

Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

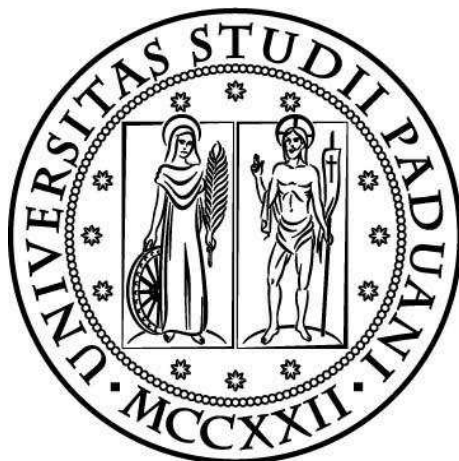
Tesi di Laurea

**IL MASSAGGIO TERAPEUTICO:
UN APPROCCIO INFERMIERISTICO
COMPLEMENTARE IN AMBITO ONCOLOGICO**

Relatore: Dott.ssa Cesaro Elisabetta

Laureanda: Urbani Micol

Anno Accademico 2014-2015



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**IL MASSAGGIO TERAPEUTICO:
UN APPROCCIO INFERMIERISTICO
COMPLEMENTARE IN AMBITO ONCOLOGICO**

Relatore: Dott.ssa Cesaro Elisabetta

Laureanda: Urbani Micol

Anno Accademico 2014-2015

ABSTRACT

Obiettivo:

L'obiettivo della tesi è ricercare ed identificare tecniche e approcci complementari, quali il massaggio terapeutico, applicati dall'infermiere nell'assistenza alla persona affetta da malattia oncologica. Si sono poi analizzati i risultati ottenuti dagli studi in merito all'efficacia sul dolore e l'ansia percepiti dai pazienti.

Materiali e Metodi:

Per la ricerca sono stati consultati capitoli di libri, rapporti di enti e associazioni, e banche dati, quali Pubmed e Cinhal, che hanno portato all'analisi di 35 articoli di riviste scientifiche. Sono stati scelti ed analizzati dieci articoli, nove studi di carattere sperimentale e uno fenomenologico, che riportano come argomento l'efficacia del massaggio, praticato da infermieri a pazienti oncologici, per alleviare la sensazione di dolore e l'ansia.

Risultati:

Gli articoli analizzati riportano dati di efficacia nella riduzione della sensazione di dolore e l'ansia percepita in pazienti affetti da cancro, bambini, adulti, in fase acuta e anche in fase terminale. Risultati statisticamente significativi si sono evidenziati in seguito al massaggio terapeutico totale del corpo, alle mani e ai piedi.

Conclusioni:

Il massaggio non ha dato effetti avversi e si è dimostrato efficace nell'alleviare la sintomatologia dolorosa, l'ansia, e a donare benessere al paziente oncologico. La tesi oltre a dare rilevanza all'argomento induce il professionista sanitario a riflettere sulla possibilità di poter ampliare la propria conoscenza e formazione nell'ambito delle cure complementari, con una prospettiva futura di una possibile presa in carico del paziente sempre più ottimale e personalizzata, in un'ottica olistica. Quello che evidenzia il lavoro di revisione è sicuramente la necessità di sviluppare in ambito infermieristico nuovi studi sperimentali, studi di coorte, randomizzati e doppio cieco, al fine di supportare il cammino verso il sostegno dell'evidence-based nursing.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 - CAM: MEDICINE COMPLEMENTARI E ALTERNATIVE	3
1.1 Definizioni	3
1.2 Classificazione delle CAM.....	6
1.3 Diffusione nel mondo e in Italia.....	8
1.4 Utilizzo nel mondo nei pazienti neoplastici	9
CAPITOLO 2 - LA PATOLOGIA ONCOLOGICA	11
2.1 Definizione ed epidemiologia.....	11
2.2 Il paziente oncologico.....	11
2.3 L'infermiere e le cure complementari.....	13
CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI	17
3.1 Scopo della ricerca.....	17
3.2 Quesito di ricerca.....	17
3.3 Fonti di ricerca e parole chiave.....	17
3.4 Criteri di inclusione ed esclusione.....	18
3.5 Tipologia di studi.....	18
CAPITOLO 4 - RISULTATI	19
CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE e CONCLUSIONI	25
5.1 Massaggio e gestione infermieristica dell'ansia	25
5.2 Massaggio e gestione infermieristica del dolore	26
5.3 Conclusioni.....	27
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

Oncologia, malato oncologico, cancro, sono parole che indirizzano la mente al dolore e alla morte e provocano una sensazione immediata di ansia e paura in chi le ascolta. Il malato oncologico, affetto da patologia perlopiù di carattere cronico, vive un lungo periodo di fragilità e di sofferenza psicosomatica; è un individuo in cui l'evento patologico che coinvolge varie parti del corpo e diversi sistemi funzionali, destruttura l'equilibrio vitale. La malattia può minare il senso del sé della persona, nonché la propria autonomia e le relazioni con gli altri. (1) E' necessario un approccio globale al paziente malato in grado di saper comprendere la complessità della malattia, ponendo attenzione alla nascita, all'evoluzione di questa e ai fattori biologici, psicologici e sociali ad essa correlati. Il paziente oncologico quindi non è solo dolore, sofferenza, depressione, ansia, nausea e morte bensì, una persona che esprime bisogni, emozioni, vissuti personali e con un problema di salute che inevitabilmente produce mutamenti cognitivi, affettivi ed emozionali. La persona malata è un corpo vivente fragile e non un semplice organismo biologico affetto da patologia, rotto e non funzionante, ed è quindi necessario tener conto della moltitudine di variabili riconducibili alla storia personale dell'individuo. Il corpo che soffre è un corpo che erige una corazza di protezione nei confronti della realtà e viene a vivere un tempo proprio, fatto di priorità che viaggiano su binari diversi rispetto al tempo normale in cui si muove il mondo. (2) L'ascolto, la comprensione, l'aiuto, il sostegno, l'affidabilità, la dignità, la presenza e l'affetto rappresentano una parte fondamentale ed essenziale nel percorso terapeutico del malato.

Nel campo della cura sembra che l'amplificarsi della tecnologia in grado di scrutare la persona fin nei minimi dettagli abbia prodotto una difficoltà crescente nel curante di instaurare con il malato una relazione mediata dai sensi e caratterizzata da quella fisicità richiesta dal processo di cura. (3) La medicina e le cure infermieristiche necessitano sempre più di un processo di umanizzazione.

L'infermiere è il responsabile competente di un'assistenza olistica, dalla prevenzione, al trattamento dei malati, al mantenimento delle migliori condizioni, al raggiungimento della maggior qualità di vita nelle malattie croniche. *“La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”*: è proprio dal Codice Deontologico dell'infermiere che si evince il vero significato di assistenza infermieristica, intesa

come scienza olistica destinata all'uomo ed ai suoi bisogni, con la conseguente necessità che *“l’infermiere aggiorni le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza [...] e fondi il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l’assistenza più efficaci [...].”* (4) L’infermiere risulta quindi essere una figura professionale autonoma e responsabile del proprio operato. Questo consente di sviluppare nell’assistenza infermieristica l’apporto delle cure complementari, ovvero approcci e tecniche in grado sia di ampliare il bagaglio di conoscenze del professionista, guardando in modo sempre attento e rispettoso al principio dell’olismo, sia di offrire interventi migliori e più efficaci per problemi di salute come la riduzione di sintomi verso i quali la medicina convenzionale non sempre riesce a dare risoluzioni definitive. (5)

La tesi di revisione bibliografica nasce dall’interesse di voler approfondire il tema delle cure complementari attraverso i risultati raggiunti dagli studi infermieristici per quanto riguarda approcci e tecniche di massaggio offerte da infermieri a pazienti oncologici, con lo scopo di alleviare la sensazione di dolore e dell’ansia percepita.

La rilevanza dell’argomento induce il professionista sanitario a riflettere sulla possibilità di poter ampliare la propria conoscenza e formazione con una prospettiva futura di una possibile presa in carico del paziente sempre più ottimale e personalizzata.

CAPITOLO 1

CAM: MEDICINE COMPLEMENTARI E ALTERNATIVE

1.1 Definizioni

La parola “medicina” origina dal latino “mederi”, curare, medicare e già dice tutto il necessario per identificare con assoluta chiarezza i contenuti. Il bisogno di aggiungere aggettivi e specifiche (“non convenzionale”, “alternativa”, “complementare”, “naturale”, perfino “psicosomatica”...) rischia di impoverirla e ha un po’ il sapore della ricerca di un suo originario significato andato smarrito. Ma tant’è; questi sono i tempi e può darsi che riflettere su quegli aggettivi sia d’aiuto a ritrovare il significato più a pieno ed autentico di quella parola.

A. Ricciuti, 2005 (6)

L’acronimo CAM, viene utilizzato ampiamente nella letteratura scientifica internazionale ed include due termini, medicina complementare e medicina alternativa. La medicina alternativa comprende quelle terapie atte a sostituire la medicina tradizionale, si tratta quindi di scelte esclusive. Le medicine complementari rappresentano invece un approccio olistico alla persona, quindi valorizzano l’attenzione personalizzata concentrandosi sulla persona nella sua interezza assieme alla sua storia, pensieri e richieste, ai vissuti nel percorso di malattia, all’ambiente fisico-sociale di appartenenza. (7)

Nei paesi anglosassoni il termine *Complementary and Alternative Medicine* definisce chiaramente il carattere multidimensionale dei diversi possibili approcci diagnostici e terapeutici, sottolineando il processo di interazione nel sistema sanitario e la possibilità di utilizzo pratico di tutte le informazioni fornite dal paziente. In una conferenza del 1997 del United States Office for Alternative Medicine dei National Institutes of Health (poi National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM, e ora National Center for Complementary and Integrative Health NCCIH) e, successivamente, adottata dalla Cochrane Collaboration e dal Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Medicine è stata adottata la seguente definizione:

La medicina complementare e alternativa è una gamma di risorse di guarigione che comprende tutti i sistemi sanitari, le modalità e le pratiche, le teorie e le credenze che le

accompagnano, diverse da quelle intrinseche al sistema sanitario politicamente dominante di una particolare società o cultura in dato periodo storico. CAM comprende tutte queste pratiche e le idee auto-definite dai loro utilizzatori per prevenire o curare una malattia o promuovere la salute e il benessere.

NCCAM, 1997. (8)

L'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, afferma:

La Medicina Alternativa e Complementare (CAM) si riferisce a un vasto insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione propria di un paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante. Altri termini usati per descrivere queste pratiche di assistenza sanitaria sono: "medicina naturale", "medicina non convenzionale" e "medicina olistica". Inoltre "in alcuni paesi i termini complementare, alternativa, non convenzionale sono usati in modo intercambiabile con il termine medicina tradizionale e si riferiscono ad un ampio insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione di quello stesso paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante.

WHO, 2000. (9)

Medicine Non Convenzionali, termine adottato dall'OMS, dal Parlamento Europeo, dal Consiglio d'Europa e dalla Federazione Nazionale italiana degli Ordini dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri (1997), fa riferimento a quei paesi, come l'Italia, in cui queste medicine da un lato non sono inserite nel piano formativo curricolare obbligatorio del corso di laurea di Medicina e Chirurgia, dall'altro non fanno parte del sistema sanitario dominante, basato sulla biomedicina. Non convenzionali sono *"tutte quelle discipline che sono ancora in attesa di una regolamentazione giuridica definitiva. Ed in questa categoria gli Ordini dei medici includono l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia, l'antroposofia, l'ayurveda, l'omotossicologia, la medicina tradizionale cinese, l'osteopatia e la chiropratica."* (10)

Nel documento intitolato "WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023", l'OMS utilizza l'acronimo T&CM, Traditional and Complementary Medicine definendo i termini

di medicina tradizionale e medicina complementare o alternativa. Per Medicina tradizionale si intende *“la somma di conoscenze, abilità e pratiche basate sulle teorie, credenze ed esperienze indigene di diverse culture, anche spiegabile o non, utilizzati per il mantenimento della salute, nonché per la prevenzione, la diagnosi, il miglioramento o il trattamento di malattia fisica e mentale.”* Mentre per Medicina Complementare (o Alternativa) si riferisce a *“una vasta serie di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione di quel paese o della medicina convenzionale e non sono pienamente integrati nel sistema sanitario dominante. Essi sono utilizzati in modo intercambiabile con la medicina tradizionale in alcuni paesi.”* (11)

Il termine CAM, rispetto a quello di T&CM, considera i sistemi sanitari in un’ottica relativistica però sembra essere poco adeguato ad identificare le medicine complementari, le quali, a differenza di quelle alternative, non si pongono come sostituzione alla Medicina scientifica ufficiale. Inoltre CAM tende ad associare, in modo indiscriminato, pratiche e teorie mediche molto diverse fra loro in un’unica categoria il cui senso ricade esclusivamente sul fatto di essere escluse dalla Medicina ufficiale. La medicina Tradizionale e Complementare è un’importante e spesso sottostimata parte dei sistemi sanitario-assistenziali. Si trovano praticamente in tutto il mondo e la domanda per questi approcci è in costante aumento. Molte nazioni riconoscono la necessità di sviluppare un approccio coesivo (*coesive*) e integrativo (*integrative*) all’assistenza sanitaria, che permetta ai governi, operatori sanitari e pazienti di avere accesso alle T&CM in modo sicuro, rispettoso, efficace ed economicamente vantaggioso. Molto è cambiato dal precedente documento pubblicato dal WHO nel 2002 infatti molti stati gradualmente hanno accettato il contributo che la medicina tradizionale può dare alla salute, al benessere degli individui e alla completezza dei propri sistemi sanitario-assistenziali. Governi e consumatori considerano sempre più questi approcci come integrabili nell’offerta dei trattamenti sanitari erogabili. (12)

La Medicina Integrata definita negli USA Integrative Medicine e in Gran Bretagna *Integrated Medicine*, è una realtà terapeutica innovativa e di recente istituzione. Consiste nel *“praticare la medicina in un modo che selettivamente incorpori elementi della Medicina Complementare e Alternativa, entro programmi terapeutici, accanto ai metodi di diagnosi e terapia solidamente ortodossi[..].”* (13)

1.2 Classificazione delle CAM

Non esiste un'unica classificazione relativa alle medicine alternative e complementari. Quella adottata nel contesto americano è stata elaborata dal National Center for CAM nel 2000 e distingue cinque principali categorie (14):

I. Sistemi di medicina alternativi:

- a. sistemi tradizionali asiatici, cinese, ayurvedico, tibetano;
- b. dei nativi americani, africani, arabi, latinoamericani;
- c. omeopatia;
- d. naturopatia.

II. interventi mente-corpo:

- a. la meditazione;
- b. l'ipnosi;
- c. l'arte-terapia;
- d. la guarigione mentale.

III. terapie a base biologica:

- a. fitoterapia;
- b. terapie ortomolecolari e biologiche;
- c. diete particolari.

IV. metodi manipolativi e basati sul corpo:

- a. la chiropratica;
- b. l'osteopatia;
- c. le varie tecniche di massaggio.

V. terapie energetiche:

- a. terapie del biocampo (Qigong, Reiki, tocco terapeutico)
- b. terapie bioelettromagnetiche (campi magnetici e campi pulsionali).

La classificazione (15) più nota a livello internazionale, sviluppata in Gran Bretagna, suddivide le categorie in base al grado di organizzazione professionale e alla complessità dei trattamenti:

I. Terapie alternative organizzate professionalmente, o in via di rapida professionalizzazione: agopuntura, osteopatia, chiropratica, fitoterapia e omeopatia;

II. Terapie complementari: tecnica di Alexander, aromaterapia, fiori di Bach, massaggi e altre terapie del corpo, terapia dello stress con counselling, ipnositerapia, meditazione, riflessologia, shiatsu, medicina ayurvedica maharishi, medicina nutrizionale e yoga;

III. Discipline alternative : medicina antroposofica, ayurvedica, tradizionale cinese, araba, tibetana, naturopatia, cristalloterapia, iridologia, chinesologia e radionica;

IV. Tentativi di sintesi culturale e terapeutica: naturopatia, medicina antroposofica e psicosomatica.

La classificazione (16) realizzata in Italia da Enzo Colombo e Paola Rebughini , adotta due criteri principali per circoscrivere le categorie da adottare, quello dell'origine culturale e quello delle caratteristiche empiriche della terapia:

I. Origine culturale: medicina tradizionale cinese, ayurvedica, tibetana, erboristeria, fitoterapia, omeopatia;

II. Caratteristiche empiriche della terapia: pratiche medico magico-carismatiche (pranoterapeuti, sciamani, guaritori, e guide spirituali); bodywork (osteopatia, chiropratica, rolfing, terapia cranio-sacrale, yoga, ginnastiche psicosomatiche, metodo Feldenkrais); terapie al confine tra cura del corpo e cura della mente (fiori di Bach, cromoterapia, aromaterapia e musicoterapia).

1.3 Diffusione nel mondo e in Italia

Nei due più grandi paesi asiatici, Cina e India, si sono già avuti esempi di integrazione, regolamentati e perfino promossi dallo stato. In India, presso il Ministero della salute e del welfare familiare, ha sede uno speciale dipartimento denominato AYUSH, acronimo che comprende tutte le discipline mediche complementari che, insieme alla medicina convenzionale, fanno parte del servizio sanitario nazionale. In Cina sin dagli anni ottanta del XX secolo si opera per integrare la medicina tradizionale e quella occidentale nel servizio sanitario nazionale, nella ricerca scientifica e nell'insegnamento universitario.(17)

Negli Stati Uniti sempre più ospedali offrono terapie complementari. Prestigiosi centri di cura, in particolare di terapia del cancro, hanno attivato servizi di medicina integrata, spesso in contatto diretto con le facoltà mediche per garantire un insegnamento qualificato. Il crescente successo dell'oncologia integrata ha indotto i responsabili dei centri maggiori a dar vita nel 2004 alla SIO, Society for Integrative Oncology, che nel 2007, 2013 e 2014 ha redatto le linee guida per il corretto uso delle CAM in oncologia. (18)

Dall'ultimo decennio del 20° secolo nei principali Paesi industrializzati è in atto una crescente diffusione dell'uso delle Medicine Complementari. Negli Stati Uniti, tra il 1990 e il 1997, l'uso di tali terapie è passato dal 33,8% al 42,1% della popolazione. All'inizio del 21° secolo sarebbero addirittura 62 su 100 gli statunitensi che fanno ricorso alle Medicine Complementari. (19)

Percentuali elevate si registrano anche in Australia 48%, Francia 49%, Germania 46%, Canada 70%, Cina 40%, Cile 71%, Colombia 40% e nei paesi africani 80%. (20)

In Italia, un'indagine ISTAT (Istituto nazionale di statistica) del 1991-1999 registrava un valore del 15,5% rispetto all'uso di medicine complementari, che, a un successivo monitoraggio del 2005 a opera dello stesso Istituto, risultava sceso a 13,6%. Stando a questi dati il l'Italia si collocherebbe all'ultimo posto tra le nazioni occidentali più ricche che utilizzano le Medicine Complementari e presenterebbe anche un divario sorprendente rispetto gli altri Paesi. Secondo la già citata indagine del 2007, l'omeopatia in Italia è la Medicina Complementare di gran lunga preferita (7%), seguita dai trattamenti manuali (6,4%), dalla fitoterapia (3,7%) e dall'agopuntura (1,8%). In Occidente, sono più le donne che gli uomini a fare ricorso alle Medicine Complementari. In Italia le donne sono 4,7 milioni, pari al 15,8%, a fronte dei 3,16 milioni di uomini, pari all'11,2%; la percentuale

crebbe se si considera la fascia di età tra i 35 e i 44 anni, dove più del 20% delle donne risulta aver fatto ricorso a trattamenti complementari contro il 14,6% dei coetanei uomini. Molto accentuate le differenze tra i sessi riguardo al ricorso all'omeopatia (8,8% di donne contro 5,1% di uomini) mentre sono più contenute nel caso dell'agopuntura (2,2% contro 1,5%) o dei trattamenti manuali (7,1% contro 5,7%). In Italia il divario tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali è netto, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto e Friuli presentano una percentuale di utenti sopra il 20% della popolazione. Piemonte, Lombardia ed Emilia-Romagna sono vicine al 20%, Toscana (15,5%), Umbria (14,1%), Marche (13,8%), Lazio (12,2%) e Sardegna (11,6%). Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia invece del 5%. (21)

1.4 Utilizzo nel mondo nei pazienti neoplastici

Numerosi studi osservazionali, effettuati in differenti aree geografiche durante gli anni 90', hanno evidenziato un maggior utilizzo delle terapie complementari da parte dei pazienti neoplastici rispetto a quelli affetti da patologie diverse. In Francia il 49% delle persone affette da patologia oncologica, intervistate in un sondaggio, ha fatto uso di queste terapie; negli Stati Uniti il 50% dei pazienti neoplastici fa uso di medicine alternative e molti ospedali offrono questo servizio. (22)

In uno studio canadese (23) svolto presso gli ambulatori di oncologia pediatrica sono state intervistate 129 famiglie, il 60,5% di queste ha fatto uso di CAM, con una prevalenza del 46,8% per i massaggi. Il restante numero di famiglie non ha partecipato per la mancata conoscenza sull'argomento. Solo il 10% ha riferito di aver discusso con il proprio medico di associare al trattamento convenzionale altre metodiche. In un altro studio di coorte australiano (24) effettuato su un campione di 170 pazienti sottoposti a radioterapia, è risultato che il 45,5% di questi fa un uso attivo delle CAM, tra questi il 78,3% ha fatto uso di medicina mente-corpo e il 63,8% terapie manipolative. Solo 29 su 152 pazienti ha riferito di aver discusso con il proprio medico delle terapie complementari.

CAPITOLO 2

LA PATOLOGIA ONCOLOGICA

2.1 Definizione ed epidemiologia

Cancro è un termine generico che comprende un vasto gruppo di malattie che possono colpire qualsiasi parte del corpo. Altri termini utilizzati sono tumori maligni e neoplasie . Una caratteristica distintiva del cancro è la rapida creazione di cellule anormali che crescono oltre i confini abituali , e che può quindi invadere parti adiacenti del corpo e diffuso ad altri organi , quest' ultimo processo è definito come metastasi . Il cancro è una delle principali cause di morte nel mondo , pari a 8,2 milioni di decessi nel 2012. Le cause più comuni di morte per cancro sono tumori: polmone (1,59 milioni di decessi), fegato (745 000 decessi), stomaco (723 000 decessi), colon-retto (694 000 decessi), seno (521 000 decessi), cancro esofageo (400 000 decessi). (25) In Italia nell'anno 2014 si stima siano stati diagnosticati circa 365.500 casi di tumore maligno (1.000 casi al giorno). Il numero assoluto di nuove diagnosi è aumentato negli ultimi anni (incremento medio annuo: +0,6% tra le donne, +0,7% fino al 2006 e poi stabile tra gli uomini). Questa crescita è in gran parte spiegata dall'invecchiamento della popolazione. (26)

2.2 Il paziente oncologico

La persona affetta da patologia oncologica, soprattutto cronica, vive un lungo periodo di fragilità e di sofferenza psicosomatica. Il paziente molto spesso si trova a dover fare i conti con il dolore, la depressione, l' ansia, la nausea, il vomito e la morte.

L'ansia è la reazione alla minaccia di una grave malattia o di un possibile danno fisico. Paura e spiacevoli reazioni emotive si verificano con la prospettiva di sofferenza, un attacco alla propria integrità personale, ancora di più se il soggetto ritiene che il danno potenziale sia imminente, distruttivo ed eccessivo rispetto alle capacità di combattere in modo adeguato ed efficace. (27) Disturbi psicopatologici sono molto frequenti in pazienti con cancro. Molte volte, la tendenza a considerare la sofferenza psicologica come comprensibile e normale date le circostanze, può causare una sottovalutazione dei sintomi e portare il paziente a non sottoporsi al trattamento di tali problematiche. I disturbi di ansia sono una classe di disturbi molto spesso presenti in oncologia. In questo ambito, l'ansia

può rappresentare uno dei sintomi o in realtà il sintomo principale di una serie di disturbi che possono avere diverse indicazioni cliniche, prognostiche e terapeutiche. Tra il 15% e il 40% dei pazienti oncologici soffre di disturbi psicologici legati ad ansia durante la malattia. (28) L'ansia può causare disturbi del sonno con conseguente alterazione del ritmo sonno-veglia, stanchezza, momenti di depressione e rabbia. (29)

Il dolore è un meccanismo fisiologico di difesa con cui l'organismo segnala al cervello, tramite stimoli al sistema nervoso, la presenza di una minaccia interna o esterna all'integrità dell'organismo stesso. Scopo della stimolazione è che l'individuo risponda alla minaccia, evitando così eventuali danni maggiori. Nel caso del cancro, tuttavia, solo nel 64% dei casi la comparsa di questo sintomo aiuta a diagnosticare la malattia. Si calcola che, durante la malattia, lo provi dal 30% al 50% dei pazienti; nelle fasi più avanzate, questo sintomo si fa tuttavia più frequente, colpendo dal 70% al 90% dei pazienti. Il dolore oncologico può dipendere sia dalla malattia sia dai suoi trattamenti. La massa tumorale può provocare dolore in seguito ad ostruzione dei visceri, compressione o infiltrazione nel tessuto nervoso stesso oppure ossa, articolazioni o altri tessuti innervati. I trattamenti utilizzati per combattere la malattia possono provocare dolore acuto o cronico, di minore o maggiore intensità. Gli interventi chirurgici possono dare sensazioni dolorose nel post operatorio che perdurano anche nel tempo, in seguito a lesioni del tessuto nervoso. La radioterapia, può arrossare, irritare e anche ustionare la pelle oppure provocare cicatrici dolorose. Determinati farmaci usati in chemioterapia possono provocare bruciore nella sede di iniezione, intorpidimenti e formicolii alle mani e ai piedi; altri possono favorire la formazione di afte al cavo orale così dolorose da ostacolare l'alimentazione e la deglutizione. (30)

Nel 1979 l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) ha definito il dolore come *“Un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre soggettivo. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una carica emozionale.”* (31)

Il dolore da cancro quindi racchiude diverse componenti, è un dolore che viene definito anche totale in quanto includere elementi fisici, psicologici, sociali, emotivi e spirituali. Nell'ottica della salute globale, necessaria in ogni fase della vita del paziente, devono

coesistere sia un approccio scientifico-competente sia un approccio empatico-inclusivo; essi sono complementari e co-essenziali. (32)

2.3 L'infermiere e le cure complementari

In un Rapporto tecnico dell'Oms del 1996 si legge:

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. [...] Alcuni di questi approcci complementari possono far parte di un piano terapeutico con il paziente se sono appropriati ed accettabili. 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[...] Gli infermieri condividono la responsabilità di essere aperti e consapevoli circa tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria in cui lavorano.

Oms, Ginevra 1996. (33)

L'OMS ha quindi richiamato l'attenzione della professione infermieristica invitando a guidare i clienti nelle scelte tra i diversi approcci assistenziali e sottolineando che il professionista infermiere dovrebbe porsi nelle condizioni di capirne le diversità ampliando la propria formazione. In sintonia con l'Oms, la scelta effettuata dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi è di definire tali approcci Cure complementari infermieristiche. Ciò al fine di sottolinearne la volontà di una dialettica costante e, non una posizione alternativa che manifesti una sorta di opposizione alla medicina ufficiale e che implichi una carica così fortemente ideologica. (34)

Le cure infermieristiche complementari, che comprendono differenti approcci, sono cure olistiche e naturali che possono essere utilmente affiancate alle cure ufficiali infermieristiche. Possono essere parte integrante del piano di cura in ambito preventivo, riabilitativo e palliativo. Questi approcci sono cure della persona, perché intendono la

salute come mantenimento e rinforzo dell'unità che la persona ha con se stessa, capacità e possibilità di rientrare nella sua esistenza. Indirizzano e guidano le persone all'autonomia di scelta e alla responsabilizzazione verso la propria salute. Si focalizzano sugli equilibri organici, esistenziali, relazionali alterati dalla malattia o dal malessere. Il potenziale di auto-guarigione presente in ciascuno viene confermato e stimolato alleandosi con la prodigiosa capacità della vita di ristabilirsi ed equilibrarsi da sola. (35)

L'infermiere, secondo la visione olistica che gli appartiene, incentra il suo modello di cura sul paziente, considerandolo come una persona, ponendolo al centro della relazione terapeutica, tenendo conto dei suoi bisogni e potenzialità. Inoltre si muove in un'ottica di integrazione, utilizzando le risorse della persona per il raggiungimento del benessere psicofisico. L'infermiere che assiste e si prende cura della persona affetta da cancro deve porre attenzione alla sfera fisica, psicologica, sociale, emotiva e spirituale. Di fronte si trova una persona fragile e sofferente che necessita di comprensione, di aiuto, di sostegno, di presenza, vicinanza e affetto. Inoltre ricerca una figura affidabile, che gli dia dignità, in cui può riporre totale fiducia. La comunicazione e l'ascolto sono parte della relazione con il paziente e possono avvenire sia attraverso la parola, sia nel silenzio, come attraverso il tatto. Le cure complementari, di cui il massaggio fa parte, riconoscono come fondamentale la creazione di un ambiente relazionale fra curante e paziente. Oltre a darsi il tempo della parola e dell'ascolto, creano un tempo del gesto e del silenzio.

Fin dai tempi più antichi una forma o l'altra di massaggio o di imposizione delle mani è stata usata per guarire o aiutare l'essere umano. *Massaggio* è una parola dal greco "massein" ossia maneggiare, impastare, modellare, dall'ebraico "masech", esercitare pressione, oppure dall'arabo "mashes" che significa premere, frizionare. Il ricorso al massaggio, per eliminare la fatica, alleviare il dolore, rilassare e consentire una facile applicazione di oli e unguenti sulla pelle, risale ancora al popolo cinese e quello indù. In seguito anche i Maya, Inca, avajo e Cherokee, utilizzarono il massaggio come tecnica di guarigione dalle malattie e come mezzo di prevenzione. Per gli egiziani era considerato arte sacra quasi come riti religiosi e divinatori. Anche greci e romani utilizzarono il massaggio per il recupero della guarigione dei soldati, per le cure, la bellezza e il rilassamento degli ospiti nelle terme. Con l'avvento del cristianesimo il massaggio fu considerato a lungo come peccaminoso. Ricomincia ad essere apprezzato dagli occidentali sono alla fine del XVIII secolo. Rilassante o curativo, sportivo o drenante, oggi esistono

infinite tecniche e specializzazioni. L'arte del massaggio prevede in ogni caso un percorso molto delicato e complesso che richiede uno studio approfondito e pertanto deve essere preferibilmente eseguito da personale altamente specializzato. Il massaggio, se praticato correttamente, è in grado di influenzare tutto il corpo umano: sistema nervoso, circolazione del sangue, muscolatura, sistema scheletrico, sistema ormonale, sistema respiratorio e sistema digestivo. (36)

Esistono oltre 300 forme di cura complementare differenti, ma non è stato ancora elaborato un sistema di classificazione universalmente riconosciuto e adottato, poiché le categorie a cui riferirsi per le cure complementari possono essere molto difformi: di tipo storico-culturale, di tipo fisiopatologico e legate al meccanismo d'azione o alle tecniche adottate. Per quanto riguarda le applicazioni nell'assistenza infermieristica, è possibile individuare tre gruppi principali (37):

- 1- Tecniche di massaggio: massaggio infantile, massaggio ayurvedico, massaggio cinese, riflessologia plantare, shiatsu;
- 2- Tecniche di rilassamento: musicoterapica, tecniche di respirazione, training autogeno, visualizzazione creativa, pensiero positivo;
- 3- Altre tecniche: aromaterapia, cromoterapia, floriterapia, tocco terapeutico.

CAPITOLO 3

MATERIALI E METODI

3.1 Scopo della Ricerca

L'obiettivo della tesi è analizzare i risultati ottenuti dagli studi in merito all'efficacia sul dolore e l'ansia percepiti dai pazienti ai quali viene applicato il massaggio terapeutico come tecnica ed approccio complementare. Quindi proporre un' eventuale futura integrazione e applicazione nella pratica infermieristica.

3.2 Quesito di ricerca

Il massaggio terapeutico potrebbe essere adottato dall'infermiere nella pratica per sollevare il paziente oncologico dal dolore e dall'ansia?

P=Popolazione/Paziente	Paziente oncologico
I= Interventi	Il massaggio terapeutico come approccio complementare utilizzato nella pratica infermieristica per alleviare la sintomatologia dolorosa e l'ansia.
O=outcome (risultati/ effetti)	Miglioramento della qualità di vita attraverso i benefici ottenuti sui pazienti, riduzione della sensazione di dolore e dell'ansia, in seguito all'utilizzo del massaggio.

3.3 Fonti di ricerca e parole chiave

Nell'approfondimento dell' argomento sono stati utilizzati i seguenti database online: PubMed, Cinhal.

Le parole chiave utilizzate nella ricerca sono state: "CAM", "massage", "therapeutic massage", "oncology nursing", "nursing care", "integrative oncology", "cancer", "pain", "anxiety".

3.4 Criteri di Inclusione ed Esclusione

Nella ricerca sono stati inclusi:

1. pazienti affetti da cancro
2. pazienti afferenti a servizi di day hospital oncologico, ricoverati in unità operative oncologiche e presenti in hospice.
3. tecniche di massaggio terapeutico praticato da infermieri
4. articoli che includessero tra i sintomi il dolore e l'ansia
5. articoli pubblicati a partire dall'anno 2000

Sono stati esclusi:

1. tecniche di massaggio terapeutico non utilizzate da infermieri
2. articoli pubblicati prima del 2000

3.5 Tipologia di studi

Gli articoli considerati presentano differenti studi:

- Sperimentale controllato randomizzato
- Quasi sperimentale
- Controllato quasi sperimentale
- Trasversale quasi sperimentale
- Longitudinale randomizzato controllato in singolo cieco
- Fenomenologico

CAPITOLO 4

RISULTATI

I risultati della ricerca sull'argomento hanno portato a 35 articoli. Sono stati scelti e quindi analizzati 9 articoli che riportano come argomento l'efficacia del massaggio, praticato da infermieri a pazienti oncologici, per alleviare la sensazione di dolore e l'ansia.

Nell'articolo (38) di Post-White, Kinney et al (vedi tabella 1), viene descritto lo studio di randomizzato controllato svolto nel Midwest del Minnesota. Il massaggio terapeutico, utilizzato da 8 infermieri formati e certificati, è stato il massaggio svedese con una durata di 45 minuti a sessione. Il massaggio a volte è stato modificato per evitare il tumore e i siti chirurgici e per adattare la profondità del tatto in base alla tolleranza individuale. Sono state utilizzate la scala Brief pain index per valutare il dolore e il profile of mood state per valutare l'ansia, somministrate pre e post sessione. Dai risultati dello studio è emerso che il massaggio è più efficace della sola presenza e delle sole cure standard. Infatti si sono dimostrati inferiori i livelli di dolore ($p < 0,001$) e di ansia ($p = 0,023$). Il massaggio è risultato efficace nel dare sollievo dal dolore e nel ridurre lo stato d'ansia durante il trattamento chemioterapico.

In un altro studio quasi-sperimentale (39) (vedi tabella 2), di Smith, Kemp et al, un infermiere certificato in tecniche di massaggio base ha provveduto al massaggio terapeutico, che consisteva in tecniche leggere di massaggio svedese per 15-30 minuti. L'infermiere ha adattato le tecniche in base al paziente, creando trattamenti individuali. Sono state utilizzate la scala NRS per valutare il dolore e la scala STAI per l'ansia. Dallo studio sono emersi dati significativi inerenti la riduzione dei sintomi di dolore ($p < 0,10$) e per quanto riguarda la variabile dell'ansia i livelli si sono dimostrati inferiori dopo il trattamento.

Grealish, Laurie et al (40) (vedi Tabella 3), hanno condotto uno studio controllato, quasi-sperimentale con lo scopo di studiare il massaggio ai piedi in pazienti con cancro, come terapia complementare sulla riduzione del dolore percepito. A praticare il massaggio sono state due infermiere formate e qualificate in tecniche di massaggio. Il massaggio di 10 minuti, consisteva in movimenti lenti e delicati verso il cuore, dalla base delle dita lungo il piede, le ginocchia e le gambe, con olio vegetale non profumato. Le punte delle dita sono state utilizzate per creare dei piccoli movimenti circolari attorno alle articolazioni, tra i

muscoli profondi e superficiali, incluse le anche e i metatarsi. Le articolazioni sono state ruotate per tre volte in senso orario e antiorario. I risultati di questo studio confermano l'opinione che il massaggio ai piedi ha un effetto significativo sui sintomi del dolore. Per quanto riguarda la misurazione del dolore è stata utilizzata la scala VAS, e si è evidenziata una significativa riduzione del dolore in seguito alle sedute di massaggio ($p=0,0001$). Visti i benefici documentati in questo studio, il massaggio ai piedi dovrebbe essere offerto ai pazienti ospedalizzati con cancro, al fine di donare rilassamento e alleviare il dolore.

Lo studio di Serife Karagozoglul, et al (41) (vedi Tabella 4), ha avuto come obiettivo quello di determinare l'efficacia del massaggio alla schiena, un intervento infermieristico sul livello di ansia, nel corso di sedute chemioterapiche. I pazienti hanno avuto un massaggio alla schiena di 60 minuti durante il ciclo chemioterapico di 2 ore e un massaggio alla schiena 75 minuti durante il ciclo di 3 ore. Infermieri formati in questa tipologia di massaggio hanno applicato il protocollo. Con le mani riscaldate e in seguito all'applicazione di vaselina, il massaggio è stato avviato dalla vita, con lungo e lento *effleurage* o sfregamento e ha continuato fino al collo con movimenti circolari. *Effleurage*, utilizzato all'inizio e alla fine del massaggio, è un calmante, è l'applicazione di movimenti lineari e circolari di scorrimento continui e ripetuti, che seguono il profilo del corpo. Dopo aver completato la fase di sfioramento del massaggio, l'infermiere ha utilizzato il *petrissage* o impastamento, afferrando i tessuti sottocutanei e i muscoli con il pollice e le altre dita, dalla vita, alle spalle, alle braccia. Impastamento è l'applicazione, con una mano, a due mani, o a mani alternate, di cicli ritmici di sollevamento, spremitura, e rilascio del tessuto, spesso lavorando parallelamente alle fibre muscolari. Dopo l'impastamento, il massaggio alla schiena è proseguito con la fase di frizione o attrito. I polpastrelli dei pollici, hanno creato movimenti circolari dalla giunzione sacro-iliaca lungo la spina dorsale. I movimenti di frizione, dallo svincolo sacro-iliaco alla regione occipitale, sono stati ripetuti più volte. Infine è stata ripetuta la fase di *effleurage* uguale a quella dell'inizio. In questo studio, i punteggi di ansia sono diminuiti nei pazienti del gruppo di intervento. La media dei punteggi dell'ansia dei pazienti è diminuita durante e dopo il trattamento chemioterapico ($p=.109$). Dallo studio è emerso che l'80,0% dei pazienti ha espresso la loro soddisfazione riguardo al massaggio; il 75,0% ha riferito un elevato confort. L'uso efficace del massaggio alla schiena effettuato da infermieri di oncologia ha un ruolo fondamentale nel trattamento del cancro e può essere di supporto nella pratica

infermieristica quotidiana. Approcci complementari di carattere olistico sono pratiche che aiutano le persone a migliorare la qualità di vita.

Nello studio (42) quasi sperimentale di Sui-Whi Jane, et al (vedi Tabella 5), un infermiere con formazione in tecniche di massaggio ha applicato il protocollo di massaggio totale del corpo, a pazienti con metastasi ossee. Il massaggio consisteva nella manipolazione dei tessuti molli del retro del corpo, con una durata di 38-50 minuti. Ogni massaggio ha incluso fasi selezionate quali *effleurage*, *light petrissage*, *nerve stroke*, *light compression* e diverse aree del corpo, la testa, il collo, la schiena, i glutei, e le quattro estremità. Il massaggio è stato modificato eseguendo una pressione molto leggera e delicata con sfioramento nelle zone interessate da metastasi ossee e sono state evitate lesioni di superfici tumorali e infezioni superficiali. Il massaggio a tutto il corpo ha dimostrato di avere effetti positivi sulla riduzione del dolore e dell'ansia percepiti. L'impatto più significativo si è verificato dopo 15 minuti e 20 minuti dall'inizio del trattamento ($p < 0,002$). L'87% dei pazienti ha riferito una riduzione del dolore da 6 a 3 nella scala VAS con valori da 0 a 10. Il 43% ha riferito una riduzione dell'ansia e un aumento del rilassamento. Questo studio ha dimostrato la fattibilità di attuazione del massaggio completo del corpo, e l'accettabilità e percezioni di beneficio nei pazienti con dolore osseo metastatico.

Nello studio (43) controllato randomizzato (vedi Tabella 6), infermieri con certificazione di aromaterapeuta di primo livello hanno eseguito il massaggio aromatico alle mani a pazienti di un hospice della Corea del Sud. Il massaggio consisteva in 5 fasi della durata totale di 10 minuti. *Oiling*, versare la giusta quantità di olio di bergamotto, lavanda e mandorle dolci sul palmo della mano e strofinare delicatamente. *Thumb round wrist*, apertura del palmo della mano, prendere la mano del paziente e stirarla allontanando le dita, premendo con la base della mano. Ripetere questo movimento. *Pinching*, il lavoro del polso, sollevare l'avambraccio del paziente lasciando il braccio appoggiato sul gomito. Con i due pollici, si massaggia con piccoli cerchi tutta la zona del polso. *Fist in palm*, ruotare e contemporaneamente premere il palmo della mano con un pugno. *Stretching*, stiramento delle dita, afferrare a turno ciascun dito della mano così da stirarlo. Partendo dalla base, imprimere dei piccoli movimenti rotatori. La sequenza delle manovre va eseguita nel medesimo modo su entrambe le mani. Il massaggio aromatico alle mani ha mostrato risultati significativi relativi al dolore percepito ($p = .001$) e ha avuto un effetto positivo sui pazienti dell'hospice con cancro in fase terminale.

Lo studio (44) clinico randomizzato (vedi Tabella 7), condotto in 5 unità operative di oncologia in Taiwan ha avuto lo scopo di valutare l'efficacia del MT (massaggio terapeutico) sull'intensità del dolore, lo stato d'animo e il rilassamento muscolare. Il protocollo di massaggio è stato eseguito da infermieri formati dal primo autore, un infermiere con licenza in terapia di massaggio. La procedura consisteva in tecniche di massaggio svedese, nella manipolazione diretta dei tessuti molli, della testa, del collo, della schiena, dei glutei, dei muscoli, e delle 4 estremità, con fasi specifiche, con una durata dai 37 ai 50 minuti. Con l'utilizzo delle scale VAS sono stati evidenziati risultati significativi per il dolore ($p < 0.00$) e per l'ansia ($p = 0,03$). In questa indagine, MT ha dimostrato di avere beneficio sugli effetti del dolore, ansia e rilassamento. Gli effetti connessi al relax sono stati sostenuti per almeno 16-18 ore post-intervento. Lo studio suggerisce l'inserimento di tecniche di massaggio nel piano terapeutico al fine di poter apportare un supporto aggiuntivo alla continuità delle cure.

Lo studio brasiliano (45) (vedi tabella 8), si proponeva di valutare l'efficacia di un protocollo di massaggio per alleviare il dolore nei bambini ospedalizzati con cancro. 5 infermieri, formati in tecniche di massaggio, hanno eseguito il massaggio di 20 ai 30 minuti. Il massaggio terapeutico di tutto il corpo consisteva in tecniche di massaggio svedese ovvero una leggera pressione della pelle, con scorrimento e movimenti circolari e rettilinei lungo tutto il corpo, a partire dalla regione dorso-lombare, seguita dalle mani, gambe e piedi, con olio di mandorla dolce riscaldato in acqua calda. Durante il procedimento, la mani dell'infermiera erano sempre in contatto con il bambino o adolescente. Lo studio mostra statisticamente significativa la riduzione dell'interferenza del dolore in relazione alla capacità di camminare ($p < 0,05$). Dopo ogni sessione di massaggio, l'intensità media del dolore provato dal bambino è diminuita significativamente ($p < 0,001$). Il massaggio risulta essere un intervento utile per ridurre il dolore nei bambini con cancro. Gli autori raccomandano l'uso del massaggio al fine di promuovere il benessere del bambino e la qualità della vita.

Nello studio italiano (46) un'infermiera formata in massaggio ai piedi ha provveduto a massaggiare 15 pazienti oncologici del gruppo sperimentale. Il trattamento consisteva in un massaggio ad entrambi i piedi per due sessioni della durata di 30 minuti, effettuato al fine di valutare gli effetti del massaggio terapeutico sull'ansia rispetto al gruppo controllo. I risultati relativi all'ansia, pervenuti attraverso la scala STAI, mostrano differenze

statistiche significative ($p < 0,0001$) tra i punteggi medi pre-test e post-test del gruppo sperimentale 7,9 (SD $\frac{1}{4}$ 7.2) e del gruppo controllo 0.8 (SD $\frac{1}{4}$ 3.3); inoltre differenze statistiche significative ($p < 0,05$) si evidenziano anche tra i punteggi medi post-test del gruppo sperimentale 47,7 (SD $\frac{1}{4}$ 4.4)e del gruppo controllo 56,3(SD $\frac{1}{4}$ 12.0). Secondo l'autore il massaggio ai piedi può essere considerato un trattamento di supporto utilizzato in combinazione con trattamenti medici tradizionali. Dev'essere eseguito da una persona qualificata al fine di aiutare i malati di cancro sottoposti a chemioterapia a sentirsi meglio e anche ad affrontare meglio la loro malattia.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

Mediante la revisione di letteratura scientifica, si è ricercata l'efficacia del massaggio, praticato da infermieri, sulla sensazione di dolore e l'ansia percepiti dai pazienti oncologici.

5.1 Massaggio e gestione infermieristica dell'ansia

La variabile ansia è stata analizzata in 7 articoli. Gli autori degli studi, hanno rilevato i livelli di ansia percepiti dai pazienti oncologici con strumenti differenti. Nel primo studio (38) è stata utilizzato il POMS test, che consiste di 58 aggettivi che definiscono 6 fattori: Tensione-Ansia, Depressione-Avvilimento, Aggressività-Rabbia, Vigore-Attività, Stanchezza-Indolenza, Confusione- Sconcerto. In quattro studi (39,41,42,46) è stato utilizzato il questionario STAI , formato da 40 item, ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità, da quasi mai a quasi sempre. Gli item sono raggruppati in due scale focalizzate su come i soggetti si sentono generalmente, o su quello che invece provano in momenti particolari. In due studi (42,44) è stata utilizzata la scala analogica visiva VAS-A 100 mm, strumento efficace, veloce e accurato. La tecnica utilizzata dagli infermieri per la gestione dell'ansia è stata prevalentemente il massaggio totale del corpo, tranne che in tre studi dove si è utilizzato il massaggio alla schiena, alle mani e ai piedi. La durata del trattamento è stata in media dai 10 ai 75 minuti. In tre studi (39,41,43) il massaggio si è dimostrato utile a ridurre i livelli di ansia. Ha portato dati statisticamente significativi in quattro studi ($p=0.023$) (38), ($p<0.002$) (42), ($p=0.03$) (44) e ($p<0,0001$) (46). Le popolazioni in esame includono sia uomini che donne con un'età media compresa tra i 50 e i 62 anni. Differiscono per le caratteristiche cliniche dei pazienti, infatti essi si presentavano in trattamento chemioterapico in due studi e con presenza di metastasi ossee in altri due. Inoltre il numero di pazienti varia da un minimo di 30 nello studio italiano ad un massimo di 230 dello studio condotto nel Minnesota. Gli studi definiscono l'importanza del massaggio nella gestione dell'ansia e indicano una possibile integrazione di questo approccio nella pratica infermieristica, definendo la necessità di formarsi in tale ambito e di sviluppare nuovi studi al fine di valutarne ulteriormente l'efficacia.

5.2 Massaggio e gestione infermieristica del dolore

La variabile dolore è stata presa in esame in 7 degli articoli analizzati. Negli studi non viene specificato il tipo di dolore provato dai pazienti, se nocicettivo o neuropatico, se acuto o cronico. Inoltre viene rilevato dagli infermieri con strumenti differenti. In tre studi (38,43,45) viene utilizzata la scala Brief Pain Index BPI , multidimensionale, che valuta sia l'intensità che la disabilità data dal dolore. Nel caso dello studio (45) sviluppato su pazienti pediatrici la BPI è stata adattata con quesiti specifici per il bambino e l'adolescente. In quattro studi (40,42,44,45) si evidenzia l'uso della scala analogica visiva VAS 100mm, una scala unidimensionale. Solamente in un unico studio (39) viene utilizzata la scala numerica NRS, unidimensionale, con valori da 1 a 10, dove il 10 rappresenta il massimo dolore percepito. Il massaggio totale del corpo, ai piedi e alle mani, effettuato da infermieri, si è dimostrato efficace nel ridurre la sensazione dolorosa. Nel primo studio (38) il massaggio totale del corpo di 45 minuti ha ridotto significativamente i livelli di dolore rispetto alla sola presenza, ai trattamenti standard e al gruppo controllo ($p < 0.001$). Nello studio americano (39) il massaggio totale del corpo di 15-30 minuti ha diminuito i punteggi del dolore con dati significativi rispetto al gruppo controllo (pre-test 9.5 e post-test 7.3, $p < 0.10$). Il massaggio ai piedi di 10 minuti dello studio australiano (40) ha ridotto i livelli di dolore con risultati statisticamente significativi ($p = 0.0001$). Dallo studio taiwanese del 2009 (42), in seguito al massaggio di tutto il corpo di 38-50 minuti, è risultato statisticamente significativa la riduzione del dolore dopo 15 minuti di massaggio ($p < 0.002$) e 20 minuti ($p < 0.000$). Il massaggio aromatico alle mani di 10 minuti (43), ha portato ad una riduzione del dolore rispetto al gruppo controllo ($p = .001$). In seguito al massaggio totale del corpo di 37-50 minuti, dello studio taiwanese del 2011 (44) ,si hanno avuti risultati significativi inerenti la riduzione del dolore rispetto al gruppo controllo ($p < 0.00$). Il massaggio al corpo di 20-30 minuti in ambito pediatrico (45) ha diminuito significativamente il livello di dolore percepito dai bambini ($p < 0.001$), inoltre è risultato efficace anche nel ridurre l'interferenza del dolore in relazione alla capacità di camminare con dati statisticamente significativi ($p < 0.05$). Le popolazioni in esame includono sia uomini che donne con un'età media compresa tra i 13 e i 62 anni e differiscono per le caratteristiche cliniche, infatti in due studi i pazienti presentano metastasi ossee, e per la quantità di pazienti, da un minimo di 30 nello studio taiwanese del 2009 ad un massimo di 230 dello studio condotto nel Minnesota. Gli studi definiscono l'importanza del massaggio

nella gestione del dolore e indicano una possibile integrazione di questo approccio nella pratica infermieristica, definendo la necessità di formarsi in tale ambito e di sviluppare nuovi studi al fine di valutarne ulteriormente l'efficacia.

Per entrambe le variabili, ansia e dolore, non è possibile confrontare totalmente gli studi in quanto le tecniche di massaggio di cui si parla non sono le medesime. Pur parlando di massaggio terapeutico nei 9 articoli analizzati, si può notare come le tecniche siano differenti. Vengono trattati il massaggio alle mani, alla schiena, ai piedi, e totale. Il massaggio del corpo completo non risulta avere la stessa procedura nei 5 studi in cui viene menzionato, così anche per i due studi in cui si parla del massaggio al piede. Differiscono a livello di tecnica e in termini di tempo.

5.3 Conclusioni

Dagli studi analizzati si nota come il massaggio non ha dato effetti avversi e si è dimostrato efficace nell'alleviare la sintomatologia dolorosa, l'ansia, e a donare benessere al paziente oncologico, sia esso bambino, adulto, in fase acuta e anche in fase terminale.

Il massaggio, definito in letteratura come *“la stimolazione sistemica dei tessuti molli del corpo manuale e meccanica a scopo terapeutico per mantenere la circolazione sanguigna e linfatica, rilassare i muscoli, alleviare il dolore, ridurre la fatica, l'ansia e garantire il sonno”* (47), non ha un'unica forma e procedura; infatti negli studi sotto il termine *massaggio terapeutico* esistono differenti tecniche e approcci utilizzati, veri e propri interventi ad personam, non standardizzabili. Partendo da una tecnica di massaggio, massaggio svedese, alla schiena, ai piedi, alle mani, a tutto il corpo, con olio di mandorle, oli aromatici, oli vegetali, con tempistiche differenti, spesso i terapisti di massaggio hanno modulato l'approccio in base ai bisogni del paziente stesso, alle esigenze cliniche, sede del tumore, trattamento, presenza di ferite e metastasi. Il paziente oncologico è una persona fragile e negli studi quando si fa riferimento alle tecniche di massaggio si utilizzano spesso i termini “light”, “gentle” o “soft” proprio ad indicare un massaggio dal tocco e dalla pressione leggeri e delicati appunto adattati a questa tipologia di paziente e personalizzati per ogni persona. Si nota che a praticare il massaggio terapeutico, sono infermieri terapisti di massaggio, adeguatamente formati e certificati in tecniche di massaggio.

Questi studi rappresentano un punto di vista a favore del massaggio terapeutico come intervento utile ad alleviare il dolore e l'ansia e aumentare il benessere nei pazienti oncologici. Gli autori raccomandano l'utilizzo del massaggio terapeutico poiché questo riesce a dare un contributo alla promozione del benessere e al miglioramento della qualità di vita di questi pazienti. Inoltre auspicano un'integrazione del massaggio nella pratica quotidiana infermieristica, non in sostituzione ad interventi bensì come approccio da affiancare alle cure ufficiali.

La terapia manuale è tra le più antiche e semplici arti di cura del corpo praticate dall'uomo e svolge un lavoro di tipo corporeo ed emotivo con conseguenti cambiamenti che coinvolgono l'intera persona. Essa non richiede complesse tecnologie strumentali, è sempre pronta all'uso, e mette l'operatore sanitario in una condizione favorevole all'ascolto e alla relazione d'aiuto. Nonostante il massaggio sia una tecnica manuale, si rivela un efficace strumento relazionale, facilmente utilizzabile nell'ambito del caring, favorisce infatti attraverso i canali del "non verbale", la relazione empatica tra la persona assistita e il terapeuta, senza grandi sforzi mentali e comportamentali (48). In uno studio fenomenologico (49) (vedi Tabella 10) i pazienti affetti da cancro hanno affermato che un breve tempo di attenzione in forma di leggero massaggio alle mani o ai piedi di 20 minuti, effettuato da infermieri, dovrebbe essere una parte della routine quotidiana, non solo perché riesce a dare un sollievo significativo dalla sofferenza, dal dolore fisico e psicologico, ma anche perché aumenta la considerazione, l'empowerment e il senso di autonomia. I pazienti si sentono "speciali", sviluppano una relazione positiva con la persona massaggiante e li fa sentire bene, forti e in equilibrio tra autonomia e dipendenza. E' evidente quindi che il massaggio rappresenta, sia da parte dei professionisti infermieri, sia da quella dei pazienti, un possibile approccio dalla forte valenza in campo oncologico. Non si tratta di un intervento che cura piuttosto che si prende cura della persona nella sua totalità, che non rende la vita più semplice ma che porta benessere e aiuta a stare meglio. Un approccio che induce l'operatore a creare un clima interrelazionale basato sull'accoglienza rispettosa dell'altro, evitando categorizzazioni, giudizi e pregiudizi. L'infermiere, dati i suoi tratti olistici, dove pone la persona al centro della relazione terapeutica con i suoi bisogni e potenzialità, rappresenterebbe la figura in grado di sviluppare nell'assistenza infermieristica l'apporto delle cure complementari offrendo

interventi migliori ed efficaci a problemi di salute verso i quali la medicina convenzionale non sempre riesce a dare risoluzioni definitive.

Molti passi avanti sono stati fatti a livello mondiale e italiano cercando di integrare approcci convenzionali con approcci complementari, ma molto deve ancora avvenire. Come evidenziato, la crescente domanda del mercato per questo tipo di approcci alla salute e alla persona ha condotto diversi professionisti a occuparsi di medicine complementari, un interesse non sempre dettato dalla consapevolezza del valore di queste terapie. Il rifiuto di finanziare e condurre una ricerca scientifica mirata, insieme al vuoto formativo, professionale e legislativo, ha prodotto un esercito di terapisti non sempre competenti e orientati alla persona. (50)

In Italia sono circa duecento i centri pubblici che offrono prestazioni di medicina complementare, di cui una sessantina solo in Toscana, una delle regioni all'avanguardia in tema di integrazione delle CAM nel servizio sanitario regionale. Con il Piano sanitario regionale 2005-2007 la Regione Toscana ha infatti deciso di integrare nel servizio sanitario agopuntura, omeopatia e fitoterapia, cioè le terapie complementari che, al momento, il legislatore regionale ha ritenuto presentino un'evidenza scientifica sufficiente. I cittadini toscani, a partire dal 2006, possono accedere in modo diretto ai servizi di medicina complementare che vengono erogati al pari di altre prestazioni mediche. Nella primavera del 2008 è stato inaugurato il primo ospedale di medicina integrata a Pitigliano (Grosseto), esperienza pilota su scala europea. Oltre che in Toscana, medicine complementari si trovano nei Piani sanitari regionali di Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, mentre in quasi tutte le altre regioni sono attivi osservatori, commissioni o altre strutture istituzionali di riferimento. Rilevante, infine, l'approvazione di un documento sulle CAM nei corsi di laurea dell'area sanitaria da parte della conferenza dei presidi delle facoltà di Medicina e dei presidenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, tenutasi ad Alghero nel 2004. Nell'anno accademico 2005-2006, alcune università (Milano, Verona, Bologna, Firenze, Modena e Reggio nell'Emilia) hanno inserito corsi obbligatori o elettivi per gli studenti di medicina, mentre altre (Brescia, Chieti, Firenze, Padova, Roma) hanno offerto corsi di perfezionamento postlaurea; altre ancora (Milano, Firenze, Roma La Sapienza e Roma Tor Vergata) master di I e di II livello. Il primo master di formazione in medicina integrata si è tenuto a Siena nel 2009 e, come già era accaduto negli Stati Uniti e in Canada, anche in Italia nel 2011 si è pensato di

istituire un percorso formativo ufficiale per il personale infermieristico: master universitario di I livello in Medicine complementari e terapie integrate, presso l'università di Siena, Dipartimento di scienze della vita. A Torino nell'ottobre 2011 è stato presentato il Master di II livello in Medicina moderna- integrazione di terapie efficaci convenzionali e non convenzionali aperto anche al personale infermieristico. (51) La loro piena integrazione all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, al fine di poter usufruire di tali trattamenti manuali in modo efficace e complementare alla pratica ufficiale, permetterebbe un maggior grado di soddisfazione sia per i pazienti oncologici, che potrebbero così scegliere trattamenti nuovi e sicuri in aggiunta a quelli già presenti nel SSN, sia per il personale infermieristico, che ritroverebbe la vera essenza del nursing, del caring e del concetto di olistico.

In linea con quanto detto dal OMS nel 1996 , e come affermato dal comitato centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi, gli infermieri per divenire “consiglieri dei consumatori” devono sviluppare ulteriormente la ricerca in questo ambito. Infermieri in altri Paesi stanno sperimentando nuovi metodi qualitativi di ricerca per indagare anche gli aspetti umanistici e di qualità di vita. (52)

La tesi oltre a dare rilevanza all'argomento induce il professionista sanitario a riflettere sulla possibilità di poter ampliare la propria conoscenza e formazione con una prospettiva futura di una possibile presa in carico del paziente sempre più ottimale e personalizzata, in un'ottica olistica. Quello che evidenzia questo lavoro di revisione è sicuramente la necessità di sviluppare in ambito infermieristico nuovi studi sperimentali e studi di coorte.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Otto E Wahl, Amy Wood & Renee Richards. Newspaper coverage of mental illness: is it changing?. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002; 6:9-31.
- (2) Minkowski E. *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Einaudi; 1971.
- (3) Corli S, Zanetti E. I sensi e la cura nella pratica del nursing. *L'Arco di Giano. Medical Humanities*. 1998;17:73-78.
- (4) Il Codice deontologico dell'infermiere. Delibera n° 1/09 del 10 gennaio 2009.
- (5) Ripa P, Baffi E. Assistenza infermieristica e cure complementari. *Nursing Oggi*. 2005;1:8-11.
- (6) Ricciuti A. Medicina e Medicine: quale "integrazione"? *Medicina medicine*. 2005;49-66.
- (7) D'Antoni E, Mainardi E. *Tocco Armonico®. Il massaggio lento*. Torino: Amrita; 2014. p.11-12.
- (8) Institute of Medicine US. *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington, DC: National Academies Press (US); 2005.
- (9) World Health Organization. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- (10) Firenzuoli F, Gori L. *L'abc delle medicine alternative e complementari in oncologia. Una guida per il malato e la sua famiglia*. Ospedale San Giuseppe. Empoli: Dipartimento di Medicina Uo Centro di Medicina Naturale; 2002 .
- (11) World Health Organization. *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva: World Health Organization; 2013. p. 15.
- (12) World Health Organization. *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva: World Health Organization; 2013.
- (13) Rees L, Weil A. Integrated medicine. *BMJ*. 2001 Jan 20;322(7279):119-20.
- (14) National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Expanding horizons of healthcare: five-year strategic plan 2001-2005*. NIH Publication; 2000 settembre 25. Appendix 1. p. 25.
- (15) House of Lords Select Committee on Science and Technology. *Complementary and alternative medicine: session 1999-2000, 6th report*. London: Stationery Office; 2000.
- (16) Colombo E, Rebughini P. *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*. Bologna: Il Mulino; 2003.

- (17) Bottaccioli F. Dalla medicina alternativa alla medicina integrata. Enciclopedia Treccani; 2000.
- (18) 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. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2014 Nov;2014(50):346-358.
- (19) Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data* 2004 May 27;(343):1-19.
- (20) Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Public Health* 2002 Oct;92(10):1582-1591.
- (21). Le terapie non convenzionali in Italia. Roma: Istituto nazionale di statistica; 2005-2007.
- (22) Dipietro G, Pepe A, Sicher S, Tomasso E, Vellica V. *Medicine Complementari Alternative tra medicamento e condizionamento. Una cura differente. Programma "scienziati in Azienda".* Stresa; 2011.
- (23) Valji R, Adams D, Dagenais S, Clifford T, Baydala L, King WJ, et al. Complementary and alternative medicine: a survey of its use in pediatric oncology. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;2013:527163.
- (24) Hunter D, Oates R, Gawthrop J, Bishop M, Gill S. Complementary and alternative medicine use and disclosure amongst Australian radiotherapy patients. *Support Care Cancer* 2014 Jun;22(6):1571-1578.
- (25) World Health Organization. *World cancer Report.* World Health Organization; 2014.
- (26) Associazione italiana registri tumori. Numeri come notizie. *Rivista E&P.* 2015;39:62-65.
- (27) Bressi C, Invernizzi G, Zirulia V. Disturbi d'ansia. In *Psiconcologia.* Milano: ML Ballani. 2002; 619-629.
- (28) Marasso G. *Distress psicologico e pazienti oncologici: uno studio negli IRCSS italiani;* 2004.
- (29) Dipartimento oncologico di Ravenna-ULS Ravenna. *Effetti collaterali della chemioterapia.* Ravenna: Dipartimento oncologico di Ravenna; 2003.
- (30) Associazione italiana per la ricerca sul cancro. *Informati sul cancro.* Milano: Associazione italiana per la ricerca sul cancro; 2015.

- (31) IASP Task Force on Taxonomy, H. Merskey and N. Bogduk. Classification of Chronic Pain. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Seattle.1994; 2:209-214.
- (32) Strasser F, Walker P, Bruera E. Palliative pain management: when both pain and suffering hurt. *J Palliat Care*. 2005 Summer;21(2):69-79.
- (33) Organizzazione mondiale della sanità. Rapporto tecnico n° 860. Genere 1996.
- (34) D'Innocenzo M, Massai D, Rocco G, Sasso L, Silvestro A, Valerio G, et al. Linee guida per un percorso di alta formazione. *Infermieristica e cure complementari. Formazione infermieristica. IPASVI*. Roma. 2002; 1:1-39.
- (35) Gadamer HG. Dove si nasconde la salute. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1994.
- (36) Ripa P, Baffi E. Assistenza infermieristica e cure complementari. *Nursing Oggi*. 2005;1:8-11.
- (37) Ripa P, Baffi E. Le cure complementari e l'infermiere. Roma: Carocci Faber; 2004.
- (38) Post-White J, Kinney ME, Savik K, Gau JB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther*. 2003 Dec;2(4):332-344.
- (39) Smith MC, Kemp J, Hemphill L, Vojir CP. Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *J Nurs Scholarsh*. 2002;34(3):257-262.
- (40) Grealish L, Lomasney A, Whiteman B. Foot massage. A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nurs*. 2000 Jun;23(3):237-243.
- (41) Karagozoglu S, Kahve E. Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. *Appl Nurs Res*. 2013 Nov;26(4):210-217.
- (42) Jane SW, Wilkie DJ, Gallucci BB, Beaton RD, Huang HY. Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a pilot study. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Apr;37(4):754-763.
- (43) Chang SY. Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2008 Aug;38(4):493-502.

- (44) Jane SW, Chen SL, Wilkie DJ, Lin YC, Foreman SW, Beaton RD, et al. Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial. *Pain*. 2011 Oct;152(10):2432-2442.
- (45) Batalha LM, Mota AA. Massage in children with cancer: effectiveness of a protocol. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Nov-Dec;89(6):595-600.
- (46) Quattrin R, Zanini A, Buchini S, Turello D, Annunziata MA, Vidotti C, et al. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes. *J Nurs Manage*. 2006 03;14(2):96-105.
- (47) Ernst E. Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Support Care Cancer*. 2009 Apr;17(4):333-337.
- (48) D'Antoni E, Mainardi E. *Tocco Armonico®. Il massaggio lento*. Torino:Amrita; 2014. p.100.
- (49) Billhult A, Dahlberg K. A meaningful relief from suffering experiences of massage in cancer care. *Cancer Nurs*. 2001 Jun;24(3):180-184.
- (50) Johnson G. Should nurses practise complementary therapies? *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2000 Aug;6(3):120-123.
- (51) D'Antoni E, Mainardi E. *Tocco Armonico®. Il massaggio lento*. Torino:Amrita; 2014. p.17-18.
- (52) Rankin-Box D. *Terapie complementari-il manuale dell'infermiere*. Milano: McGraw-Hill; 2002.

ALLEGATI

Tabella 1

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Post-White J1, at al.,2003</p>	<p>- studio di controllo randomizzato</p> <p>- Obiettivo: - Lo scopo è di determinare se il massaggio terapeutico MT è più efficace rispetto la cura standard o la sola presenza, nel ridurre i sintomi di ansia e dolore.</p> <p>- 230 pazienti del Minnesota affetti da cancro, con un'età media di 54,7 anni, sono stati randomizzati a 1 di 3 gruppi: 78 massaggio svedese (MT) 77 tocco di guarigione(HT) 75 la presenza di cura (P).</p> <p>- 8 Infermieri certificati e accreditati in tecniche di massaggio</p>	<p>- Tutti i soggetti hanno ricevuto 4 sessioni di 45 minuti settimanali di intervento assegnato (MT, HT, o P) e 4 sedute settimanali di controllo standard.</p> <p>Tutti i soggetti hanno ricevuto la condizione di controllo, che consisteva di 4 sessioni settimanali di trattamento standard per il cancro.</p> <p>-Le scale sono state somministrate pre e post ogni sessione MT, HT, P e controllo:</p> <p>- Brief Pain Index (BPI) 0-10 = scala per valutare il dolore.</p> <p>- Profile of Mood States (POMS)= scala per valutare l'ansia</p>	<p>- Questo studio evidenzia che MT è stato più efficace della Presenza di un professionista, della sola terapia standard o nell'indurre un ambiente rilassato nel ridurre il dolore a breve termine e l'ansia.</p> <p>- I livelli di dolore sono risultati inferiori nel MT (P <0.001) rispetto alla condizione di controllo.</p> <p>- MT ha ridotto l'ansia (T61 = 2.3, p = 0,023).</p>	<p>Il massaggio terapeutico si è dimostrato efficace nel ridurre il dolore in un intervento di 45 minuti. Questo sollievo a breve termine è stato coerente in tutte le sessioni.</p>

Tabella 2

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Smith MC, at al, 2002</p>	<p>- studio quasi sperimentale</p> <p>- Obiettivo: valutare gli effetti del massaggio sul dolore e ansia in pazienti oncologici rispetto il gruppo controllo.</p> <p>- 41 pazienti ricoverati nell'unità operativa di oncologia di un centro medico americano:</p> <p>-20 pazienti nel gruppo sperimentale TM</p> <p>-21 pazienti hanno fatto parte del gruppo controllo NI</p> <p>- un infermiere certificato in massaggio base ospedaliero</p>	<p>- TM: 15-30 minuti di massaggio svedese (swedish technique) 3 volte in una settimana di ricovero.</p> <p>- NI: 20 minuti di conversazione-comunicazione con l'infermiere, tecniche di rilassamento, domande relative al cancro, al trattamento, alle sfide di vita, allo stress percepito.</p> <p>Le scale sono state somministrato la prima sera di ricovero e il settimo giorno dal ricovero.</p> <p>-NRS scala del dolore 1-10</p> <p>-STAI scala per misurare il livello di ansia</p>	<p>-Dallo studio fatto per valutare gli effetti del massaggio sul dolore e ansia sono emersi dati significativi inerenti la riduzione dei sintomi di dolore post massaggio.</p> <p>-TM :Dolore $p < 0,10$ Pretest 9.5 Posttest 7.3</p> <p>-NI: dolore Pretest 9.3 Posttest 10.2</p> <p>-TM: ansia Pretest 40.0 Posttest 35.5</p> <p>-NI: ansia Pretest 45.3 Posttest 43.3</p>	<p>- Questo studio e i suoi risultati indicano una possibile integrazione del massaggio nella pratica infermieristica.</p>

Tabella 3

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Grealish, at al, 2000</p>	<p>- studio controllato, quasi-sperimentale</p> <p>-Obiettivo: Lo scopo dello studio è stato quello di studiare il massaggio ai piedi come terapia complementare e rilevarne gli effetti sul dolore rispetto alla attività di riposo a letto.</p> <p>- 87 soggetti affetti da cancro, 52 donne e 35 uomini, con un'età media di 58,2 anni, ricoverati nel Canberra Hospital Cancer.</p> <p>- 2 infermiere australiane qualificate in tecniche di massaggio</p>	<p>- Sono state stabilite 3 sessioni: Controllo, Massaggio1, Massaggio2 per tre sere consecutive.</p> <p>- Sessioni massaggio: l'infermiera ha utilizzato un tocco-massaggio lento e delicato dalle punta delle dita, al piede, alla gamba, al ginocchio, coprendo la parte non massaggiata, per un tempo di 5 minuti per piede ed un totale di 10 minuti.</p> <p>- sessione Controllo: i soggetti dovevano rimanere a letto, guardare la tv oppure leggere.</p> <p>- scala VAS 100-mm per misurare la percezione soggettiva del dolore, è stata somministrata a tutti i soggetti prima della sessione e 10-20 minuti dopo il massaggio.</p>	<p>I risultati di questo studio confermano l'opinione che il massaggio del piede ha un effetto significativo sui sintomi di dolore.</p> <p>- Fattore dolore: i pazienti hanno riportato una significativa riduzione del dolore in seguito alle sedute di massaggio. Differenza media pre e post sessione: C 0,874mm p=0,1943 M1 9,8mm p=0,0001 M2 9,4mm p=0,0001</p>	<p>- Visti i benefici documentati in questo studio , il massaggio ai piedi 10 minuti dovrebbe essere offerta ai pazienti ospedalizzati con cancro che soffrono di dolore.</p>

Tabella 4

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Karagozoglul S, at al, 2013</p>	<p>- studio trasversale quasi sperimentale</p> <p>- Obiettivo: determinare l'efficacia del massaggio alla schiena sul livello di ansia provato nel corso di sedute chemioterapiche.</p> <p>- 40 pazienti turchi con età media di 49,97 anni : 20 pazienti nel gruppo di intervento. 20 pazienti nel gruppo di controllo.</p> <p>- infermieri formati in massaggio</p>	<p>- Gruppo di intervento: i pazienti hanno ricevuto il massaggio alla schiena di 15 minuti prima dell'infusione chemioterapica, tra il 25° e il 40° minuto (per ogni ora di trattamento) e 15 minuti di massaggio alla fine del trattamento chemioterapico. I pazienti hanno avuto un massaggio alla schiena di 60 minuti durante il ciclo chemioterapico di 2 ore e un massaggio alla schiena di 75 minuti durante il ciclo di 3 ore.</p> <p>- Gruppo controllo: i pazienti non hanno ricevuto un massaggio alla schiena ma solamente interventi standard.</p> <p>- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)100mm: scala per rilevare il livello di ansia, somministrata prima e dopo il massaggio e 24 ore dopo.</p>	<p>In questo studio, i punteggi di ansia sono diminuiti nei pazienti del gruppo di intervento con dati non significativi ($p = .109$; effect size = 0.37).</p> <p>- Dei pazienti, 80,0% nel gruppo intervento ha espresso la loro soddisfazione per il trattamento e il 75,0% nel ha riferito un aumento del confort.</p>	<p>- In linea con i risultati dello studio, si può dire che il massaggio alla schiena dato durante la chemioterapia riduce i livelli di ansia.</p> <p>- Approcci complementari sono pratiche che aiutano le persone a migliorare la loro qualità della vita, e sono un'opportunità unica per gli infermieri in quanto possono fornire un'assistenza olistica.</p>

Tabella 5

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Sui-Whi Jane, at al, 2009.</p>	<p>- studio quasi sperimentale</p> <p>- Obiettivo: valutare gli effetti del massaggio a tutto il corpo attraverso il tempo, sull'intensità del dolore e ansia in pazienti taiwanesi malati di cancro con metastasi ossee.</p> <p>- 30 pazienti taiwanesi con diagnosi di metastasi ossee con un'età media di 52 anni</p> <p>- Infermiere di oncologia con formazione in Massaggio terapia di 4 mesi.</p>	<p>Il protocollo di studio ha coinvolto tre giorni:</p> <p>- Giorno 1: il ricercatore primario, un infermiere specializzato in oncologia ha spiegato la procedura di massaggio, le preparazioni pre-intervento e come utilizzare la scala VAS per dolore e ansia.</p> <p>- Giorno 2: rilevate le misurazioni del dolore e ansia T0, effettuato il massaggio fullbody per 38-50 minuti ed effettuate misurazioni a diversi intervalli di tempo (T1-T9).</p> <p>- Giorno 3: rilevate misure post-intervento e di valutazione della sicurezza (16-18 ore dopo T10) e la percezione di ricezione del massaggio.</p> <p>- scala VAS 100mm per il dolore</p> <p>- scala VAS 100mm per l'ansia</p>	<p>Il massaggio ha dimostrato di avere effetti significativi sulla riduzione del dolore e ansia percepiti:</p> <p>- immediato [t =16,5, P= 0.000; t = 8.9, P= 0.000]</p> <p>- a breve termine (20-30 minuti) [t = 9.3, P= 0.000; t = 10,1, P= 0.000]</p> <p>- intermedio (1e2.5 ore) [t =7.9, P=0.000; t=8.9, P= 0.000]</p> <p>- a lungo termine (16-18 ore) [t = 4.0, P=0.000; t =5.7, P 0.000].</p> <p>- L'impatto più significativo si è verificato dopo 15 minuti (p<0,002) e 20 minuti (p <0,000).</p> <p>- 87% dei pazienti ha riferito una riduzione del dolore da 6 a 3 in una scala da 0 a 10; il 43% ha riferito una riduzione dell'ansia e dello stress.</p>	<p>- Questo studio ha dimostrato la fattibilità di attuazione del massaggio completo del corpo, e l'accettabilità e percezioni di beneficio nei pazienti malati di cancro con metastasi ossee</p>

Tabella 6

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Chang, So Young, 2008.</p>	<p>- studio controllato randomizzato</p> <p>- Obiettivo: determinare l'effetto del massaggio alle mani sui livelli di dolore e ansia.</p> <p>- 58 pazienti con cancro in fase terminale ricoverati in un hospice della Corea del sud: 28 pazienti nel gruppo sperimentale 30 pazienti sono stati assegnati al gruppo di controllo</p> <p>- Infermieri dell'hospice della Corea del sud con certificazione di aroma terapeuta di primo livello ottenuto nel 2006.</p>	<p>- Il massaggio alle mani: 5 minuti di massaggio per ogni mano, polso, palmo, dorso e dita, eseguito ogni giorno per 7 giorni dalle 14 alle 17 di pomeriggio.</p> <p>- Gruppo sperimentale: massaggio aromatico della mano con olio di bergamotto, lavanda e mandorle dolci.</p> <p>- Gruppo di controllo: massaggio alle mani olio di mandorle dolci.</p> <p>Le scale somministrate nelle ultime 24 ore prima del massaggio e in seguito alle sedute di massaggio:</p> <p>- Brief Pain Inventory , BPI (0-10): scala per valutare il livello di dolore.</p> <p>- Stato Anxiety Inventory: scala per valutare il livello di ansia.</p>	<p>- Lo studio ha mostrato risultati significativi per il gruppo sperimentale, riguardo la riduzione del dolore ($t = -3,52$, $p = .001$) rispetto al gruppo di controllo.</p> <p>- Per quanto riguarda il fattore ansia, i valori si sono rilevati inferiori ma non significativi.</p>	<p>Il massaggio aromatico alle mani ha avuto un effetto positivo sul dolore in pazienti dell'hospice con cancro in fase terminale.</p>

Tabella 7

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Jane SW1, at al, 2011</p>	<p>- studio randomizzato controllato</p> <p>- Obiettivo: confrontare l'efficacia del MT sull'intensità del dolore e l'ansia in pazienti taiwanesi con metastasi ossee rispetto ad una condizione di controllo.</p> <p>- 72 pazienti taiwanesi con diagnosi di metastasi ossee con un'età media di 50 anni: 36 nel gruppo intervento MT 36 nel gruppo controllo SA</p> <p>- 4 infermieri di oncologia hanno completato un programma di formazione di 3 mesi tenuto dal primo autore, un infermiere che è stato addestrato in MT.</p>	<p>- Protocollo della durata di 5 giorni:</p> <p>- 1= (T0) valutazione pazienti e ammissione casuale ai due gruppi.</p> <p>- 2,3,4= (T1T2T3) 3 sessioni consecutive di MT e SA per una durata media di 40 minuti.</p> <p>- 5= (T4) sono state rilevati gli ultimi dati.</p> <p>- MT= manipolazione diretta dei tessuti molli del corpo, della testa, del collo, della schiena, dei glutei, dei muscoli, e delle 4 estremità, con fasi specifiche, con una durata dai 37 ai 50 minuti.</p> <p>- SA= attenzione sociale per la stessa durata del tempo di massaggio</p> <p>Scale somministrate pre e post sessione:</p> <p>- Scala VAS 100mm per valutare il grado di dolore</p> <p>- Scala VAS 100mm per valutare il grado di ansia</p>	<p>- Sono state evidenziate differenze significative sul dolore-VAS, ansia-VAS, a T1 e T2 nel gruppo MT; a T3 c'è stata una significatività statistica sul dolore -VAS (p <0.00) e ansia-VAS (p = 0,03). Nessuna delle misure di esito del gruppo controllo SA hanno raggiunto una significatività statistica nel tempo.</p> <p>- In questa indagine, MT ha dimostrato di avere beneficio sugli effetti del dolore e ansia.</p> <p>Gli effetti connessi al relax sono stati sostenuti per almeno 16-18 ore post-intervento.</p>	<p>Lo studio suggerisce l'inserimento delle tecniche di massaggio nel piano terapeutico al fine di poter apportare un supporto aggiuntivo alla continuità delle cure.</p>

Tabella 8

Autore, anno	Tipo di studio, obiettivo, campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Batalha LM1, at al, 2013.</p>	<p>- studio prospettico , longitudinale , randomizzato, controllato , in singolo cieco.</p> <p>- Obiettivo: valutare l'efficacia di un protocollo di massaggio per alleviare il dolore nei bambini ospedalizzati con cancro.</p> <p>- 52 bambini brasiliani con diagnosi di cancro, con età media di 13,5 anni</p> <p>- 10 infermieri hanno partecipato allo studio</p>	<p>Protocollo di intervento:</p> <p>- Gruppo di controllo (CG) :usuale cura per la gestione del dolore o altri sintomi</p> <p>-Gruppo di intervento (IG): 3 sedute da 20-30 minuti di massaggio a giorni alterni per una settimana (giorni 1,3, 5).</p> <p>Il massaggio consisteva in una leggera pressione con scorrimento e movimenti circolari e rettilinei rivolti a scaldare e massaggiare la pelle, a partire dalla regione dorso- lombare, seguito dalle mani, gambe e piedi, con olio di mandorle dolci riscaldato a bagnomaria.</p> <p>- La valutazione del dolore è stata effettuata al momento del ricovero (giorno 1) e l'ultimo giorno (giorno 6) attraverso la scala Brief Pain Inventory (BPI), per valutare il dolore e l'interferenza con le attività del bambino nei giorni 1 e 6. (scala è stata modificata e riadattata sulla base dell'età).</p> <p>- L'intensità del dolore è stata valutata mezz'ora prima e dopo ogni sessione di massaggio attraverso la Scala VAS.</p>	<p>- Dallo studio condotto l'analisi delle differenze tra il giorno 1 e il 6 tra IG e CG mostra statisticamente significativa la riduzione dell'interferenza del dolore sulla capacità di camminare (p <0,05).</p> <p>Dopo ogni sessione di massaggio, l'intensità del dolore provato dal bambino è diminuita con una significatività statistica(p < 0.001) .</p>	<p>Il massaggio risulta essere un intervento utile per ridurre il dolore nei bambini con cancro .Gli autori raccomandano l'uso del massaggio al fine di promuovere il benessere del bambino e la qualità della vita .</p>

Tabella 9

Autore, Anno	Tipo di studio, Obiettivo, Campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Quattrin R at al, 2006.</p>	<p>- Studio sperimentale</p> <p>- Obiettivo: valutare gli effetti del massaggio terapeutico ai piedi sull'ansia nei pazienti con cancro in trattamento chemioterapico.</p> <p>- 30 pazienti italiani con diagnosi di cancro con un'età superiore ai 18 anni:</p> <p>-15 pazienti nel gruppo controllo</p> <p>-15 pazienti nel gruppo sperimentale.</p>	<p>- L'intervento nel gruppo sperimentale consisteva in un massaggio ai piedi di 30 minuti, 15 minuti per ogni piede, con le mani , in particolare con i pollici, da parte di un'infermiera formata in questo tipo di tecnica.</p> <p>- gruppo controllo: supporto e attenzioni fornite dalla stessa infermiera.</p> <p>- La scala STAI è stata somministrata ai pazienti prima ,dopo e 24 ore dopo l'intervento.</p>	<p>- I punteggi medi di post-test STAI nel gruppo sperimentale e di controllo sono rispettivamente 47,7 (SD $\frac{1}{4}$ 4.4) e 56.3 (SD$\frac{1}{4}$ 12.0), con differenze statistiche significative (P< 0.05).</p> <p>- I punteggi pretest dello stato di ansia in entrambi i gruppi diminuiscono al post-test, il punteggio per il gruppo sperimentale diminuisce di 8 e quelli per il gruppo di controllo depiega di 0,8; la media delle differenze tra post-test STAI e pretest STAI del gruppo sperimentale e di controllo sono 7,9 (SD $\frac{1}{4}$ 7.2) e 0.8 (SD $\frac{1}{4}$ 3.3) , rispettivamente , tra loro sono state osservate differenze statistiche significative (P< 0,0001) .</p>	<p>Secondo l'autore il massaggio ai piedi può essere considerato un trattamento di supporto utilizzato in combinazione con trattamenti medici tradizionali. Dev'essere eseguito da una persona qualificata al fine di aiutare i malati di cancro sottoposti a chemioterapia a sentirsi meglio e anche ad affrontare meglio la loro malattia.</p>

Tabella 10

Autore, Anno	Tipo di studio, Obiettivo, Campione	Intervento	Risultati	Note
<p>- Billhult, at al, 2001.</p>	<p>- studio fenomenologico</p> <p>-Obiettivo: il massaggio terapeutico aumenta il benessere nel paziente oncologico.</p> <p>- 8 pazienti donne svedesi affetti da cancro con età compresa tra i 54 e gli 80 anni.</p> <p>- Infermieri di oncologia hanno seguito un corso di un giorno per imparare le tecniche di massaggio</p>	<p>- E' stato effettuato un leggero massaggio, a mano e/o avambraccio o il piede e/o parte inferiore della gamba, ed è durato circa 20 minuti, molto dolce per 10 giorni.</p> <p>-E' stata fatta un' intervista della durata di 1-1,5 ore per paziente a seguito dell'ultima seduta di massaggio; l'intera intervista è stata registrata e poi analizzata parola per parola. Domande dell'intervista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come si sente in questo momento? - Che cosa ha significato per lei ottenere questo massaggio durante il soggiorno qui? - Come si è sentita durante il massaggio? - C'è differenza tra prima e dopo il massaggio? 	<p>- Secondo lo studio, il massaggio nei pazienti con cancro riesce a dare un sollievo significativo dalla sofferenza, dal dolore fisico e psicologico, ma dona anche una sensazione di empowerment e di autonomia, i pazienti si sentono "speciali", sviluppano un rapporto positivo con la persona massaggiante e li fa sentire bene, forti e in equilibrio tra autonomia e dipendenza.</p>	<p>- Questo studio illumina l'importanza di dare alle pazienti un breve tempo di attenzione in forma di leggero massaggio.</p> <p>Il massaggio potrebbe essere considerato come una parte della routine quotidiana in ambito oncologico.</p>

