di beneficio dell'intervento sull'ansia, solo sulla qualità del sonno. La seconda comprende 4 *RCT* che riportano risultati discordanti ma tendenzialmente positivi (3 positivi su 4).

Considerati però singolarmente, gli elementi costituenti la pratica yoga, ovvero respirazione e meditazione, valutati su 3 studi singoli, questi dimostrano portare sensibili miglioramenti nei livelli di ansia, oltretutto nella depressione, *fatigue*, qualità del sonno, autostima, funzionalità fisica e *QoL*. Altri effetti significativi emersi riguardano il potenziamento del sistema immunitario e la riduzione del processo infiammatorio.

#### **4.1.4 Rilassamento ed immaginazione guidata**

I 4 *RCT* analizzati sono approdati ad un risultato unanime nell'attestare il beneficio provocato in termini di riduzione di ansia, depressione, irritabilità, stress e *discomfort* fisico, in seguito alla messa in atto di tecniche di rilassamento ed immaginazione guidata. Il valore aggiunto di queste pratiche è rappresentato dal fatto che, una volta apprese le tecniche da parte di personale, anche infermieristico, qualificato, il paziente potrà attuarle autonomamente ogniqualvolta ne avverta la necessità, ad esempio durante lunghe sedute di terapia o esami diagnostici potenzialmente angoscianti, come la risonanza magnetica.

#### **4.1.5 Le terapie creative**

Tre RS analizzano i vari interventi nel complesso: musicoterapia, arte-terapia, danza/movimento terapia, uno riporta qualità media (punteggio 3-4 scala *Jadad*) negli *RCT*

compresi, un altro buona/soddisfacente per 8 *RCT* su 10. Tutti convergono su risultati positivi per l'ansia, alcuni anche per depressione,  *coping*, dolore, *QoL*.

Una RS relativa alla danza/movimento terapia non permette di trarre conclusioni sull'efficacia per il numero limitato di studi (3) e la loro scarsa qualità.

Una RS e 4 studi singoli sulla **musicoterapia** riportano unanimi effetti benefici sulla riduzione dell'ansia, oltreché miglioramenti nell'umore, dolore, *QoL* e riduzione di FC, FR e PA. Si conclude che la MT rappresenta una forma di supporto effettiva per la gestione dell'ansia durante i trattamenti e può essere fondamentale per pianificare programmi di riabilitazione per promuovere la salute e incrementare il benessere fisico e psicologico e la *QoL*. Tuttavia ulteriori ricerche sono necessarie per verificare quale sia il tipo di musica più adatta e la metodica di somministrazione più appropriata a tale scopo.

#### **4.1.6 La pet therapy**

Fra le tre evidenze consultate circa la *pet therapy*, uno studio singolo ha registrato risultati non significativi, nel secondo i pazienti hanno valutato l'intervento come positivo per fornire distrazione e mitigare l'ansia e lo hanno consigliato ad altri.

Una revisione ne cita i benefici conseguiti negli studi in termini di riduzione di ansia, dolore, depressione e fatigue in pazienti ospedalizzati e non, e riporta la *pet therapy* come quarta *CAM* più utilizzata negli *Hospice*. Questo dato trova riscontro anche nell'indagine conoscitiva da me effettuata presso l'*UOC Hospice* di Montagnana, in cui viene praticata.

In conclusione i pazienti esprimono benefici dalla *pet therapy* ma gli esiti non sono facilmente misurabili. Gli infermieri dovrebbero valutare l'accettabilità e la finalità con cui i pazienti si avvicinano a questo intervento, rassicurarli sulla sicurezza della pratica ed agevolarne la messa in atto qualora il paziente ritenga che questi possano comportare una piacevole distrazione dal rimuginio e dai pensieri intrusivi e un alleviamento dall'ansia.

#### **4.1.7 L'attività fisica**

Tra le 4 RS consultate, 2 mostrano risultati positivi nella riduzione dell'ansia durante i trattamenti attivi e nei sopravvissuti, mentre altre 2, relativi a pazienti oncoematologici, riportano risultati incerti per l'elevato rischio di *bias* e l'eterogeneità degli studi.

Uno studio di coorte dimostra un'evidente correlazione tra livelli di benessere psicologico e attività fisica, direttamente proporzionali anche nella quantità ( $p < 0.001$ ).

Oltre al beneficio sull'ansia, si evidenzia che impegnarsi in qualche attività fisica, è associato con un minor livello di depressione, *fatigue* e dolore, una miglior immagine corporea e sessualità, e con un incremento nella funzionalità fisica, sociale e nella *QoL*. Tuttavia, ad oggi, l'associazione tra il coinvolgimento nell'attività fisica e lo stato di salute mentale nel paziente oncologico è ampiamente sottovalutato.

#### **4.1.8 Spiritualità e preghiera**

La spiritualità all'interno del percorso assistenziale oncologico è poco indagata e difficilmente misurabile. Pochi studi dimostrano gli effetti degli interventi per il benessere spirituale. Tra i tre considerati, due studi osservazionali mostrano come un maggior benessere spirituale coincida con livelli minori di ansia nei pazienti; uno semisperimentale ha evidenziato che l'ascolto di preghiere durante la chemioterapia ha ridotto i livelli di ansia, rilevati da scala di misurazione e da parametri fisici (livelli di cortisolo, FR, FC, PA).

Una sfida aperta rimane su come programmare ed attuare interventi che migliorino il benessere spirituale, incluso il lavoro degli infermieri in cure palliative ed oncologiche. Gli interventi spirituali diretti a ridurre l'ansia possono aiutare l'adesione ai trattamenti e promuovere un maggior senso di benessere. La preghiera è una delle attività proposte per gli interventi infermieristici che forniscono supporto e facilitano la crescita spirituale, è una strategia che concilia i bisogni spirituali del paziente con una tecnica rilassante.

#### **4.1.9 Gli interventi psicosociali**

Numerosi sono gli studi inerenti gli interventi psicosociali, valutati nel complesso e singolarmente, molti dei quali gestiti interamente da personale infermieristico. Nei 13 considerati, di cui 7 revisioni e 5 studi singoli, le conseguenze degli interventi sulla riduzione dell'ansia sono quasi totalmente favorevoli. Solo una RS riporta risultati inconcludenti. Interessante evidenziare però, proprio da quanto emerso da quest'ultima RS e da uno studio singolo, come gli interventi psicosociali siano accettati con maggiore disponibilità ed apertura dai pazienti, quando amministrati da personale infermieristico, piuttosto che da professionisti di salute mentale, rientrando la pratica all'interno dell'usuale percorso di cure e, di conseguenza, percependone meno lo stigma associato.

#### **4.2 Discussione sull'indagine conoscitiva condotta tra gli infermieri**

Nonostante la grande quantità di studi che ne attestano l'efficacia e la sicurezza, i metodi non farmacologici per la gestione dell'ansia nel nostro contesto sono poco conosciuti e poco applicati, come confermato dalle mie esperienze di tirocinio e dall'indagine conoscitiva condotta tra il personale infermieristico in due reparti dell'azienda ULSS 17.

Le tecniche CAM applicate sono limitate alla *pet therapy*, praticata in *Hospice*, i gruppi di mutuo aiuto in *D.H.oncologico*, la musicoterapia, il *counseling* psicologico. L'efficacia che gli intervistati attribuiscono alle tecniche CAM è positiva limitatamente a quelle sperimentate in reparto, e incerta per quanto non esperito. Dall'intervista emerge tuttavia anche curiosità per l'implementazione delle conoscenze ed apertura alla sperimentazione di quanto possa essere risultato efficace per ridurre l'ansia nei pazienti oncologici.

La totalità degli infermieri intervistati ha reagito con stupore alla percentuale, estrapolata dalla letteratura, di prevalenza del disturbo d'ansia nel paziente oncologico, riportata tra il 25 e l'85%, dichiarando come, nella propria esperienza lavorativa, la patologia oncologica fosse sempre strettamente correlata all'ansia, e come quest'ultima andasse ad inficiare sulla percezione di altri sintomi (nausea, dolore, depressione) e sul percorso di cure in generale. Altra risposta unanime indica che la gestione infermieristica dell'ansia viene percepita come di grande importanza. Solo la metà degli intervistati però sostiene che l'ansia sia adeguatamente valutata e gestita nella prassi quotidiana.

La gestione infermieristica abituale, da quanto riportato, si avvale del colloquio di supporto, e si manifesta nel garantire presenza, vicinanza, disponibilità all'ascolto, accettazione e ottimismo: la relazione che diventa terapia promossa da *Hildegard Peplau*, tramite il *counseling*.

Gli infermieri riportano però che nel praticare questo tipo di intervento utilizzano solo la propria esperienza e sensibilità.

Apprendere le tecniche più idonee di *counseling* potrebbe aiutare l'infermiere ad offrire risposte adattive alle richieste, esterne ed interne, in ambito lavorativo.

Tra le cause individuate per la mancata o parziale gestione dell'ansia, viene riportata soprattutto la mancanza di tempo, spesso l'infermiere si vede costretto ad abbandonare un dialogo instaurato col paziente perché incalzato da doveri più urgenti. Anche la mancanza di conoscenze sulle tecniche CAM e la sottostima del problema sono indicate come cause. Le implementazioni per la pratica suggerite dal personale infermieristico, di conseguenza, vedono alla quasi unanimità l'attuazione di corsi di formazione e aggiornamento per gli infermieri, seguiti da una maggior disponibilità di tempo da dedicare agli aspetti psicologici dell'assistenza e dalla presenza in reparto di infermieri specializzati, che possano dedicarsi interamente a questi risvolti, senza interruzioni o distrazioni, come spesso accade nella pratica quotidiana.

### **4.3 Conclusioni**

Importanti risvolti emergono in letteratura relativamente agli interventi non farmacologici applicati nel contesto infermieristico.

Da più esperimenti (*pet therapy*, tecniche energetiche e psicosociali) si evince che la presenza, la disponibilità, l'intento di aiuto dell'infermiere e il rapporto di fiducia, contribuiscono in modo importante al beneficio riportato dal paziente, conferendo alle terapie stesse un valore aggiunto.

L'intervento psicosociale gestito da infermieri appare inoltre meglio tollerato dai pazienti

permettendo loro di evitare lo stigma associato al ricorso ai servizi di salute mentale.

La riduzione dell'ansia, relativamente ad alcuni studi sulle arti creative ed il massaggio, risulta più importante se l'intervento è gestito da infermieri formati piuttosto che da operatori professionisti. Questo fenomeno fa riflettere sul fatto che gli interventi non debbano essere fonte di ulteriore stress per i pazienti che potrebbero recepirli come un ennesimo dovere o prova da superare per la riconquista del benessere. L'intento auspicato si configura nell'alleviare le preoccupazioni e sviare i pensieri ricorrenti ed intrusivi legati alla malattia, riportando l'attenzione alle sensazioni del "qui ed ora". In quest'ottica l'intervento gestito dalla figura amica e conosciuta dell'infermiere, inserito nel quotidiano progetto di assistenza, può essere avvertito come più neutrale e routinario, ed affrontato con maggior serenità e fiducia, migliorandone di conseguenza anche gli esiti.

Ritengo che questa ricerca possa essere di interesse per tutto il personale infermieristico che si trovi ad avere a che fare con pazienti ammalati o sopravvissuti al cancro, e, purtroppo, considerate le statistiche e le esperienze personali, sono pochi o nulli i contesti di lavoro che possano considerarsi esenti da questo infelice coinvolgimento.

E' importante ricordare che l'OMS individua nell'infermiere (Rapporto tecnico 1996) un "*consigliere del consumatore*", così come il Codice Deontologico sottolinea l'importanza di sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, impegnandosi affinché possa disporre di informazioni globali e non solo cliniche.

A questo proposito gli infermieri, per potenziare il proprio ruolo nel consigliare e supportare i pazienti nella gestione dell'ansia, sono invitati a sviluppare la ricerca ed impegnarsi ad acquisire istruzione ed abilità tramite specifici percorsi formativi.

L'educazione agli approcci complementari potrebbe offrire all'infermiere la possibilità di ampliare il proprio bagaglio di competenze e conoscenze, per l'implementazione di uno stile assistenziale olistico e per intervenire sui sintomi in assenza di effetti collaterali. Queste tecniche, se opportunamente integrate alla prassi, permetterebbero di migliorare la propria attività e di amplificare la portata della prestazione infermieristica.

Sebbene le migliori modalità di studio e pratica delle tecniche complementari ed alternative siano tuttora dibattute in letteratura, la loro efficacia nella riduzione dell'ansia e svariati altri effetti correlati alla malattia o ai trattamenti, appare ampiamente comprovata. Si rivela quindi auspicabile un lavoro infermieristico, tramite una metodologia chiara e rigorosa ed un approccio globale ed interdisciplinare, per permettere un avanzamento nella scienza e nell'arte dell'assistenza infermieristica oncologica.



## BIBLIOGRAFIA

- (1) AIOM/AIRTUM. I numeri del cancro in Italia 2014. 2014; Available at: [http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2014.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf). Accessed 07/20, 2015.
- (2) Annunziata M, Muzzatti B, Bidoli E, Veronesi A. Emotional distress and needs in Italian cancer patients: prevalence and associations with socio-demographic and clinical factors. *Tumori* 98:132–138. 2012.
- (3) Sempreboni A, Merenda M, Bruletti G. “Worry” e salute: indagine esplorativa in un campione di soggetti con malattia fisica conclamata. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale* – vol. 10, n.1. 2004.
- (4) Tatarelli R. *Manuale di psichiatria e salute mentale*. Piccin ed. Padova; 2009: 137-150.
- (5) Pancheri P. Stress, emozioni, malattia, introduzione alla medicina psicosomatica. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale* – Vol.14- n.1. 2008.
- (6) Dhabhar FS, Saul AN, Holmes TH, Daugherty C, Neri E, Tillie JM, et al. High-Anxious Individuals Show Increased Chronic Stress Burden, Decreased Protective Immunity, and Increased Cancer Progression in a Mouse Model of Squamous Cell Carcinoma. *PLoS ONE* 2012 02/03; 7(4):e33069.
- (7) Jacobsen P, Bovbjerg D, Redd W. Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychol* 12: 469-475. 1993.
- (8) Fredrikson M, Furst C, Lekander M, Rotstein S, Blomgren H. Trait anxiety and anticipatory immune reactions in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Brain Behav Immun* 7: 79–90. 1993.
- (9) Pereira D, Sannes T, Dodd S, Jensen S, Morgan L, et al. Life stress, negative mood states, and antibodies to heat shock protein 70 in endometrial cancer. *Brain, Behavior, and Immunity* 24: 210–214. 2010.
- (10) Speciani LO. *Di cancro si vive*. Masson ed. Milano; 1982.
- (11) Annunziata M, Muzzatti B. Psychological distress in oncology. In: Ohayashi H, Yamada S (eds) *Psychological distress: symptoms, causes and coping*. Nova Publisher, Hauppauge, pp 27–48. 2012.
- (12) Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*.
- (13) Weisman A, Worden J. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med* 1976; 7:1-15.
- (14) Cain E, Kohorn E, Quinlan D, Schwartz P, Latimer K, Rodgers L. Psychosocial reactions to the diagnosis of gynecologic cancer. *Obstet Gynecol* 1983; 62:635-641.
- (15) Schou IE. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology* 2004 05; 13(5):309-320.
- (16) Kripke DF, FAU LR, Kline LE. Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study. *BMJ open* JID - 101552874 CIN - *Ann Intern Med*.2012 Jun 19; 156(12):JC6-13.PMID: 22711114 CIN - *J Clin Sleep Med*.2012;8(4):351-2.PMID: 22893762 CIN - *Climacteric*.2012 Aug;15(4):401.PMID: 22950121 PMC - PMC3293137 OID - NLM: PMC3293137 EDAT- 2012.
- (17) Weich S, Pearce HL, Croft P, Singh S, Crome I, Bashford J, et al. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: Retrospective cohort study. *BMJ (Online)* 2014;348.
- (18) Grassi L, Caruso R, Hammelef K, Nanni MG, Riba M. Efficacy and safety of pharmacotherapy in cancer-related psychiatric disorders across the trajectory of cancer care: A review. *Int Rev Psychiatry* 2014;26(1):44-62.
- (19) Bultz BD, Carlson L. Emotional distress: the sixth vital sign – future directions in cancer

care. *Psycho-Oncology* 15, 93–95. 2006.

(20) Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology* 2014 04/14;32(15):1605-1619.

(21) *Psichiatria online Italia*. Strumenti di valutazione. 2015; Available at: <http://www.psichiatriaonline.it/node/3520>. Accessed 08/21, 2015.

(22) Annunziata MA, Muzzatti B, Giovannini L, Mella S, Bomben F, Flaiban C, et al. Facilitating the integration of emotional states in patients' personal disease experience with cancer: A new brief intervention for managing psychological distress. *Supportive Care in Cancer* 2013;21(7):1815-1819.

(23) Zanotti R. *Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale*. Piccin ed. Padova; 2010: 176-182; 187-197.

(24) Falkenberg T, Lewith G, Roberti di Sarsinad P, von Ammon K, Santos-Rey K, Hok J, et al. Towards a pan-European definition of complementary and alternative medicine — a realistic ambition? *Forschende Komplementarmedizin*; 19(Suppl. 2): 6—8. 2012.

(25) NIH National Cancer Institute. Complementary and alternative medicine. 2015; Available at: <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam>. Accessed 08/09, 2015.

(26) Tindle HA, FAU DR, FAU PR, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Alternative therapies in health and medicine JID - 9502013 0324*.

(27) Associazione Medicina e Complessità. 2015; Available at: <http://www.amec.eu/>. Accessed 08/21, 2015.

(28) Associazione per la medicina centrata sulla persona Onlus. Available at: <http://www.medicinacentratasullapersona.org/>. Accessed 08/21, 2015.

(29) Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori Reg. Lombardia - Gruppo di Studio Me.Te.C.O. (Medicine e Terapie Complementari in Oncologia). Available at: <http://vecchiosito.istitutotumori.mi.it/istituto/attivita/MeTeCO.asp>. Accessed 08/21, 2015

(30) Bini B, Brizio E, De Benedetto L, Distefano S, Marsaglia C, Martella MC, et al. IPASVI Linee guida per un percorso di alta formazione Infermieristica e cure complementari. 2002; Available at: [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/pagine/59/master10.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/59/master10.pdf). Accessed 07/27, 2015.

(31) Deng GE, Frenkel MF, Cohen L FAU - Cassileth, Barrie,R., FAU CB, FAU AD, FAU CJ, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology JID - 101262057 1222(1715-894; 1715-894)*.

(32) Shneerson C, Taskila T, Gale N, Greenfield S, Chen Y. The effect of complementary and alternative medicine on the quality of life of cancer survivors: A systematic review and meta-analyses. *Complement Ther Med* 2013 8;21(4):417-429.

(33) Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. *Integrative cancer therapies* 2012;11(3):187.

(34) Gansler T, Kaw C, Crammer C, Smith T. A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors. *Cancer* 2008;113(5):1048-1057.

(35) Anderson JG, Taylor AG. Use of complementary therapies for cancer symptom management: results of the 2007 National Health Interview Survey. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.) JID - 9508124 2007*.

(36) SIO Society for Integrative Oncology. Available at: <http://www.integrativeonc.org/>. Accessed 07/23, 2015.

(37) Cassileth BR, Deng GE, Gomez JE, Johnstone P, Kumar N, Vickers AJ. Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 2007 09/02;132(3):340S-354.

- (38) Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs JID* - 9011255 0309.
- (39) Mansky PJ, Wallerstedt DB. Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J* 2006 2006;12(5):425-431.
- (40) WALTERS SJ. Massage and cancer: practice guidelines. *J AUST TRADITIONAL MED SOC* 2010 09;16(3):141-143.
- (41) Falkensteiner M, Mantovan F, Müller I, Them C. The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: a narrative review of the literature. *ISRN NURS* 2011:8p.
- (42) Toth M, Marcantonio E, R., Davis R, B., Walton T, Kahn J, R., Phillips R, S. Massage Therapy for Patients with Metastatic Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med* 2013 07;19(7):650-656.
- (43) Sturgeon M, Wetta-Hall R, Hart T, Good M, Dakhil S. Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment. *J Altern Complement Med* 2009 04;15(4):373-380.
- (44) Karagozoglu S, Kahve E. Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. *Applied Nursing Research* 2013 11;26(4):210-217.
- (45) Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A, et al. Effectiveness of Aromatherapy Massage in the Management of Anxiety and Depression in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 2007 February 10;25(5):532-539.
- (46) Serfaty M, Wilkinson S, Freeman C, Mannix K, King M. The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT): a pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/palliative care. *PSYCHO ONCOL* 2012 05;21(5):563-569.
- (47) Fellowes D, Barnes K, Wilkinson Susie SM. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. 2008(4).
- (48) Stephenson NLN, Swanson M, Dalton J, Keefe FJ, Engelke M. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncol Nurs Forum* 2007 01;34(1):127-132.
- (49) Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D, You M. Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Reflexology Trial With Patients With Advanced-Stage Breast Cancer. *Oncol Nurs Forum* 2012 11;39(6):568-577.
- (50) Sharp DM, Walker MB, Chaturvedi A, Upadhyay S, Hamid A, Walker AA, et al. A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *Eur J Cancer* 2010 1;46(2):312-322.
- (51) Steenkamp E, Scrooby B, van der Walt C. Facilitating nurses' knowledge of the utilisation of reflexology in adults with chronic diseases to enable informed health education during comprehensive nursing care. *Health SA Gesondheid* 2012;17(1).
- (52) Coakley A, Bulette, Barron A. Energy Therapies in Oncology Nursing. *Semin Oncol Nurs* 2012 02;28(1):55-63.
- (53) Bossi L, Ott MJ, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 2008 06;12(3):489-494.
- (54) Demir M, Can G, Celek E. Effect of Reiki on symptom management in oncology. *Asian Pac J Cancer Preven* 2013;14(8):4931-4933.
- (55) Joyce J, Herbison GP. Reiki for depression and anxiety. 2015(4).
- (56) Jackson E, Kelley M, McNeil P, Meyer E, Schlegel L, Eaton M. Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer? *Clin J Oncol Nurs* 2008 02;12(1):113-120.
- (57) Felbel S, Meerpohl Joerg J, Monsef I, Engert A, Skoetz N. Yoga in addition to standard care for patients with haematological malignancies. 2014(6).

- (58) Sharma M, Haider T, Knowlden A, P. Yoga as an Alternative and Complementary Treatment for Cancer: A Systematic Review. *J Altern Complement Med* 2013 11;19(11):870-875.
- (59) Lin KY, Hu YT, Chang KJ. Effects of yoga on psychological health, quality of life, and physical health of patients with cancer: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;2011:659876.
- (60) Dhruva A, Miaskowski C, Abrams D, Acree M, Cooper B, Goodman S, et al. Yoga Breathing for Cancer Chemotherapy-Associated Symptoms and Quality of Life: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med* 2012 05;18(5):473-479.
- (61) Fish JA, Ettridge K, Sharplin GR, Hancock B, Knott VE. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *EUR J CANCER CARE* 2014 05;23(3):413-421.
- (62) Fang CY, Reibel DK, Longacre ML, Rosenzweig S, Campbell DE, Douglas SD. Enhanced psychosocial well-being following participation in a mindfulness-based stress reduction program is associated with increased natural killer cell activity. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N Y )* 2010 05;16(5):531-538.
- (63) Kim YH, Kim HJ, Ahn SD, Seo YJ, Kim SH. Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complement Ther Med* 2013 8;21(4):379-387.
- (64) Song Q, Xu R, Zhang Q, Ma M, Zhao X. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2013 10/27;6(10):979-984.
- (65) Kashani F, Babae S, Bahrami M, Valiani M. The effects of relaxation on reducing depression, anxiety and stress in women who underwent mastectomy for breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2012 Jan;17(1):30-33.
- (66) Charalambous A, Bozas E, Androulakis I, Giannakopoulou M. 4174 ORAL Cancer's Related Anxiety "Kryptonite" – a Randomized Control Trial for the Use of Guided Imagery and Progressive Muscle Relaxation. *Eur J Cancer* 2011 9;47, Supplement 1:S301.
- (67) León-Pizarro C, Gich I, Barthe E, Rovirosa A, Farrús B, Casas F, et al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. *Psychooncology* 2007;16(11):971-979.
- (68) Archer S, Buxton S, Sheffield D. The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psychooncology* 2015;24(1):1-10.
- (69) Boehm K, Cramer H, Staroszyński T, Ostermann T. Arts Therapies for Anxiety, Depression, and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine : eCAM* 2014 01/21;2014:103297.
- (70) Puetz TW, Morley CA, Herring MP. Effects of creative arts therapies on psychological symptoms and quality of life in patients with cancer. *JAMA Internal Medicine* 2013 06/10;173(11):960-969.
- (71) Bradt J, Shim M, Goodill Sherry W. Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. 2015(1).
- (72) Stanczyk MM. Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy* 2011 0;16(5):170-172.
- (73) Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. 2011(8).
- (74) Lin M, Hsieh Y, Hsu Y, Fetzer S, Hsu M. A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. *J Clin Nurs* 2011 04;20(7-8):988-999.
- (75) Chen L, Wang T, Shih Y, Wu LJ. Fifteen-minute music intervention reduces pre-

- radiotherapy anxiety in oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2013 8;17(4):436-441.
- (76) Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing* 2015 2;19(1):54-59.
- (77) Marcus D. Complementary Medicine in Cancer Care: Adding a Therapy Dog to the Team. *Curr Pain Headache Rep* 2012 08/01;16(4):289-291.
- (78) Orlandi M, Trangeled KF, Mambrini AF, Tagliani MF, Ferrarini AF, Zanetti LF, et al. Pet therapy effects on oncological day hospital patients undergoing chemotherapy treatment. *Anticancer research JID - 8102988 0228*.
- (79) Johnson RA, Meadows RL, Haubner JS, Sevedge K. Animal-assisted activity among patients with cancer: effects on mood, fatigue, self-perceived health, and sense of coherence. *2008;35(2):225-32*.
- (80) Zhao G, Li C, Li J, Balluz LS. Physical activity, psychological distress, and receipt of mental healthcare services among cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship* 2013;7(1):131-139.
- (81) Bergenthal N, Will A, Streckmann F, Wolkewitz K, Monsef I, Engert A, et al. Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies. 2014(11).
- (82) Smith-Turchyn J, Richardson J. A systematic review on the use of exercise interventions for individuals with myeloid leukemia. *Supportive Care in Cancer* 2015 08/01;23(8):2435-2446.
- (83) Mishra Shiraz I, Scherer Roberta W, Snyder C, Geigle Paula M, Berlanstein Debra R, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. 2012(8).
- (84) Mishra Shiraz I, Scherer Roberta W, Geigle Paula M, Berlanstein Debra R, Topaloglu O, Gotay Carolyn C, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. 2012(8).
- (85) Rabow M, Knish S. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care in Cancer* 2015 04/01;23(4):919-923.
- (86) Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe M, Reddick B, Goldstein N, Lawal TA. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2013 03;40(2):120-131.
- (87) Carvalho CC, Chaves EdCL, Iunes DH, Simão TP, Grasselli CdSM, Braga CG. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2014;48:684-690.
- (88) Semple C, Parahoo K, Norman A, McCaughan E, Humphris G, Mills M. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. 2013(7).
- (89) McCaughan E, Parahoo K, Hueter I, Northouse L. Online support groups for women with breast cancer. 2015(4).
- (90) Björneklett HG, Lindemalm C, Rosenblad A, Ojutkangas M, Letocha H, Strang P, et al. A randomised controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: Results on anxiety and depression. *Acta Oncol* 2012 02/01; 2015/09;51(2):198-207.
- (91) Goerling U, Tagmat D, Muffler E, Schramm N, Wernecke K, Schlag PM. Practice and Effectiveness of Outpatient Psycho-Oncological Counseling for Cancer Patients. *Journal of Cancer* 2010 08/23;1:112-119.
- (92) Hersch J, Juraskova I, Price M, Mullan B. Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *PSYCHO ONCOL* 2009 08;18(8):795-810.
- (93) Garrett K, Okuyama S, Jones W, Barnes D, Tran Z, Spencer L, et al. Bridging the

- transition from cancer patient to survivor: Pilot study results of the Cancer Survivor Telephone Education and Personal Support (C-STEPS) program. *Patient Educ Couns* 2013 8;92(2):266-272.
- (94) Jassim Ghufra A, Whitford David L, Hickey A, Carter B. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2015(5).
- (95) Naaman SC, Radwan K, Fergusson D, Johnson S. Status of Psychological Trials in Breast Cancer Patients: A Report of Three Meta-Analyses. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2009 03/01; 2015/08;72(1):50-69.
- (96) Greer JA, Traeger L, Bemis H, Solis J, Hendriksen ES, Park ER, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *Oncologist* 2012;17(10):1337-1345.
- (97) Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2012;11.
- (98) Rueda J, Solà I, Pascual A, Subirana Casacuberta M. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. 2011(9).
- (99) Moorey S, Cort E, Kapari M, Monroe B, Hansford P, Mannix K, et al. A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. 2009;39(5):713-23.
- (100) Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. 2008(1).
- (101) McCorkle R, Dowd M, Ercolano E, Schulman-Green D, Williams A, Siefert ML, et al. Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psychooncology* 2009 01;18(1):62-70.
- (102) Mahendran R, Lim H, Tan JS, Chua J, Lim S, Ang EK, et al. Efficacy of a brief nurse-led pilot psychosocial intervention for newly diagnosed Asian cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 2015 08/01;23(8):2203-2206.
- (103) Kashani F, Kashani P, Moghimian M, Shakour M. Effect of stress inoculation training on the levels of stress, anxiety, and depression in cancer patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2014 01/20;20(3):359-364.

# ALLEGATI



## ALLEGATO 1

### RISULTATI DELLA RICERCA – PRESENTAZIONE DEGLI STUDI SELEZIONATI

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	ARTICOLI TROVATI/ SELEZIONATI	DISEGNO DI STUDIO	TITOLI E AUTORI ARTICOLI SELEZIONATI
<b>The Cochrane Library</b> Filtro applicato: pubblicazioni dal 2006 al 2015	anxiety AND cancer (Cochrane review)	38 / 14	14 SR+metanalisi	<b>Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment.</b> Shiraz I Mishra, Roberta W Scherer, Claire Snyder, Paula M Geigle, Debra R Berlanstein, Ozlem Topaloglu. Published Online: 15 AUG 2012.
				<b>Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients.</b> Karen Galway, Amanda Black, Marie Cantwell, Chris R Cardwell, Moyra Mills, Michael Donnelly. Published Online: 14 NOV 2012.
				<b>Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer.</b> Ghufuran A Jassim, David L Whitford, Anne Hickey, Ben Carter. Published Online: 28 MAY 2015.
				<b>Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors.</b> Shiraz I Mishra, Roberta W Scherer, Paula M Geigle, Debra R Berlanstein, Ozlem Topaloglu, Carolyn C Gotay, Claire Snyder. Published Online: 15 AUG 2012.
				<b>Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients.</b> Joke Bradt, Cheryl Dileo, Denise Grocke, Lucanne Magill. Published Online: 10 AUG 2011.
				<b>Reiki for depression and anxiety.</b> Janine Joyce1, G Peter Herbison. Published Online: 3 APR 2015.
				<b>Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer.</b> Susanne Cruickshank, Catriona Kennedy, Karen Lockhart, Isabel Dosser, Lorraine Dallas. Published Online: 23 JAN 2008
				<b>Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer.</b> Cherith Semple, Kader Parahoo, Alyson Norman, Eilis McCaughan, Gerry Humphris, Moyra Mills. Published Online: 16 JUL 2013.
				<b>Yoga in addition to standard care for patients with haematological malignancies.</b> Steffen Felbel, Joerg J Meerpohl, Ina Monsef, Andreas Engert, Nicole Skoetz. Published Online: 12 JUN 2014.
				<b>Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients.</b> Joke Bradt, Minjung Shim, Sherry W Goodill. Published Online: 7 JAN 2015. Rank 5
				<b>Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer.</b> José-Ramón Rueda, Ivan Solà, Antonio Pascual, Mireia Subirana Casacuberta. Published Online: 7 SEP 2011.
				<b>Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer.</b> Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Pub.2004
				<b>Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies.</b> Nils Bergenthal, Andrea Will1, Fiona Streckmann, Klaus-Dieter Wolkewitz, Ina Monsef1, Andreas Engert, Thomas Elter, Nicole Skoetz. Published Online. 11 NOV 2014
<b>Online support groups for women with breast cancer (protocol).</b> Eilis McCaughan, Kader Parahoo, Irene Hueter, Laurel Northouse. Published Online: 19 APR 2015				
<b>PubMed-Medline</b> Filtri applicati: - data pubblicazione: 10 anni - disponib.: free full text - genere: umano - lingua: inglese o italiano - età: 19 o più	anxiety AND (management OR care) AND cancer AND (nursing OR nurse)	85 / 8	RCT	<b>Effect of stress inoculation training on the levels of stress, anxiety, and depression in cancer patients.</b> Kashani F, Kashani P, Moghimian M, Shakour M. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015 May-Jun;20(3):359-64.
			Studio osservaz. di prevalenza	<b>Use of Complementary Therapies for Cancer Symptom Management: Results of the 2007 National Health Interview Survey.</b> Joel G. Anderson, Ann Gill Taylor. Journal of alternative and complementary medicine. Vol.18, N.3, 2012, pp.235-241.
			Studio sperimentale	<b>Knowledge, attitudes, and practice behaviors (KAPb) of nurses and the effectiveness of a training program in psychosocial cancer care.</b> Rathi Mahendran , Joanne Chua, Chao Xu , Yong Loo Lin, Haikel A. Lim, Emily N. K. Ang, Siew Eng Lim, Ee Heok Kua. Supportive Care in Cancer August 2014, Volume 22, Issue 8, pp 2049-2056.
			RCT	<b>Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events.</b> Qing-Hua Song, Rong-Mei Xu, Quan-Hai Zhang, Ming Ma, Xin-Ping Zhao. Int J Clin Exp Med. 2013; 6(10): 979-984. Published online 2013 Oct 25.
			RCT	<b>The effects of relaxation on reducing depression, anxiety and stress in women who underwent mastectomy for breast cancer.</b> Fahimeh Kashani, Sima Babae, Masoud Bahrami, Mahboobeh Valiani. Iran J Nurs Midwifery Res. 2012 Jan-Feb; 17(1): 30-33.

		Revisione di LG	<b>Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an american society of clinical oncology guideline adaptation.</b> Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, Holland JC, Partridge AH, Bak K, Somerfield MR, Rowland JH. J Clin Oncol. 2014 May 20;32(15):1605-19. doi: 10.1200/JCO.2013.52.4611. Epub 2014 Apr 14.
		Studio osservaz. retrospettivo	<b>Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care.</b> Michael W. Rabow, Sarah J. Knish. Supportive Care in Cancer. April 2015, Volume 23, Issue 4, pp 919-923.
		RCT	<b>A randomised controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: Results on anxiety and depression.</b> Helena Granstam Björneklettac, Christina Lindemalmb, Andreas Rosenbladc, Marja-Leena Ojutkangasc, Henry Letochaad, Peter Strang, Leif Bergkvist. Acta Oncologica, 51:2, 198-207. Published online: 19 Sep 2011.
Psychosocial intervention AND cancer AND anxiety	38 / 5	SR	<b>Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review.</b> Hersch J, Juraskova I, Price M, Mullan B. Psychooncology. 2009 Aug;18(8):795-810. doi: 10.1002/pon.1443.
		Studio sperim. pilota prospettico	<b>Enhanced psychosocial well-being following participation in a mindfulness-based stress reduction program is associated with increased natural killer cell activity.</b> Fang CY, Reibel DK, Longacre ML, Rosenzweig S, Campbell DE, Douglas SD. J Altern Complement Med. 2010 May;16(5):531-8. doi: 10.1089/acm.2009.0018.
		R.Narrativa	<b>Patient-centered care in cancer treatment programs: the future of integrative oncology through psychoeducation.</b> Garchinski, Christina M; DiBiase, Ann-Marie Wong, Raimond K Sagar, Stephen M. Future Oncol Volume: 10, Issue: 16, Date: 2014 Dec , Pages: 2603-14.
		Studio pilota sperimentale	<b>Efficacy of a brief nurse-led pilot psychosocial intervention for newly diagnosed Asian cancer patients.</b> Mahendran, Rathi; Lim, Haikel A Tan, Joyce Y S Chua, Joanne Lim, Siew Eng Ang, Emily N K Kua, Ee Heok. Support Care Cancer Volume: 23, Issue: 8, Date: 2015 Aug , Pages: 2203-6.
		Studio sperimentale	<b>Practice and effectiveness of outpatient psycho-oncological counseling for cancer patients.</b> Goerling, Ute; Tagmat, Deniz Muffler, Elvira Schramm, Nancy Wernecke, Klaus-Dieter Schlag, Peter M. J Cancer Volume: 1, Date: 2010 , Pages: 112-9 Anno: 2010
(complementary OR alternative OR integrative OR non pharmacologic al) AND (therapy OR intervention) AND cancer AND anxiety	51 / 6	LG	<b>Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as a supportive care in patients treated for breast cancer.</b> Greenlee, Heather; Balneaves, Lynda G; Carlson, Linda E; Cohen, Misha; Deng, Gary; Hershman, Dawn; Mumber, Matthew; Perlmutter, Jane; Seely, Dugald; Sen, Ananda; Zick, Suzanna M; Tripathy, Debu. J Natl Cancer Inst Monogr Volume: 2014, Issue: 50, Date: 2014 Nov , Pages: 346-58
		SR + metanalisi	<b>The effect of complementary and alternative medicine on the quality of life of cancer survivors : a systematic review and meta-analyses.</b> Shneerson, Catherine; Taskila, Taina; Gale, Nicola; Greenfield, Sheila; Chen, Yen-Fu. Complement Ther Med. Volume: 21, Issue: 4, Date: 2013 Aug , Pages: 417-29.
		R.Narrativa	<b>Complementary Medicine in Cancer Care: Adding a Therapy Dog to the Team.</b> Dawn A. Marcus. Current Pain and Headache Reports August 2012, Volume 16, Issue 4, pp 289-291
		Studio sperimentale	<b>Pet Therapy Effects on Oncological Day Hospital Patients Undergoing Chemotherapy Treatment.</b> Orlandi, M.; Trangeled, K.; Mambri, A.; Tagliani, M.; Ferrarini, A.; Zanetti, L.; Tartarini, R.; Pacetti, P.; Cantore, M. Anticancer Research 27: 4301-4304 (2007)
		SR	<b>A systematic review on the use of exercise interventions for individuals with myeloid leukemia.</b> Jenna Smith-Turchyn , Julie Richardson. Supportive Care in Cancer (2015) 23:2435-2446.
		LG	<b>Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals.</b> Deng, Gary E.; Frenkel, Moshe; Cohen, Lorenzo; Cassileth, Barrie R.; Abrams, Donald I.; Capodice, Jillian L.; Courneya, Kerry S.; Dryden, Trish; Hanser, Suzanne; Kumar, Nagi; Labriola, Dan; Wardell, Diane W.; Sagar, Stephen. Journal of the Society for Integrative Oncology . Summer 2009, Vol. 7 Issue 3, p85-120. 36p.
anxiety AND cancer AND massage	7 / 3	RCT	<b>Massage therapy for patients with metastatic cancer: a pilot randomized controlled trial.</b> Toth M., Marcantonio ER, Davis RB, Walton T, Kahn JR, Phillips RS. J Altern Complement Med. 2013 Jul;19(7):650-6. doi: 1089/acm.2012.0466.
		RCT	<b>Health-related quality-of-life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced-stage breast cancer.</b> Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D, You M. Oncol Nurs Forum. 2012 Nov;39(6):568-77. doi: 10.1188/12.ONF.568-577.
		R.Narrativa	<b>The Use of Massage Therapy for Reducing Pain, Anxiety, and Depression in Oncological Palliative Care Patients: A Narrative Review of the Literature.</b> Maria Falkensteiner, Franco Mantovan, Irene Müller, Christa Them. ISRN Nursing - Volume 2011 (2011), Article ID 929868.

	anxiety AND cancer AND "art therapy"	2 / 1	SR + metanalisi	<b>Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis.</b> Boehm K, Cramer H, Staroszynski T, Ostermann T. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:103297. doi: 10.1155/2014/103297.
<b>Web of Science Filtri applicati :</b> Public. dal 2006 ad oggi - Lingua: inglese o italiano - Research Areas: Oncology, Nursing, Psychology.	(complementary OR alternative OR integrative OR non pharmacological) AND (therapy OR intervention) AND cancer AND anxiety	146 / 9	LG	<b>Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer - ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition).</b> Cassileth, Barrie R.; Deng, Gary E.; Gomez, Jorge E.; Johnstone, Peter A. S.; Kumar, Nagi; Vickers, Andrew J.. CHEST Volume:132, Issue:3, Pages:340S-354S Anno: 2007
			Studio osservaz. di prevalenza	<b>A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors - A report from the American cancer society's studies of cancer survivors.</b> Gansler, T; Kaw, C; Crammer, C; Smith, T. CANCER- Volume: 113 Issue: 5 Pages: 1048-1057 DOI: 10.1002/cncr.23659 Published: Sep. 1 2008.
			R.Narrativa	<b>Effect of Reiki on Symptom Management in Oncology.</b> Demir, M; Can, G; Celek, E. ASIAN PACIFIC JOURNAL OF CANCER PREVENTION Volume: 14 Issue: 8 Pages: 4931-4933 DOI: 10.7314/APJCP.2013.14.8.4931 Publ: 2013
			R.Narrativa	<b>Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice.</b> Bossi L; Ott MJ; DeCristofaro S. Clinical Journal of Oncology Nursing (CLIN J ONCOL NURS), 2008 Jun; 12 (3): 489-94.
			RCT	<b>A randomized controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety.</b> Hsieh, Ya-Ju; Hsu, Yu-Yun; Fetzer, Susan; Hsu, Mei-Chi; Hsu, Mei-Chi; Lin, Mei-Feng; Hsieh, Ya-Ju; Hsu, Yu-Yun; Fetzer, Susan Hsu, Mei-Chi. JOURNAL OF CLINICAL NURSING Volume:20, Issue:7-8, Pages:988-999 Anno:2011
			SR	<b>The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials.</b> S. Archer, S. Buxton, D. Sheffield. Psycho-Oncology (2014)
			SR	<b>Does therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer?</b> Jackson E; Kelley M; McNeil P; Meyer E; Schlegel L; Eaton M. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2008 Feb; 12 (1): 113-20.
			SR	<b>Effects of Creative Arts Therapies on Psychological Symptoms and Quality of Life in Patients With Cancer.</b> Timothy W. Puetz; Christopher A. Morley; Matthew P. Herring. JAMA Intern Med. 2013;173(11):960-969. Doi:10.1001/jamainternmed.2013.836.
			RCT	<b>Cancer's related anxiety "kryptonite"- A randomized control trial for the use of guided imagery and progressive muscle relaxation.</b> Charalambous A, Bozas E, Androulakis I, Giannakopoulou M. European journal of cancer 2011.
cancer AND anxiety management AND psychological intervention	126 / 6	Studio osservazionale descrittivo	<b>Facilitating the integration of emotional states in patients' personal disease experience with cancer: a new brief intervention for managing psychological distress.</b> Annunziata, MA; Muzzatti, B; Giovannini, L; Mella, ; Bomben, F.; Flaiban, C; Veronesi, A. Supportive Care in Cancer Volume: 21 Issue: 7 Pages: 1815-1819 DOI: 10.1007/s00520-013-1735-5 Published: JUL 2013.	
		Studio pilota prospettico	<b>Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life.</b> Fish, JA; Etridge, K; Sharplin, GR; Hancock, B; Knott, VE. EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE. Volume: 23 Issue: 3 Pages: 413-421 DOI: 10.1111/ecc.12136 Published: MAY 2014	
		SR	<b>Status of Psychological Trials in Breast Cancer Patients: A Report of Three Meta-Analyses.</b> Naaman, S; Radwan, K; Fergusson, D; Johnson, S. PSYCHIATRY-INTERPERSONAL AND BIOLOGICAL PROCESSES Volume: 72 Issue: 1 Pages: 50-69 Published: SPR 2009	
		RCT	<b>A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Patients with Terminal Cancer</b> Greer, JA; Traeger, L; Bemis, H; Hendriksen, ES; Park, ER; Pirl, WF; Temel, JS ; Prigerson, HG; Safren, SA. ONCOLOGIST Volume: 17 Issue: 10 Pages: 1337-1345 DOI:10.1634/theoncologist.2012-0041 Published: OCT 2012	
		RCT	<b>A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer.</b> Mooney, S; Cort, E; Monroe, B; Hansford, P; Mannix, K; Henderson, M; Fisher, L ; Hotopf, M. PSYCHOLOGICAL MEDICINE Volume: 39 Issue: 5 Pages: 713-723 DOI: 10.1017/S0033291708004169 Published: MAY 2009	
		RCT	<b>Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers</b> McCorkle, R; Dowd, M; Ercolano, E; Schulman-Green, D; Williams, AL; Siefert, ML; Steiner, J; Schwartz, P. PSYCHO-ONCOLOGY Volume: 18 Issue: 1 Pages: 62-70 DOI: 10.1002/pon.1365. Published: JAN 2009	
cancer AND anxiety AND (spirituality OR prayer) - Categories:	19 / 2	Studio osservaz. descrittivo-correlazionale	<b>The Relationships Among Coping Strategies, Religious Coping, and Spirituality in African American Women With Breast Cancer Receiving Chemotherapy.</b> Gaston-Johansson, Fannie; Haisfield-Wolfe, Mary Ellen; Reddick, Bobbie; Goldstein, Nancy; Lawal, Tokunbor A. Oncology Nursing Forum, 2013 Mar; 40 (2): 120-31.	

	nursing		Studio sperimentale	<b>Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients.</b> Carvalho, Camila Csizmar; Lopes Chaves, Erika de Cássia; Iunes, Denise Hollanda; Simão, Talita Prado; Marciano Grasselli, Cristiane da Silva; Braga, Cristiane Giffoni. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2014; 48 (4): 684-90.
<b>Scopus - Elsevier</b> Filtri applicati: Public. dal 2006 ad oggi (in health sciences) Subject area: nursing	anxiety AND cancer AND (complementary OR alternative OR integrative OR non pharmacological) AND (intervention OR therapy)	73 / 11	Studio pilota sperimentale	<b>Bridging the transition from cancer patient to survivor: Pilot study results of the Cancer Survivor Telephone Education and Personal Support (C-STEPS) program.</b> Kathleen Garretta, Sonia Okuyamaa, Whitney Jonesa, Denise Barnes, Zung Trana, Lynn Spencerb, Karl Lewisa, Paul Maronia, Margaret Chesney, Al Marcusa. Patient Education and Counseling Volume 92, Issue 2, August 2013, Pages 266–272.
			Studio descrittivo trasversale	<b>Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care.</b> Radka Bužgová, Darja Jarošová, Erika Hajnová. European Journal of Oncology Nursing Available online 23 May 2015.
			RCT	<b>Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer.</b> Yeon Hee Kima, Hwa Jung Kimb, Seung Do Ahnc, Yun Jeong Seod, So Hee Kima. Complementary Therapies in Medicine Volume 21, Issue 4, August 2013, Pages 379–387.
			Studio semi-sperimentale	<b>Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing.</b> Serife Karagozoglu, Emine Kahve. Applied Nursing Research 26 (2013) 210–217.
			Studio semi-sperimentale	<b>Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients.</b> Lee-Chen Chena, Tze-Fang Wang, Yi-Nuo Shi, Le-Jung Wu. European Journal of Oncology Nursing Volume 17, Issue 4, August 2013, Pages 436–441
			RCT	<b>A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer</b> Donald M. Sharpa, Mary B. Walkera, Amulya Chaturvedid, Sunil Upadhyayd, Abdel Hamidd, Andrew A. Walkera, Julie S. Batemanc, Fiona Braide, Karen Ellwoodc, Claire Hebblewhitec, Teresa Hopec, Michael Linesc, Leslie G. Walkera. Europ. Journal of Cancer Volume 46, Issue 2, January 2010, Pages 312–322
			RCT	<b>A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay.</b> Kaina Zhoua, Xiaomei Lia, Jin Lia, Miao Liud, Shaonong Dangb, Duolao Wangc, Xia Xind. European Journal of Oncology Nursing Volume 19, Issue 1, February 2015, Pages 54–59.
			R.Narrativa	<b>Music therapy in supportive cancer care.</b> Malgorzata Monika Stanczyk. Reports of Practical Oncology & Radiotherapy Volume 16, Issue 5, September–October 2011, Pages 170–172.
			RCT	<b>Animal-Assisted Activity Among Patients With Cancer: Effects on Mood, Fatigue, Self-Perceived Health, and Sense of Coherence.</b> Rebecca A. Johnson, Richard L. Meadows, Jennifer S. Haubner, Kathleen Sevedge. Oncology Nursing Forum – vol 35, no 2, 2008
			SR	<b>Facilitating nurses' knowledge of the utilisation of reflexology in adults with chronic diseases to enable informed health education during comprehensive nursing care.</b> Elna Steenkamp, Belinda Scrooby, Christa van der Walt. Health SA Gesondheid; Vol 17, No 1 (2012), 12 pages. doi: 10.4102/hsag.v17i1.567
R.Narrativa	<b>Energy Therapies in Oncology Nursing.</b> Amanda Bulette Coakley, Anne-Marie Barron. Volume 28, Issue 1, February 2012, Pages 55–63. Complementary and Integrative Cancer Therapies			
<b>CINAHL-EBSCOhost</b> Filtri applicati: Disponib. Full Text - Public. dal 2006 - Lingua inglese o italiano - Età: adulti.	cancer patients AND anxiety management AND complementary and alternative medicine OR non pharmacological interventions	64 / 4	R.Narrativa	<b>Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management</b> Mansky PJ; Wallerstedt DB. Cancer Journal (CANCER J), 2006 Sep-Oct; 12 (5): 425-31.
			RCT	<b>Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial.</b> Wilkinson SM; Love SB; Westcombe AM; Gambles MA; Burgess CC; Cargill A; Young T; Maher EJ; Ramirez AJ. Journal of Clinical Oncology (J CLIN ONCOL), 2007 Feb 10; 25 (5): 532-9.
			Studio di coorte storica	<b>Physical activity, psychological distress, and receipt of mental healthcare services among cancer survivors.</b> Zhao, GX ; Li, CY; Li, J; Balluz, LS. JOURNAL OF CANCER SURVIVORSHIP-RESEARCH AND PRACTICE Volume: 7 Issue: 1 Pages: 131-139 DOI: 10.1007/s11764-012-0254-6 Published: MAR 2013
			SR+ metanalisi	<b>How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis.</b> M, Bueschel G, Dennert GLD, Ritter EMZ. Integrative Cancer Therapies 2012;11(3):187–203.
	cancer AND anxiety AND yoga	14 / 2	RCT	<b>Yoga Breathing for Cancer Chemotherapy-Associated Symptoms and Quality of Life: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial.</b> Dhruva, A.; Miaskowski, C.; Abrams, D.; Acree, M.; Cooper, B.; Goodman, S.; Hecht, F. M. Journal of Alternative & Complementary Medicine, 2012 May; 18 (5): 473-9.

		SR	<b>Yoga as an Alternative and Complementary Treatment for Cancer: A Systematic Review.</b> Sharma, Manoj; Haider, Taj; Knowlden, Adam P. Journal of Alternative & Complementary Medicine Volume 19, Number 11, 2013, pp. 870–875 Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/acm.2012.0632
cancer AND anxiety AND imagery	11 / 1	RCT	<b>A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients.</b> Concha Leo´n-Pizarro, Ignasi Gich, Emma Barthe, Angeles Rovirosa, Blanca Farru´s, Francesc Casas, Euge`nia Verger, Albert Biete, Jordi Craven-Bartle, Jordi Sierra, Angeles Arcusa. Psycho-Oncology 16: 971–979 (2007)
cancer AND anxiety AND massage	11 / 4	R.Narrativa	<b>Massage and cancer: practice guidelines.</b> Walters SJ. Journal of the Australian Traditional-Medicine Society, 2010 Sep; 16 (3): 141-3.
		RCT	<b>The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT): a pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/palliative care.</b> Serfaty M; Wilkinson S; Freeman C; Mannix K; King M. Psycho-Oncology, 2012 May; 21 (5): 563-9.
		RCT	<b>Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety.</b> Stephenson NLN; Swanson M;Dalton J;Keefe FJ; Engelke M.Oncology Nursing Forum, 2007 Jan;34(1):127-32.
		Studio pilota prospettico	<b>Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment.</b> Sturgeon M; Wetta-Hall R; Hart T; Good M; Dakhil S. Journal of Alternative & Complementary Medicine, 2009 Apr; 15 (4): 373-80.



## ALLEGATO 2

### VALUTAZIONE QUALITATIVA DEGLI STUDI SELEZIONATI

#### Valutazione degli RCT con scala di Jadad

<b>Titolo</b>	<b>Valutazione</b>
Effect of stress inoculation training on the levels of stress, anxiety, and depression in cancer patients	<b>2</b> (non descritti persi al follow-up)
Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events	<b>0</b> (non descritti persi al follow-up – randomizzazione inappropriata)
The effects of relaxation on reducing depression, anxiety and stress in women who underwent mastectomy for breast cancer	<b>2</b> (non descritti persi al follow-up)
A randomised controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: Results on anxiety and depression	<b>3</b>
Massage therapy for patients with metastatic cancer: a pilot randomized controlled trial	<b>2</b> (non descritti criteri randomizzazione)
Health-related quality-of-life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced-stage breast cancer	<b>5</b>
A randomized controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety	<b>3</b>
Cancer's related anxiety "kryptonite"- A randomized control trial for the use of guided imagery and progressive muscle relaxation	<b>3</b>
A Pilot Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Patients with Terminal Cancer	<b>2</b> (non descritti criteri randomizzazione)
A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer	<b>3</b>
Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers	<b>3</b>
Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer	<b>3</b>
A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer	<b>3</b>
A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay	<b>3</b>
Animal-Assisted Activity Among Patients With Cancer: Effects on Mood, Fatigue, Self-Perceived Health, and Sense of Coherence.	<b>3</b>
Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial	<b>3</b>
Yoga Breathing for Cancer Chemotherapy-Associated Symptoms and Quality of Life: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial	<b>3</b>
A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients	<b>3</b>
The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT): a pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/palliative care	<b>3</b>
Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety	<b>2</b> (non descritti criteri randomizzazione)

## Valutazione delle Linee Guida con strumento AGREE II

	<b>Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer (SIO)</b>	<b>Evidence-based clinical practice guideline for integrative oncology: complementary therapies and botanicals (SIO)</b>	<b>Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer. ACCP e.b. clinical practice guidelines</b>	<b>Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an ASCO guideline adaptation</b>
<b>1) Obiettivi e ambiti di applicazione</b>	94%	61%	67%	83%
<b>2) Coinvolgimento stakeholders</b>	72%	61%	39%	67%
<b>3) Rigore metodologico</b>	88%	52%	46%	44%
<b>4) Chiarezza espositiva</b>	83%	94%	94%	67%
<b>5) Applicabilità</b>	42%	42%	42%	83%
<b>6) Indipendenza editoriale</b>	100%	100%	17%	100%
<b>Valutazione complessiva</b>	6	5	4	5
<b>LG consigliata</b>	Sì	Sì	Sì, con modifiche	Sì

# ALLEGATO 3

## INTERVISTA AGLI INFERMIERI



Università degli studi di PD  
Dipartimento di Medicina e Chirurgia  
Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede di Monselice

### INDAGINE CONOSCITIVA SULLA GESTIONE NON FARMACOLOGICA DELL'ANSIA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Gentile Infermiere,

sono una studentessa laureanda del CDL in Infermieristica di Monselice, le chiedo di dedicarmi qualche minuto di tempo per rispondere alle domande di seguito.

Lo scopo del presente questionario è verificare la conoscenza e la consapevolezza del problema dell'ansia nel paziente oncologico e della sua gestione infermieristica con metodi non farmacologici.

L'indagine è indirizzata a tutti gli infermieri delle UOC 'Day Hospital Oncologico' di Monselice e dell'Hospice-Cure Palliative' di Montagnana, all'interno dell'azienda ULSS 17 della Regione Veneto.

Sulle risposte fornite sarà mantenuta totale riservatezza e anonimato ed i risultati saranno utilizzati solo per scopi di ricerca, il rapporto finale non riporterà alcun dato individuale, ma solo dati aggregati.

Tale ricerca sarà utilizzata ai fini della mia Tesi di Laurea.

La ringrazio per il tempo dedicatomi e le auguro buon lavoro.

In fede

Michela Giacomuzzi

PREMESSA: secondo studi recenti, una diagnosi oncologica si accompagna nel 25-30% dei casi ad un disturbo d'ansia, e, nella fase di diagnosi e in quella avanzata di malattia, la percentuale aumenta fino all'85%.

Quindi, sulla base della sua esperienza lavorativa in questo reparto, le chiedo:

1. Relativamente all'ansia, è un problema che rileva con frequenza nei pazienti oncologici?
2. Secondo lei viene adeguatamente valutata e gestita nella pratica clinica?
3. Se sì, come, abitualmente?
4. Se no, perché, a suo avviso?
  - mancanza di tempo
  - mancanza di conoscenze/abilità
  - paura/titubanza nell'affrontare il problema malattia/morte
  - sottostima del problema
  - altro .....
5. Considera importante la sua gestione infermieristica?
6. Le è mai capitato di mettere in atto, o suggerire, o veder applicare, tecniche alternative per gestire l'ansia dei pazienti (musicoterapia, arteterapia, pet therapy, massaggio, riflessologia, reiki, tocco terapeutico, agopuntura, ipnosi, counseling, psicoeducazione, terapia cognitivo-comportamentale, meditazione, yoga, respirazione, visualizzazione guidata, integrazione alimentare, erbe medicinali, omeopatia, gruppi di mutuo aiuto, attività fisica, preghiera, ecc.)?
7. Ritiene che questo tipo di tecniche possa effettivamente apportare dei benefici per l'ansia?
8. Cosa, secondo lei, potrebbe essere migliorato nella pratica clinica, in merito a questo problema?
  - l'applicazione di protocollo a tutti i pazienti di scale di rilevazione/misurazione dell'ansia
  - linee guida in reparto per la gestione dell'ansia
  - più tempo per gli infermieri da dedicare agli aspetti psicologici dell'assistenza
  - corsi di formazione per tutti gli infermieri
  - presenza in reparto di infermieri specializzati
  - altro: .....

## ALLEGATO 4

### TABELLA RIASSUNTIVA DEI DATI RACCOLTI TRAMITE L'INDAGINE CONOSCITIVA NELLE UOC "HOSPICE – CURE PALLIATIVE" DI MONTAGNANA E "DAY HOSPITAL ONCOLOGICO" DI MONSELICE – ULSS 17 – REG. VENETO

	DOMANDE	RISPOSTE
1	Relativamente all'ansia, è un problema che rileva con frequenza nei pazienti oncologici?	<b>12 = SI'</b> (con l'aggiunta frequente di commenti quali: "costantemente", "sempre", "in percentuale anche maggiore rispetto alle statistiche" e "nel 100% dei casi")
2	Secondo lei viene adeguatamente valutata e gestita nella pratica clinica?	<b>6 = SI'</b> <b>2 = NO</b> <b>4 = Abbastanza/si può fare di più</b>
3	Se sì, come, abitualmente?	<b>10 = colloqui di supporto psicologico da parte degli infermieri</b> con l'aggiunta di: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ascolto (nei limiti di tempo a disposizione)</li> <li>2. rispondere ai dubbi, sviare i pensieri</li> <li>3. valutazione comportamentale ed eventuale indirizzamento alla psicologa di riferimento del reparto</li> <li>4. usando la nostra esperienza e sensibilità ed eventuale indirizzamento alla psicologa di riferimento del reparto</li> <li>5. colloquio anche con psicologa di reparto e medico</li> <li>6. valutazione sistematica ogni mattina con scala da 0 a 10; comunicare disponibilità; praticare ottimismo e umorismo (se il paziente si dimostra disponibile)</li> <li>7. valutazione sistematica ogni mattina con scala da 0 a 10; colloquio con psicologa di reparto</li> <li>8. colloquio con psicologa 2 volte a settimana, più nei casi di bisogno</li> <li>9. tempo e presenza</li> <li>10. presenza e vicinanza</li> </ol>
4	Se no, perché, a suo avviso?	<b>3 = mancanza di tempo</b> <b>1 = mancanza di conoscenze</b> <b>1 = sottostima del problema ("a volte la terapia farmacologica è considerata più semplice")</b> <b>1 = dovrebbe essere valutata e gestita dalla diagnosi</b> <b>1 = manca una figura per l'accompagnamento spirituale</b> <b>1 = manca la presenza costante di psicologi in reparto</b>
5	Considera importante la sua gestione infermieristica?	<b>12 = SI'</b> – con alcune aggiunte quali "certamente", "assolutamente", "importantissima poiché la maggior parte del tempo la passano con noi", "soprattutto in questo reparto" e "se non si interviene sull'ansia è più difficile gestire anche dolore, depressione, cura di sé, ecc."

<p><b>6</b></p>	<p>Le è mai capitato di mettere in atto, o suggerire, o veder applicare, tecniche alternative per gestire l'ansia dei pazienti (musicoterapia/arteterapia/ pet therapy/ massaggio/ riflessologia/reiki/tocco terapeutico/ agopuntura/ ipnosi/ counselling/psicoeducazione/terapia cognitivo-comportamentale/ meditazione/ respirazione/ visualizzazione creativa/integrazione alimentare/erbe medicinali/omeopatia/ gruppi di mutuo aiuto/attività fisica/yoga/preghiera, ecc...)?</p>	<p><b>2 = NO</b>, mai visto in reparto  <b>10 = SI'</b>, e relativamente alle tipologie riportate:  10 = Counseling psicologico  6 = La pet therapy, permettiamo ai pazienti di farsi portare da casa animali di piccola taglia  3 = Qualche paziente utilizza omeopatia o rimedi erboristici portati da casa  3 = Musicoterapia: ascolto di musica in radiodiffusione durante la chemioterapia  3 = Viste applicare o suggerite tecniche di respirazione  2 = Il massaggio praticato dai parenti  2 = Una volta il reparto organizzava gruppi di mutuo aiuto con la presenza di pazienti, familiari, psicologa e infermiera  1 = Suggesto lo yoga  1 = Vista utilizzare la preghiera</p>
<p><b>7</b></p>	<p>Ritiene che questo tipo di tecniche possa effettivamente apportare dei benefici per l'ansia?</p>	<p><b>4 = SI'</b> (di cui uno con aggiunta di "limitatamente alle mie esperienze e conoscenze" ed uno di "fondamentale")  <b>2 = Non so</b> (uno aggiunge "la teoria dice di sì, la pratica non so")  2 = Funzionano se il paziente ci crede, ma durante i trattamenti non hanno le risorse psicofisiche per dedicarsi  1 = Forse, l'effetto è molto soggettivo  1 = Possono aiutare ma conta di più la presenza  1 = Dipende dalla gravità, i casi più gravi necessitano di farmaci  1 = A volte, per breve termine</p>
<p><b>8</b></p>	<p>Cosa, secondo lei, potrebbe essere migliorato nella pratica clinica in merito a questo problema?</p>	<p><b>11 = corsi di formazione per tutti gli infermieri</b>  7 = più tempo per gli infermieri da dedicare agli aspetti psicologici dell'assistenza  5 = presenza in reparto di infermieri specializzati  2 = presenza in reparto di psicologi formati in ambito oncologico  1 = riunioni periodiche fra medici, infermieri, pazienti e familiari  1 = più attenzione per il problema (il supporto va iniziato dalla diagnosi)  1 = presenza di una figura guida che organizzi il percorso</p>