



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Bisogni, strategie e interventi assistenziali nel paziente oncologico in fase avanzata: Revisione della letteratura

Relatore: Prof. a.c. Rimpici Francesco

Laureando: Gasparini Gian Maria

Matricola 1228446

Anno accademico 2022-2023

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag 1
CAPITOLO 1: I TUMORI, SFIDE E PROGRESSI	pag 3
1.1 Epidemiologia oncologia	pag 4
1.2 Eziologia e Fattori di rischio	pag 5
1.3 Prevenzione in ambito oncologico	pag 7
1.4 Trattamenti oncologici	pag 9
1.5 Ruolo dell'infermiere in ambito oncologico	pag 14
1.5.1 Gestione degli accessi venosi	pag 14
1.5.2 Trattamento del dolore	pag 19
1.5.3 La comunicazione con il paziente	pag 22
1.5.4 L'infermiere e i bisogni non soddisfatti del paziente	pag 23
CAPITOLO 2 – MATERIALI E METODI	pag 29
2.1 Scopo ed obiettivi	pag 29
2.2 P.I.O. e Parole Chiave	pag 29
2.3 Stringhe di ricerca e selezione articoli	pag 30
CAPITOLO 3 – RISULTATI	pag 31
3.1 Bisogni dei pazienti e gestione infermieristica	pag 32
3.1.1 Interventi infermieristici a distanza	pag 33
3.2 Scale di valutazione olistiche	pag 36
CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	pag 39
4.1 Discussione critica dei risultati	pag 39
4.2 Limiti della ricerca	pag 41
4.3 Conclusioni	pag 42
4.4 Implicazioni per la pratica futura	pag 43

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Obiettivo: Lo scopo di questo studio è principalmente l'individuazione dei maggiori bisogni non soddisfatti riscontrati nel malato oncologico in fase avanzata di malattia e la ricerca delle possibili strategie infermieristiche adatte a rispondere a tali bisogni. Quindi la tesi si propone di fornire agli operatori sanitari indicazioni sulla gestione dei pazienti oncologici in fase avanzata, con obiettivi specifici quali l'identificazione dei bisogni comuni, l'analisi delle scale di valutazione e lo studio di strategie infermieristiche per affrontare aspetti emotivi e psicologici dei pazienti.

Materiali e metodi: Per la stesura di questa tesi, è stato utilizzato il motore di ricerca PUBMED, consultando la banca dati Pub-Medline tramite servizio Auth. proxy della Biblioteca Pinali dell'Università di Padova. La ricerca è stata condotta utilizzando termini combinati con operatori Booleani. Gli articoli sono stati selezionati considerando un intervallo di tempo (ultimi 10 anni, dal 2013 al 2023). In totale sono stati scelti 26 articoli scientifici da includere nella tesi.

Risultati della ricerca: Per comprendere e affrontare i bisogni non soddisfatti delle persone colpite dal cancro, è essenziale adottare un approccio mirato ed efficace. La definizione di linee guida chiare è cruciale per valutare attentamente questi bisogni.

Conclusioni: Studiare e comprendere le necessità non soddisfatte delle persone colpite dal cancro richiede un approccio mirato per ridurle efficacemente. È essenziale stabilire linee guida chiare per valutare accuratamente queste necessità, attribuendo con precisione i cambiamenti agli interventi adottati. Esaminare i livelli di bisogno correlati a esiti avversi futuri, potrebbe offrire indicazioni preziose su quali aspetti delle necessità non soddisfatte richiedano interventi mirati per migliorare significativamente la vita delle persone colpite dal cancro.

KEY WORDS: need assessments, oncology, management, psychological needs, unmet needs, quality of life, compassion, fatigue, unmet care needs, holistic need assessment, nurse oncology, nursing skills strategies, adherence, cancer patient, oncology nursing.

PAROLE CHIAVE : *valutazioni dei bisogni, oncologia, gestione, bisogni psicologici, bisogni insoddisfatti, qualità della vita, compassione, fatica, bisogni assistenziali*

insoddisfatti, valutazione olistica dei bisogni, oncologia infermieristica, strategia di competenze infermieristiche, aderenza, paziente oncologico, infermieristica oncologica.

INDRODUZIONE

La ricerca di una delle branche meno trattate dell'oncologia, ovvero i bisogni non soddisfatti, è stata scelta come argomento di questa tesi; infatti, sono stati approfondite le necessità di natura psicologica ed emotiva. Non potendo trattare tutte le fasce di pazienti oncologici è stata presa in considerazione quella dei pazienti in fase avanzata di malattia. A differenza di altre revisioni della letteratura, lo scopo di questa è ricercare strategie infermieristiche per comprendere in maniera più oggettiva le esigenze psicologiche dei pazienti e quindi formulare dei criteri per dividerle, catalogarle in base all'importanza. Alla fine, attraverso l'utilizzo di tabelle e questionari si riuscirà a individuare le esigenze maggiori e quindi adottare strategie per risolverle. In questo lavoro sono stati ricercate evidenze su quali fossero le migliori scale per individuare questi bisogni e quali fossero le più adeguate strategie infermieristiche da adottare per affrontare questi bisogni. L'approccio alla cura adottato in questa tipologia di pazienti deve essere di tipo bio-psico-socio-spirituale. Per questo motivo, è importante acquisire una solida base culturale e professionale per affrontare queste necessità, che richiedono un approccio empatico e comprensivo. In particolare, nel contesto oncologico, i problemi psicologici e sociali hanno un impatto negativo sulla malattia, ad esempio, la depressione può portare ad una minore aderenza alle terapie, mentre l'isolamento sociale aumenta il rischio di recidiva. Questo è necessario per prendersi cura dell'individuo in modo olistico, in quanto i problemi nella sfera psicologica e sociale possono avere ripercussioni negative su altre sfere, influenzando il percorso di malattia.

CAPITOLO 1 Tumori: Sfide e Progressi

L'oncologia è una disciplina medica fondamentale per comprendere, diagnosticare e trattare il cancro, una malattia che ha un impatto significativo sulla salute umana in tutto il mondo. I tumori benigni e maligni sono distinti dalle loro caratteristiche cellulari e dal loro comportamento nel corpo. I tumori benigni tendono a rimanere circoscritti, non invadono i tessuti circostanti e raramente si diffondono in altre parti del corpo. Tuttavia, possono causare problemi locali a causa della loro crescita espansiva. In contrasto, i tumori maligni, o cancri, hanno cellule che mostrano anomalie strutturali e funzionali, e sono caratterizzati da invasione locale dei tessuti circostanti e dalla capacità di diffondersi a distanza attraverso il sistema circolatorio o linfatico, creando metastasi in altre parti del corpo. Il cancro è una malattia complessa e multifattoriale, e il suo rischio può essere influenzato da una combinazione di fattori genetici, ambientali e comportamentali. Gli sforzi per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento del cancro sono fondamentali per migliorare la prognosi e la qualità della vita dei pazienti affetti da questa malattia. Continuando la ricerca e l'innovazione nel campo dell'oncologia, speriamo di sviluppare trattamenti sempre più efficaci e metodi diagnostici precoci che riducano il peso globale del cancro sulla salute pubblica.

Ricapitolando i tumori si possono classificare in base:

- **classificazione biologica:** benigno/maligno
- **classificazione isogenetica:** Nomenclatura in base al tessuto/cellula di origine del tumore, si esegue tramite biopsia del tessuto solido/liquido, che serve a definire la diagnosi
- **classificazione clinica** (Allegato I).

Le principali neoplasie che colpiscono l'essere umano sono la neoplasia mammaria, neoplasia polmonare, neoplasie uro-genitali, neoplasia del colon-retto, neoplasie genitali maschili, neoplasie genitali femminili, tumore allo stomaco, cancro alla prostata, tumori dell'encefalo, malattie ematologiche come linfomi, mielomi, leucemie.

1.1 EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA

Il cancro è un problema sanitario globale, come dimostrano i 19,3 milioni di nuovi casi e i 10 milioni di decessi dovuti al cancro nel 2020, cifre che si prevede quasi raddoppieranno entro il 2040. (World Health Organization (2020)). I tumori causano circa 90.000 decessi ogni anno in tutto il mondo, con 120.000 nuovi casi ogni anno. Negli ultimi 40 anni il numero di decessi causati dal cancro è raddoppiato tra le donne e triplicato tra gli uomini. (Lewandoska, 2021). Il cancro rappresenta una seria minaccia per la salute in tutto il mondo, indipendentemente dalla ricchezza o dallo status sociale delle persone coinvolte. La risposta globale al cancro è stata varia e spesso insufficiente. Nei paesi a basso e medio reddito, in particolare, l'affrontare il carico del cancro è stato complicato dalle limitate risorse, già concentrate sulla lotta contro le malattie infettive. Nel 2020, con una persona su cinque nel mondo destinata a ricevere una diagnosi di cancro durante la sua vita, e considerando l'aumento dell'aspettativa di vita grazie ai progressi contro le malattie infettive, è necessario accelerare il controllo globale del cancro. Ciò deve avvenire attraverso la prevenzione, la diagnosi precoce, il trattamento, la gestione, l'assistenza palliativa e la sorveglianza. Ogni anno di ritardo nel prendere misure efficaci rende la risposta al cancro più costosa, causa perdite di vite umane evitabili e limita lo sviluppo economico e umano. Qualunque sia lo stato attuale del controllo del cancro in un paese, ci sono strumenti analitici, principi guida, esempi e assistenza globale disponibili per guidare i passi successivi. Questo rapporto presenta i principi, gli strumenti e le attuali priorità nel controllo del cancro e sottolinea il valore del controllo del cancro come investimento. Nel 2018, 18,1 milioni di persone in tutto il mondo sono state colpite dal cancro e 9,6 milioni hanno perso la vita a causa della malattia. Questi numeri si avvicineranno al raddoppio entro il 2040, con il più grande aumento nei paesi a basso e medio reddito, dove si verificherà oltre il 60% di tutti i nuovi casi di cancro nel mondo. Il cancro costituisce circa il 30% di tutte le morti premature dovute alle malattie non trasmissibili tra gli adulti di età compresa tra 30 e 69 anni. I tipi di cancro più comuni includono polmone, seno femminile e colon-retto. Il cancro ai polmoni è la causa principale di morte per cancro, seguito dal cancro del colon-retto e dal cancro dello stomaco. La prevalenza di specifici tipi di cancro varia tra i paesi, con alcune varianti più comuni nei paesi meno sviluppati. La mortalità per cancro dipende dall'incidenza e dalla sopravvivenza, ma l'accesso inequabile a trattamenti efficaci si riflette in tassi di mortalità significativamente più alti nei paesi a basso reddito, dovuti a diagnosi in stadi avanzati e alla mancanza di cure

adeguate. I progressi nella riduzione delle morti premature per cancro sono stati maggiori nei paesi ad alto reddito, con una riduzione del 20% tra il 2000 e il 2015. Nei paesi a basso reddito, questa riduzione è stata solo del 5%, evidenziando una crescente disuguaglianza globale. Gli investimenti nel controllo del cancro promettono ritorni significativi sia in termini umani che economici.

1.2 EZIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO

Per la formazione di un tumore agiscono in concomitanza più fattori, tali fattori vengono definiti **agenti cancerogeni**, possono essere chimici, fisici, ambientali, farmacologici, ormonali; agendo insieme costituiscono la causa dell'insorgenza del tumore.

La trasformazione di una cellula sana in una cellula tumorale prende il nome di **Cancerogenesi**, nella quale la cellula si slega dai condizionamenti genetici e diviene capace di proliferare in modo incontrollato e continuo. In questo processo è possibile individuare più fasi:

- Una prima fase definita con il nome di **“iniziazione”**, nella quale l'agente cancerogeno altera il DNA della cellula.
- Una seconda fase che prende il nome **“promozione”**, definita come un processo lento, nella quale si cerca di attivare, dallo stato di latenza, l'evento biologico realizzatosi nella fase d'iniziazione.

Tra una fase e la successiva, quindi il tempo che intercorre tra il primo contatto e la manifestazione clinica della neoplasia, è definito come **“periodo di latenza”**, può perdurare per diverso tempo. La terza tappa del processo di cancerogenesi è rappresentata dalla **“progressione tumorale”**, nella quale la cellula tumorale acquisisce capacità biologiche particolare, come invasività, angiogenesi e metastasi a distanza. Nella prima fase della trasformazione si sviluppano delle lesioni precancerose caratterizzate da iperplasia non controllata, ovvero aumento del numero o displasia, ovvero variazioni di forma, dimensione o organizzazione delle cellule di un determinato organo. Alcune di queste possono essere rappresentate da polipi intestinali, papillomi della vescica o dalle displasie della mammella. Tali lesioni rimangono stazionarie anche per anni/decenni, per poi evolversi e trasformarsi in maligne.

Il processo che porta allo sviluppo di una neoplasia è multifasico e le cause principali alla base di questi eventi che si susseguono sono l'alterazione del genoma che coinvolgono l'espressione e/o la funzione di geni deputati al controllo della cellula.

I geni legati all'insorgenza di neoplasia:

- **geni onco soppressori**

- Geni inattivati nei tumori: alterazioni genetiche (mutazione inattivante + delezione secondo allele o più raramente doppia mutazione inattivante) o epigenetiche.
- Coinvolti in meccanismi di controllo del ciclo cellulare, dell'apoptosi, nella riparazione del DNA.

- **geni protooncogeni:**

- Coinvolti nel normale controllo della proliferazione e differenziazione cellulare.
- Capaci di contribuire all'induzione o progressione tumorale quando la loro struttura/funzione siano alterate.
- Meccanismi di alterato funzionamento: mutazioni, amplificazione, alterata espressione.

I principali fattori di rischio sono considerati i **fattori ambientali**, tutti quei fattori chimici e fisici che caratterizzano l'insieme delle caratteristiche del luogo di provenienza, ovvero la dieta, le abitudini di vita, esposizione di sostanze a rischio nel luogo in cui si abita, oppure nel luogo di lavoro. È necessario ricordare che non tutti i fattori ambientali agiscono nella stessa maniera su tutti gli individui, taluni hanno effetti maggiori su altri, dipendentemente dalla suscettibilità e vulnerabilità su base genetica del singolo individuo.

I principali fattori di rischio per quanto riguarda lo stile di vita sono:

Consumo di **tabacco** e in particolar modo attraverso l'inalazione da fumo di sigaretta (le principali neoplasie coinvolte sono neoplasia del polmone, della laringe, dell'esofago e della laringe). Notevole importanza riveste l'interazione tabacco-consumo di alcol. **Uso e abuso di alcol**, associato all'insorgenza di tumori del cavo orale, del fegato, dell'esofago, della laringe, faringe. Una **Dieta ricca di grassi** di origine animale e povera di fibre (la ricerca indica alcuni tumori, in particolare quello mammario, intestinale e prostatico). Uno **stile di vita sedentario** studi epidemiologici hanno evidenziato infatti che le persone sedentarie si ammalano di più di cancro dell'intestino, della mammella e dell'endometrio. Un corretto stile di vita, che favorisca la prevenzione oncologica, si basa quindi anche sull'attività fisica,

da promuovere sempre e a tutte le età. (Indicazioni Ministero della salute, Codice europeo contro il cancro). L'**eccesso di peso**, collegato all'insorgenza di tumori di tipo intestinale, all'endometrio, all'esofago, alla mammella. E infine la presenza di **agenti infettivi**, in particolare Helicobacter Pylori (neoplasia gastrica), virus come HBV, HIV, HTLV sono alla base dell'insorgenza di linfomi.

1.3 PREVENZIONE IN AMBITO ONCOLOGICO

Per prevenzione si intende l'insieme delle strategie messe in atto per impedire l'insorgenza oppure effettuare la diagnosi precoce di una malattia. Per quanto riguarda le patologie neoplastiche, possiamo considerare un quadro evolutivo complesso, nel quale individuiamo tre differenti livelli di prevenzione:

La prevenzione primaria: l'obiettivo è ridurre l'insorgenza del carcinoma attraverso l'eliminazione o la riduzione all'esposizione alla sostanza cancerogena nota (es. interruzione dell'abitudine al fumo di sigaretta). Per tale motivo la prevenzione primaria è intesa come il consolidamento e la promozione della salute attraverso interventi sia collettivi, che individuali, come campagne informazioni dell'educazione sanitaria rivolte alla popolazione attraverso la televisione, social.

La prevenzione secondaria: consiste nell'identificazione precoce della malattia o di condizioni a rischio (precancerosi), seguita da un tempestivo intervento terapeutico per interrompere o rallentare il decorso. L'elemento fondamentale di cui si avvale la prevenzione secondaria è lo **screening**. Consiste nell'identificazione precoce di una malattia o di una condizione che espone l'individuo sano al rischio di sviluppare una determinata malattia (precancerosi). Esistono 2 tipi di screening, quelli applicati **ad una malattia, già in corso, nella sua fase iniziale**, nel quale l'intervento precoce porta ad un miglioramento della prognosi o alla possibilità di guarigione, come il **Pap Test**, oppure **condizione predisponente** o fortemente a rischio per lo sviluppo di una malattia (displasia grave del collo dell'utero, poliposi del colon...) per il quale l'intervento può evitare la comparsa della malattia.

La prevenzione terziaria: definita come l'insieme di tutte quelle misure che hanno come scopo quello di ridurre al minimo la morbilità di una malattia già in atto. Consiste in interventi di ordine medico, sociale, psicologico atte a ridurre i danni e l'invalidità. Spesso

la prevenzione terziaria si sovrappone alla terapia (ad esempio la dieta per una persona con diabete).

Rientra nella prevenzione terziaria la riabilitazione intesa come il recupero dello stato funzionale il più normale possibile per un paziente che, come conseguenza di uno stato patologico o disfunzionale, presenta deficit e disabilità funzionali (Kisling & Das, 2023)(Allegato II).

TIPOLOGIE DI SCREENING SECONDARIO

In Italia sono promosse dal Ministero della salute principalmente tre tipologie di screening. Ecco alcune osservazioni aggiuntive su ciascun test di screening:

Pap Test: Il Pap test è uno strumento fondamentale per la prevenzione e la diagnosi precoce del carcinoma della cervice uterina. La sua periodicità triennale, a partire dai 21 anni, è fondamentale per individuare tempestivamente alterazioni cellulari che possono portare allo sviluppo del cancro cervicale. Il coinvolgimento dell'HPV è strettamente correlato all'insorgenza del cancro cervicale, e il Pap test è uno dei principali metodi per monitorare la presenza di infezioni virali e alterazioni cellulari. Tuttavia, è essenziale che le donne siano consapevoli dell'importanza di partecipare a questo screening per garantire la propria salute ginecologica.

Screening per il Carcinoma del Colon-Retto: La ricerca del sangue occulto nelle feci è un test di screening importante per la diagnosi precoce del cancro del colon-retto. Tuttavia, come hai notato, può produrre falsi positivi che richiedono ulteriori indagini, come la colonscopia. Nonostante ciò, rimane uno strumento prezioso per individuare potenziali problemi a livello del colon e del retto. È importante che le persone di età superiore ai 50 anni considerino seriamente di sottoporsi a questo screening regolarmente, poiché la diagnosi precoce può aumentare significativamente le possibilità di trattamento efficace.

Screening per il Tumore della Mammella: La mammografia è uno dei test di screening più affidabili per il cancro al seno, ed è raccomandata per le donne a partire dai 50 anni, con frequenza biennale. L'obiettivo principale è individuare tumori mammari in fase precoce, quando sono più trattabili. Anche in questo caso, è fondamentale che le donne partecipino attivamente a questo screening, poiché può fare la differenza nella diagnosi e nel trattamento tempestivo del cancro al seno.

In generale, lo screening è un importante strumento di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori, ma è anche importante comprendere le linee guida specifiche per ciascuna tipologia

di screening e seguirle regolarmente. La diagnosi precoce può fare una grande differenza nella prognosi e nella sopravvivenza nei casi di tumore. Per chiarificare la situazione l'IARC (agenzia internazionale per la ricerca contro il cancro) ente dell'Organizzazione mondiale della sanità specializzato in oncologia, ha presentato la quarta edizione del Codice europeo contro il cancro con la partecipazione della Commissione europea. Il nuovo codice del 2014, (Allegato III) prevede 12 suggerimenti basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili che puntano all'adozione di stili di vita sani e a sostenere nella quotidianità la prevenzione anticancro.

1.4 TRATTAMENTI ONCOLOGICI

La chemioterapia è una terapia medica rivolta principalmente a colpire tumori solidi ed ematologici e consiste nella somministrazione di farmaci detti citotossici o antiblastici che sono impegnati nella distruzione delle cellule tumorali (Campagna, 2018) Ogni tipologia di farmaco ha un differente tipo di Target.

Esistono principalmente otto classi di farmaci antiblastici Allegato IV.

AGENTI ALCHILANTI

Gli agenti alchilanti sono una classe di composti chimici che hanno la capacità di aggiungere gruppi alchilici (gruppi di atomi di carbonio e idrogeno) alle macromolecole biologiche, come le proteine e il DNA. Questa alchilazione può avere effetti dannosi sulle cellule, specialmente sul DNA, e può portare a una serie di problemi, compresi cambiamenti genetici e danni al materiale genetico. Gli agenti alchilanti sono stati ampiamente studiati per il loro ruolo potenziale come agenti chemioterapici nel trattamento del cancro. Gli agenti alchilanti che agiscono sul DNA possono causare danni al materiale genetico all'interno delle cellule, interferendo con il processo di replicazione del DNA e portando a mutazioni. Questi composti possono essere citotossici, cioè dannosi per le cellule, e pertanto possono essere utilizzati in medicina oncologica come citostatici, ovvero farmaci che bloccano la crescita e la divisione delle cellule tumorali.

Questi agenti alchilanti sono utilizzati per il trattamento di una varietà di tumori, tra cui leucemie, linfomi, carcinomi e sarcomi. Alcuni di essi possono essere selettivi per specifici tipi di tumori, rendendoli efficaci in determinate condizioni. È importante notare che gli agenti alchilanti possono avere effetti collaterali significativi, poiché possono danneggiare

anche le cellule sane. Pertanto, il loro utilizzo è attentamente monitorato e dosato per massimizzare i benefici terapeutici e minimizzare i rischi per il paziente.

DERIVATI DEL PLATINO

Gli agenti alchilanti a base di platino, tra cui cisplatino, carboplatino e oxaliplatino, sono una classe di farmaci antitumorali che sono stati sviluppati negli anni '60 e che hanno dimostrato di essere efficaci nel trattamento di una varietà di tumori. Questi farmaci sono noti per il loro meccanismo d'azione simile a quello degli agenti alchilanti tradizionali, ma sono stati sviluppati per ridurre alcune delle tossicità associate a questi composti.

Ecco alcune informazioni su ciascun farmaco:

Cisplatino: È stato uno dei primi agenti alchilanti a base di platino ad essere introdotto nella pratica clinica. È utilizzato per il trattamento di diversi tipi di tumori, tra cui il tumore al testicolo, il tumore dell'ovaio, della vescica, del polmone, del distretto testa-collo, dell'utero, linfomi e tumore allo stomaco. Tuttavia, il cisplatino è noto per la sua tossicità, che può manifestarsi in diverse forme, tra cui tossicità ematologica, gastrointestinale, nefrotossica, neurotossica e ototossica (può causare gravi problemi all'udito).

Carboplatino: È un farmaco di seconda generazione sviluppato per ridurre la nefrotossicità associata al cisplatino. Il suo meccanismo d'azione è simile a quello del cisplatino, ma ha una tossicità complessiva leggermente inferiore. Può essere utilizzato per trattare una serie di tumori, tra cui quelli dell'ovaio, del polmone e del testicolo. Tuttavia, anche il carboplatino può causare tossicità ematologica, gastrointestinale, neurotossicità e ototossicità.

Oxaliplatino: È un derivato di terza generazione del platino ed è particolarmente efficace nel trattamento del tumore del colon-retto. La sua tossicità principale è la neurotossicità, che può essere dose-limitante. Questo significa che la dose di oxaliplatino deve essere attentamente monitorata per evitare effetti tossici gravi. Altre forme di tossicità, come la tossicità ematologica e gastrointestinale, possono verificarsi, ma sono generalmente gestibili.

ANTIMETABOLITI

Tipologia di farmaci antitumorali che antagonizzano l'azione dei metaboliti normali a livello del sito effettore. In questo modo possono bloccare un sistema enzimatico o provocare la sintesi di un composto metabolicamente inattivo (Ravioli, 2010).

ALCALOIDI DI ORIGINE VEGETALE

I farmaci citotossici che interferiscono con la formazione del fuso mitotico legandosi alla tubulina sono noti come agenti antimitotici. Ecco alcuni esempi di farmaci antimitotici:

Vincristina: Questo farmaco è particolarmente efficace nel trattamento del linfoma di Hodgkin, dei linfomi non Hodgkin e di diversi tumori solidi, soprattutto nei bambini. La vincristina è nota per causare tossicità ematologica, in particolare leucopenia (riduzione dei globuli bianchi), ma di solito non provoca piastrinopenia (riduzione delle piastrine). Altri effetti collaterali comuni includono diarrea, nausea, vomito, stomatiti e problemi neurologici, che rappresentano spesso l'effetto dose-limitante.

Paclitaxel (Taxolo): Questo farmaco è ampiamente utilizzato nel trattamento di vari tipi di tumori, tra cui tumore dell'ovaio, polmone e mammella. La principale tossicità associata al paclitaxel è l'ematotossicità, che può includere neutropenia (riduzione dei neutrofili) e anemia. Altri effetti collaterali noti includono neuropatia periferica (danno ai nervi nelle estremità), stomatiti e mucositi.

Entrambi questi farmaci sono efficaci nel trattamento dei tumori, ma presentano effetti collaterali significativi, il che richiede una gestione attenta da parte del medico oncologo. La scelta tra questi farmaci dipende spesso dal tipo di tumore e dalle caratteristiche individuali del paziente.

ANTIBIOTICI TUMORALI

Le antracicline, come la doxorubicina (DOX) e la daunorubicina (DNR), sono antibiotici tumorali che hanno dimostrato di essere tra i farmaci antitumorali più efficaci. Tuttavia, è importante sottolineare che l'uso di queste molecole può comportare effetti collaterali significativi e la possibilità di sviluppare farmacoresistenza da parte delle cellule tumorali.

Ecco alcune informazioni aggiuntive sulle antracicline e i loro effetti:

Uno degli effetti collaterali più gravi dell'uso di antracicline è la cardiotoxicità. L'insorgenza di cardiopatia può verificarsi sia in forma acuta che cronica. Pertanto, è fondamentale monitorare attentamente la funzione cardiaca dei pazienti che ricevono questi farmaci e

considerare l'uso di cardioprotettori in alcuni casi. Inoltre, l'uso prolungato di antracicline può comportare il rischio di sviluppare farmacoresistenza, il che può limitare l'efficacia del trattamento nel tempo. Pertanto, è importante considerare strategie terapeutiche alternative o combinate per gestire efficacemente la farmacoresistenza.

In generale, l'uso delle antracicline deve essere attentamente valutato dal medico oncologo in base al tipo di tumore e alle caratteristiche individuali del paziente, bilanciando i benefici terapeutici con gli effetti collaterali potenziali.

MISCELLENEI

Categoria di farmaci non inseriti in alcuna classe farmacologica (vedi tabella). Sono formati da amifostine, L-asparaginasi, idrossiurea, mitotane ed anagrilide

FARMACI CON MECCANISMO AD AZIONE MIRATO / TARGET THERAPY

Le terapie mirate, comunemente conosciute come “farmaci intelligenti” o “terapie a bersaglio molecolare”, rappresentano un importante strumento della medicina personalizzata. Questi trattamenti agiscono in modo selettivo su specifici processi cellulari o molecole coinvolte nella crescita e nella diffusione dei tumori. A differenza della chemioterapia tradizionale, che colpisce le cellule tumorali ma può anche danneggiare le cellule sane, le terapie mirate sono progettate per agire direttamente sulle cellule tumorali con minori effetti collaterali.

Uno degli aspetti fondamentali delle terapie mirate è che la scelta del trattamento non si basa solo sulla sede di sviluppo del tumore, ma anche sulle caratteristiche molecolari specifiche del tumore di ciascun paziente. Ciò significa che la terapia viene personalizzata in base alle mutazioni genetiche o alle anomalie molecolari presenti nel tumore di un individuo. Questa medicina personalizzata consente una maggiore precisione nel trattamento e può portare a risultati più efficaci.

Le terapie mirate possono essere utilizzate per una varietà di tipi di tumori, tra cui il tumore alla prostata, il tumore al seno, le leucemie, il tumore del colon in fase avanzata, l'epatocarcinoma, il carcinoma renale in fase avanzata e molti altri. Tuttavia, è importante sottolineare che non tutti i pazienti sono candidati alle terapie mirate, poiché dipende dalle specifiche caratteristiche molecolari del loro tumore.

Gli effetti collaterali delle terapie mirate possono variare a seconda del farmaco e del tipo di tumore trattato, ma in generale possono includere nausea, diarrea, affaticamento e disturbi della pelle. Altri effetti collaterali meno comuni possono includere reazioni allergiche,

rischio di infezioni, ipertensione arteriosa, disturbi cardiaci e formicolii alle dita. È importante che i pazienti che ricevono terapie mirate siano monitorati attentamente dalla loro équipe medico per gestire e affrontare eventuali effetti collaterali.

FARMACI AD AZIONE ORMONALE

La terapia ormonale è una modalità di trattamento utilizzata per combattere tumori la cui crescita è stimolata dagli ormoni, come gli estrogeni o gli androgeni. Questa terapia si basa sulla somministrazione di farmaci progettati per inibire la produzione di tali ormoni. La terapia ormonale viene principalmente impiegata come terapia neoadiuvante ed è efficace nel trattamento di quattro tipi di neoplasie:

1. **Tumore al seno HR positivo:** Il termine “HR” sta per “Hormone Receptor” e fa riferimento ai tumori che esprimono recettori per gli ormoni femminili. Questi tumori possono essere positivi per gli estrogeni (ER+) o positivi per il progesterone (PR+).
2. **Tumore alla prostata:** La terapia ormonale è un approccio importante nel trattamento del cancro alla prostata, poiché molti tumori prostatici dipendono dagli androgeni per la loro crescita.
3. **Tumore dell’endometrio:** Questo tipo di terapia è utilizzata per trattare il tumore che ha origine nel rivestimento interno dell’utero.
4. **Tumore dell’ovaio:** La terapia ormonale può essere parte integrante del trattamento del cancro ovarico.

In generale, la terapia ormonale è ben tollerata dalla maggior parte dei pazienti, e gli effetti collaterali sono rari. Gli effetti tossici più comuni includono vampate di calore, sudorazione eccessiva, dolori articolari e muscolari, riduzione della densità ossea (che può portare a osteoporosi, soprattutto con l’uso di inibitori dell’aromatasi), diminuzione del desiderio sessuale, sbalzi d’umore, sensazione di stanchezza e affaticamento, difficoltà di memoria, aumento di peso, disturbi digestivi e problemi circolatori venosi.

1.5 IL RUOLO DELL'INFERMIERE IN AMBITO ONCOLOGICO

L'infermiere è una figura fondamentale nell'assistenza ai pazienti oncologici, poiché offre non solo competenze tecniche, ma anche supporto emotivo e psicologico in un momento estremamente delicato.

L'aspetto emotivo e psicologico della diagnosi e del trattamento del cancro può essere estremamente difficile da affrontare per i pazienti e le loro famiglie. Gli infermieri devono dimostrare empatia, comprensione e sensibilità per aiutare i pazienti a gestire il loro stress, le loro paure e le loro ansie legate alla malattia. Questo coinvolge la capacità di comunicare in modo efficace, ascoltare attentamente le preoccupazioni dei pazienti e fornire informazioni chiare e rassicuranti sulla loro condizione e sui trattamenti proposti. Inoltre, come hai sottolineato, l'infermiere può svolgere un ruolo chiave nell'educazione del paziente sulle terapie, sugli effetti collaterali e sulle modalità per affrontarli. Questo può migliorare la comprensione del paziente e la sua capacità di gestire la terapia in modo più efficace. La collaborazione tra medico, infermiere e paziente è fondamentale per garantire un trattamento completo e mirato. L'infermiere può essere una figura di riferimento per il paziente e svolgere un ruolo importante nell'assicurarsi che il paziente riceva l'assistenza di cui ha bisogno in tutte le fasi del percorso oncologico, dalla diagnosi al trattamento e al follow-up. Grazie agli infermieri specializzati nell'oncologia, i pazienti possono ricevere cure di alta qualità e supporto emotivo durante la loro lotta contro il cancro. La loro dedizione e professionalità sono fondamentali per migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici e contribuire a un trattamento più efficace della malattia.

1.5.1 GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI

Un altro importante compito da parte dell'infermiere consiste nella gestione degli accessi venosi utilizzati dai pazienti sotto trattamento chemioterapico.

I cateteri vascolari svolgono un ruolo essenziale nella pratica medica moderna, specialmente in ambito di terapie intensive e oncoematologia. Ogni anno, le strutture sanitarie acquistano milioni di cateteri intravascolari poiché forniscono un accesso vascolare indispensabile. Tuttavia, l'uso di tali dispositivi può comportare rischi di complicanze, sia locali che sistemiche, per i pazienti.

L'incidenza di infezioni correlate ai cateteri varia notevolmente a seconda del tipo di catetere, della frequenza delle manipolazioni e dei fattori associati al paziente. Ad esempio, i cateteri

venosi periferici o i cateteri periferici centrali (CP) sono i dispositivi più comunemente utilizzati per l'accesso vascolare, e presentano un'incidenza di infezioni notevolmente bassa rispetto ad altri tipi di cateteri centrali.

Cateteri ad inserimento medico

Per quanto riguarda i cateteri ad inserimento medico ed a gestione infermieristica esistono 2 tipologie ovvero il catetere di Groshong (catetere centrale tunnellizzato) e il Port-a-cath (sistema totalmente impiantato)

Il Port è un dispositivo completamente impiantabile utilizzato per somministrare farmaci direttamente nel sistema venoso. Questo dispositivo è costituito da una camera o serbatoio collegato a un catetere. La camera, di forma circolare con un diametro di circa 3 cm, è realizzata in titanio, un materiale amagnetico che non è rilevabile dai metal detector e che non costituisce una controindicazione per la risonanza magnetica. La parte superiore del serbatoio è dotata di una membrana di silicone auto-sigillante che si chiude automaticamente dopo ogni iniezione. Il catetere venoso centrale è un tubo flessibile collegato al serbatoio e viene posizionato in una grossa vena (come la giugulare o la succlavia) fino alla vena cava superiore. Questo dispositivo offre ai pazienti un accesso venoso rapido a una vena di grosso calibro, riducendo i danni che alcuni farmaci possono causare alle vene periferiche. È particolarmente indicato quando diventa difficile trovare una vena nelle braccia o quando è necessaria l'infusione continua di farmaci. In alcuni casi, può essere utilizzato anche per prelievi ematici (Broadhurst, 2017).

L'installazione del Port richiede un piccolo intervento chirurgico, che dura circa da 45 a 60 minuti ed è eseguito sotto anestesia locale. La procedura avviene in sala operatoria, nella maggior parte dei casi in regime di Day Hospital. Durante l'intervento, potreste avvertire un leggero bruciore o fastidio al momento dell'iniezione dell'anestetico locale e una sensazione di pressione, ma in generale, la tecnica è indolore. Il Port viene posizionato a circa 4-5 cm al di sotto della clavicola, ed esternamente sarà visibile solo una piccola protuberanza. Il Port può essere utilizzato per somministrare farmaci, eseguire prelievi e terapie di supporto e nutrizionali. Per utilizzare il Port, è necessario un ago specifico a punta ricurva, come un ago di Huber o un ago Gripper, che viene inserito attraverso la membrana. Questi aghi speciali non danneggiano il setto e possono tollerare numerose iniezioni (circa 2000).

La procedura di inserimento dell'ago deve essere eseguita in condizioni di sterilità, con materiale sterile e previa disinfezione della zona circostante la camera del Port. Se il farmaco

viene iniettato in dose singola, l'ago viene rimosso al termine della somministrazione endovenosa. Tuttavia, se è necessaria una somministrazione lenta e continua, l'ago può essere mantenuto in sede per un periodo di solito compreso tra 5 e 6 giorni, protetto da una medicazione.

La manutenzione del Port prevede il lavaggio con soluzioni specifiche per prevenire l'occlusione del catetere. È necessario lavare il Port al termine di ogni infusione e una volta al mese quando il dispositivo non è in uso. Questi lavaggi vengono eseguiti dal personale infermieristico. Il Port può rimanere in sede per mesi o anni, a seconda delle necessità del paziente.

Dopo l'installazione del Port, la ferita viene generalmente suturata con filo riassorbibile, che non richiede la rimozione. Dopo 48 ore, è possibile rimuovere la medicazione e dopo 4-5 giorni le piccole strisce adesive (steril strip) che coprono la ferita. Se sono presenti punti di sutura tradizionali, questi possono essere rimossi dal medico curante dopo 10-12 giorni. In tal caso, è necessario medicare la ferita ogni 48 ore, disinfettando con garze sterili e Betadine e applicando un cerotto medicato.

Il catetere di Groshong è un dispositivo medico utilizzato per consentire l'accesso alle vene centrali del corpo al fine di somministrare terapie. Questo catetere è costituito da un tubo sottile, flessibile e solitamente realizzato in silicone, con una lunghezza di circa 20 centimetri e un diametro di alcuni millimetri. Può rimanere posizionato per mesi, talvolta anche per anni. Viene inserito in una delle vene centrali, come la vena succlavia o la vena giugulare interna. Il catetere può essere posizionato in modo tunnelizzato o non tunnelizzato, a seconda della necessità, percorrendo un percorso sottocutaneo prima di entrare nella vena. Esistono varianti con punta chiusa o valvolata.

A differenza del Port-a-cath, che è un sistema completamente impiantabile e non ha componenti esterni, il catetere di Groshong ha una parte del dispositivo che fuoriesce dalla pelle. La punta del catetere è dotata di una valvola a tre vie, che si apre verso l'esterno durante l'infusione a pressione positiva e si chiude verso l'interno durante l'aspirazione a pressione negativa. In condizioni di pressione neutra, la valvola rimane chiusa.

Questo tipo di catetere endovenoso è indicato per terapie endovenose a lungo termine e per terapie nutrizionali parenterali (NPT). È particolarmente utile per pazienti che hanno problemi di accesso venoso nelle braccia. Viene ampiamente utilizzato in pazienti oncologici per la somministrazione di chemioterapia, fluidi intravenosi, farmaci antidolorifici,

trasfusioni frequenti e prelievi di sangue. Tuttavia, ci sono alcune controindicazioni per l'uso di questo tipo di catetere, come pazienti con disturbi della coagulazione del sangue, quelli che assumono farmaci anticoagulanti, patologie cardiache, diabete e ipotensione. Le donne in gravidanza non possono sottoporsi a questa procedura a causa del successivo controllo radiologico.

Per quanto riguarda il posizionamento del catetere, la zona di inserimento viene rasata, disinfettata e anestetizzata. La parte esterna del catetere viene quindi inserita nella vena sottoclaveare e fatta avanzare fino a che la sua punta si trova appena sopra il cuore nella vena cava superiore. L'estremità opposta del catetere viene incanalata a circa 3-4 centimetri sotto la superficie cutanea. Viene praticata una piccola incisione per consentire al catetere di emergere anteriormente sul torace, dove viene fissato con un punto di sutura rimovibile dopo 10-15 giorni. La parte del tubo che si trova sotto la pelle ha un polsino unico fatto di collagene che favorisce la crescita dei tessuti circostanti, aiutando a mantenere il catetere in posizione. Durante la procedura, viene eseguito un esame radiologico del torace per confermare la corretta posizione del catetere e verificare l'assenza di pneumotorace.

La gestione di un accesso venoso centrale di Groshong richiede cure periodiche. È necessario ispezionare il sito di inserzione per rilevare precocemente segni di rossore, dolore o secrezioni purulente, oltre a monitorare eventuali aumenti improvvisi della temperatura corporea. La medicazione deve essere cambiata ogni 5/7 giorni, usando un cerotto trasparente in poliuretano ad alta permeabilità come il Tegaderm. La medicazione deve essere sostituita in caso di umidità, sporcizia o mancata adesione. Per mantenere il lume del catetere libero da ostruzioni, è necessario eseguire settimanalmente lavaggi con soluzione fisiologica usando siringhe di calibro 10, utilizzando la tecnica dello stop & go. I cateteri con valvola di tipo Groshong non devono essere eparinati, e non si devono utilizzare siringhe di calibro inferiore per evitare danni al catetere dovuti alla pressione elevata. Quando il catetere di Groshong non è più necessario, può essere rimosso da personale sanitario qualificato, tirando delicatamente il tubo sporgente. Se il catetere non si stacca facilmente dal tessuto (Vlasenko, 2019).

Cateteri ad inserimento infermieristico

Esistono altre 2 tipologie di cateteri utilizzate in oncologia, che sono ad inserimento (e ovviamente gestione) completamente infermieristica ovvero il PICC e il Midline.

Il PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) è un catetere inserito nel sistema venoso centrale attraverso una vena periferica. In altre parole, si tratta di un piccolo tubo flessibile, solitamente con un diametro compreso tra 1 e 2 millimetri, che viene inserito in una vena del braccio e il suo estremo viene posizionato nelle vicinanze del cuore, specificamente alla giunzione tra la vena cava superiore e l'atrio destro. Il PICC permette di svolgere tutte le funzioni tipiche dei cateteri venosi centrali "tradizionali", tra cui la misurazione della pressione venosa, l'infusione di soluzioni ipertoniche e la somministrazione di farmaci con pH sia superiore a 9, sia inferiore a 5, o farmaci che possono irritare le pareti dei vasi sanguigni. Di conseguenza, il PICC è utilizzato per una vasta gamma di trattamenti, compresi quelli nutrizionali, chemioterapia e terapie farmacologiche che richiedono l'accesso venoso centrale. (Gianfrancesco, 2013)

Per quanto riguarda la cura e la manutenzione del PICC, subito dopo l'impianto del catetere è necessario eseguire una medicazione con garza e cerotto, che va sostituita dopo 24-48 ore (medicazione precoce). Successivamente, di solito si preferisce utilizzare una medicazione semipermeabile trasparente, da cambiare ogni sette giorni. Tuttavia, se si verificano problemi come sanguinamento dal sito di inserimento o perdite di liquido, è necessario effettuare la medicazione con garza e cerotto, sostituendola ogni 24-48 ore o quando è bagnata, sporca o non aderisce più correttamente. È possibile fare la doccia, ma è importante prendere precauzioni per ridurre il rischio di contaminazione del catetere, ad esempio utilizzando una medicazione in poliuretano trasparente. Inoltre, è fondamentale assicurarsi che tutte le manovre eseguite sul sito del catetere siano compatibili con il materiale del catetere stesso per evitare danni o complicazioni.

IL MIDLINE ha caratteristiche molto simili ma, a differenza del PICC, è un catetere periferico, la sua punta quindi è posizionata a livello della vena ascellare o della vena succlavia. Il Midline non consente gli usi tipici dei cateteri venosi centrali, può quindi essere utilizzato per terapie nutrizionali e farmacologiche compatibili con la somministrazione per via venosa periferica.

Entrambi sono accessi venosi a medio termine, possono quindi rimanere in sede per un periodo di tempo compreso tra 1 settimana e 3 mesi, in base alle valutazioni del personale

sanitario curante. Le linee guida più autorevoli in questo ambito (CDC di Atlanta) raccomandano fortemente l'utilizzo dei cateteri PICC e Midline quando si prevede una terapia endovenosa di durata superiore ai 6 giorni.

1.5.2 LA PALLIAZIONE E LA GESTIONE DEL DOLORE

Trattamento del dolore

Nel contesto della storia clinica dei pazienti oncologici, il dolore rappresenta uno dei sintomi più significativi in termini di impatto sulla loro qualità di vita. Esistono due aspetti fondamentali da considerare quando si tratta del trattamento del dolore nei pazienti affetti da cancro: la valutazione in fase diagnostica e la valutazione nel follow-up (Ravioli, 2010). Questi due momenti sono strettamente correlati, poiché non è possibile effettuare una valutazione del dolore senza prendere in considerazione l'evoluzione del dolore nel corso della malattia.

Il ruolo dell'infermiere è quello di monitorare l'andamento clinico del dolore utilizzando strumenti di valutazione. Esistono due tipi di strumenti: quelli unidimensionali (che valutano il dolore in una sola dimensione) e quelli multidimensionali (che valutano il dolore in relazione alla qualità di vita complessiva del paziente).

Gli strumenti unidimensionali sono utilizzati sia in ambito clinico che nella pratica quotidiana per valutare il dolore prendendo in considerazione una sola componente. Questi strumenti hanno il vantaggio di valutare il dolore in un momento specifico nel tempo e di monitorarne l'andamento nel breve periodo (ad esempio, confrontando il dolore attuale con il dolore medio della settimana precedente). Tuttavia, non tengono conto di altri aspetti, come la qualità di vita, che richiedono valutazioni a lungo termine nel corso del tempo. Le principali scale di valutazione unidimensionali includono la NRS (Figura 1), scala numerica da 0 a 10, VAS (Figura 2), scala analogico-visiva e la VRS (figura 3), scala verbale del dolore.

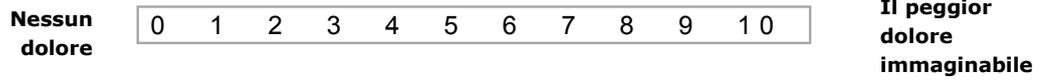


Fig. 1: Scala NRS

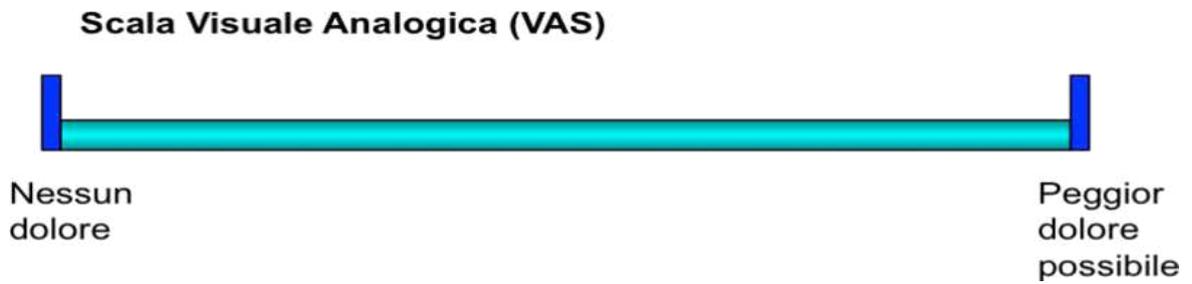


Fig. 2: Scala Vas

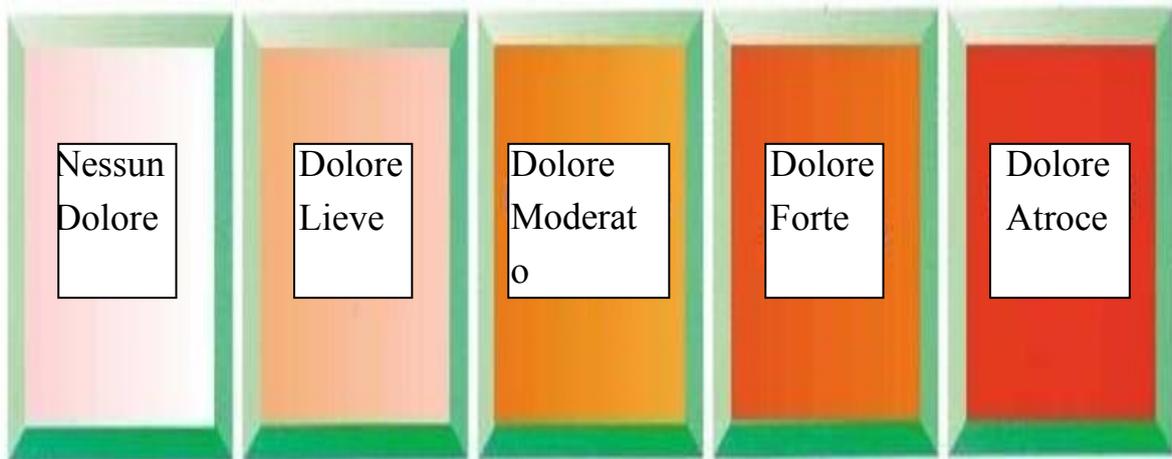


Fig. 3: Scala VRS

Strumenti multidimensionali: più complessi nella loro applicazione clinica, che riguardano la qualità di vita del paziente, che il dolore nello specifico. Le principali scale di valutazione multidimensionali sono:

-la **BPI** (Brief Pain Inventory), strumento basato sull'analisi attraverso scale numeriche dell'intensità del dolore e sulla interferenza della sintomatologia con attività abituali della vita quotidiana.

-la **MPQ** (McGill Pain Questionari), si tratta di un questionario di autovalutazione che consente di ottenere una dettagliata descrizione della qualità e dell'entità del dolore sperimentato dal soggetto. Comprende 78 elementi divisi in 20 sottogruppi che si riferiscono a quattro categorie principali: classe sensoriale, classe affettiva, classe valutativa e classe miscellanea.

Processo di Palliazione

Le cure palliative hanno a lungo affrontato una sfida significativa nella conduzione di ricerche che potessero fornire prove concrete per guidare le decisioni nella pratica clinica. Tuttavia, recentemente si è osservato un cambiamento significativo di rotta, nonostante l'interesse crescente per questo ambito. Si è registrato un aumento sia nel numero di studi clinici focalizzati sulle specifiche problematiche delle cure palliative, sia nella loro qualità, a testimonianza di questa inversione di tendenza. Da tempo, l'oncologia ha individuato il miglioramento della sopravvivenza e il mantenimento della migliore qualità di vita possibile come obiettivi principali del trattamento oncologico. In questo contesto, definire la qualità di vita come obiettivo comporta sfide di natura metodologica, speculativa e organizzativa. È fondamentale, quando si discute di qualità di vita, considerare il concetto di "**dolore totale**" (Ravioli, 2010), che abbraccia la sofferenza non solo del paziente, ma anche dei suoi familiari, includendo diverse manifestazioni di dolore fisico intenso, sofferenza psicologica e disagio sociale. Pertanto, in medicina palliativa, il concetto di "**dolore totale**" tiene conto non solo della sofferenza del paziente, ma anche di quella dell'intera famiglia o delle persone vicine al paziente, spostando l'attenzione dal paziente singolo al nucleo familiare (Ravioli, 2010).

Per questo motivo, gli infermieri devono mirare a risolvere o almeno alleviare questo tipo di dolore. In questo modo, il controllo dei sintomi diventa non solo una risposta ai bisogni del paziente, ma anche una risposta alle esigenze dei familiari. Pertanto, il miglioramento **della qualità di vita** dei pazienti in fase avanzata o terminale richiede un approccio completo a

360 gradi, che tenga conto di tutti i tipi di bisogni del paziente. Tutte queste considerazioni pongono una serie di obiettivi aggiuntivi che costituiscono il cuore delle cure palliative:

- Rispondere ai bisogni dei pazienti in fase avanzata o terminale implica considerare tutti gli aspetti del "dolore totale".
- La risposta degli operatori sanitari va oltre un intervento semplice, richiedendo un approccio multidisciplinare che consideri tutte le componenti del "dolore totale".
- Nel contesto delle cure palliative, il rapporto medico-paziente si evolve in un rapporto tra equipe, paziente e famiglia, presupponendo la creazione di una squadra multidisciplinare che si occupi delle esigenze del paziente e del caregiver.

1.5.3 LA COMUNICAZIONE DELL'INFERMIERE

La comunicazione dell'infermiere si può esplicitare in due tipologie: la comunicazione **Verbale** e quella **non Verbale**.

La comunicazione verbale è basata sulla relazione di rispetto verso l'altra persona e richiede autenticità nelle parole pronunciate. Quando si forniscono informazioni a un paziente, è fondamentale considerare la sua capacità di ricevere e comprendere tali informazioni. È importante individuare il momento più adatto per la comunicazione, specialmente se il paziente è emotivamente instabile. Le parole utilizzate dagli operatori sanitari devono essere scelte con attenzione: devono essere semplici ma chiare per evitare confusioni.

In caso di dubbi o incomprensioni, è importante far capire al paziente che non c'è motivo di vergogna o imbarazzo nel chiedere una ripetizione o ulteriori spiegazioni. La capacità di ascoltare è essenziale in questo processo di comunicazione. L'"ascolto attivo" non riguarda solo il sentire le parole dell'altro, ma anche il pensare e il ragionare mentre si ascolta attivamente. L'ascolto implica una conoscenza di sé stessi per percepire i sentimenti degli altri senza identificarsi completamente con essi. È importante mantenere l'attenzione durante l'ascolto e riflettere sulle parole dell'altro.

Una volta stabilita una comunicazione corretta, si può instaurare una "relazione di aiuto" con il paziente. Questo tipo di relazione può svilupparsi durante una seduta di cura ed è spesso informale. Non necessariamente fornisce risposte dirette ai problemi del paziente, ma lo aiuta a trovare le proprie soluzioni, tutto nel contesto del reciproco rispetto.

In alcuni casi, la "relazione d'aiuto" può diventare più formale e coinvolgere una squadra medica completa. Questo tipo di relazione implica un percorso di conversazioni con uno scopo psicoterapeutico che coinvolge tutti gli operatori sanitari, come l'oncologo, l'infermiere e lo psicologo. L'obiettivo è aiutare il paziente a trovare soluzioni ai suoi problemi.

La comunicazione non verbale si basa sull'espressione attraverso il corpo, che comprende elementi come lo sguardo, il timbro vocale, il tatto, la mimica facciale, la postura, e l'atteggiamento. Questa forma di comunicazione è strettamente legata alle emozioni e si sviluppa quando gli individui interagiscono faccia a faccia, suscitando diverse emozioni come paura o aggressività.

Gli animali utilizzano la comunicazione non verbale per segnalare il proprio stato emotivo ai loro simili, consentendo loro di reagire di conseguenza. Questo principio si applica anche agli esseri umani. Nel contesto delle relazioni umane, la comunicazione non verbale gioca un ruolo fondamentale nel trasmettere emozioni e sentimenti che possono non essere espressi verbalmente. Lo studio della comunicazione non verbale e del linguaggio del corpo può fornire preziose informazioni sulla personalità e sullo stato emotivo di un individuo.

L'infermiere ha la responsabilità di essere sensibile alla comunicazione non verbale dei pazienti. La capacità di interpretare la comunicazione non verbale fornisce informazioni importanti sullo stato emotivo di una persona, specialmente quando essa non è in grado o esita a comunicare i propri sentimenti in modo esplicito. Il linguaggio del corpo è una forma di comunicazione che ha una sua grammatica e va interpretata come se fosse una lingua vera e propria, con parole, frasi e punteggiatura. Elementi chiave includono il silenzio, lo sguardo (l'espressione degli occhi) e la postura, che rivestono particolare importanza quando si interagisce con un paziente.

1.5.4L'INFERMIERE E BISOGNI DI NON SODISFATTI DEI PAZIENTI

Il cancro ha un impatto profondo sulla vita del paziente e dei suoi cari, generando sofferenze fisiche, psicologiche, sociali e spirituali. La diagnosi di cancro minaccia il senso di sicurezza e le emozioni legate alla malattia disturbano la vita quotidiana. Oltre allo stress della diagnosi, i pazienti devono affrontare i disturbi fisici dovuti alla malattia e al trattamento, insieme a danni permanenti alla salute, disabilità, costante stanchezza e dolore. Questi fattori, uniti allo stress emotivo e ai problemi mentali, possono rendere difficile la vita di

tutti i giorni, causando problemi come l'incapacità di lavorare, difficoltà finanziarie e mancanza di sostegno sociale.

Durante il corso della malattia, emergono tre fasi distinte, ognuna caratterizzata da problemi ed emozioni specifiche. Nella fase della diagnosi, prevalgono ansia, rabbia, paura, negazione e disperazione. Nella fase cronica, durante il trattamento intensivo, si può verificare la remissione e il paziente può tornare alle normali attività quotidiane. Tuttavia, il trattamento stesso può causare significativo deterioramento del benessere, affaticamento persistente e numerosi effetti collaterali, abbassando notevolmente la qualità della vita. Nella fase terminale, si ha consapevolezza della morte imminente e si rifiutano ulteriori trattamenti, generando sentimenti di delusione. In questa fase, è essenziale prestare particolare attenzione al controllo dei sintomi.

L'analisi della letteratura mostra che i pazienti affetti da cancro possono avere una vasta gamma di bisogni, poiché ognuno reagisce in modo unico alle sfide della malattia, influenzato dalla personalità e dalla comprensione della situazione. Il trascorrere del tempo, l'evoluzione della malattia e il tipo di trattamento influenzano lo stato mentale del paziente. La valutazione di questi bisogni consente una comprensione più approfondita delle esperienze dei pazienti e delle loro famiglie, orientando le priorità nell'allocazione delle risorse e nella pianificazione di un'assistenza completa. Gli operatori sanitari svolgono un ruolo cruciale nel soddisfare questi bisogni; la ricerca ha dimostrato che spesso il disagio dei pazienti è causato dalla mancanza di adeguate fonti di informazione e supporto psicologico.

Tali bisogni sono definiti bisogni di cure di supporto non soddisfatti (bisogni non soddisfatti) sono quei bisogni per i quali manca il livello di servizio o di supporto che un individuo percepisce come necessario per raggiungere un benessere ottimale (Carey, 2013). Difatti una diagnosi di cancro porta con sé non solo sfide fisiche, ma anche significativi impatti psicologici e sociali. Ecco alcune delle principali sfide psicosociali affrontate dalle persone colpite dal cancro:

Distress Emotivo: La diagnosi di cancro può causare ansia, depressione e stress. La paura della morte, l'incertezza del futuro e l'esperienza di dolore e disagio possono causare disagio emotivo significativo.

Cambiamenti nell'Immagine Corporea: Procedure come la chirurgia per rimuovere il tumore o la chemioterapia possono portare a cambiamenti nell'aspetto fisico, come la perdita

dei capelli o la perdita di un seno. Questi cambiamenti possono avere un impatto significativo sull'autostima e sulla percezione di sé.

Problemi Relazionali: La malattia può mettere a dura prova le relazioni familiari e di coppia. I membri della famiglia spesso si trovano ad affrontare nuovi ruoli come caregiver, il che può essere emotivamente e fisicamente impegnativo.

Impatti Sociali e Professionali: Il cancro può limitare la capacità di una persona di lavorare o partecipare ad attività sociali. La stigmatizzazione associata alla malattia può anche portare all'isolamento sociale.

Problemi Sessuali I cambiamenti fisici e l'affaticamento possono influenzare la vita sessuale di una persona. La paura del dolore o dell'imbarazzo può anche influenzare l'intimità sessuale.

Pianificazione per il Futuro: La diagnosi di cancro spesso porta a una riflessione profonda sulla mortalità e sulla qualità della vita. Questo può portare a decisioni difficili riguardanti la pianificazione del trattamento e la fine della vita.

Bisogni Psicosociali dei Familiari: I familiari dei pazienti oncologici possono sperimentare elevati livelli di stress e ansia. Il supporto psicosociale è importante anche per loro.

È fondamentale che le persone affette da cancro ricevano supporto psicologico e sociale adeguato. Questo può venire fornito attraverso terapie di supporto, counseling, gruppi di sostegno, e programmi di assistenza sociale. La ricerca trasversale ha anche indicato che la segnalazione di livelli più elevati di bisogni insoddisfatti è associata ad un aumento dell'ansia e ad una peggiore qualità della vita (QOL) tra i pazienti (Carey, 2013).

Esatto, misurare i bisogni insoddisfatti è fondamentale per valutare l'efficacia delle cure e identificare le aree in cui il supporto è più necessario. Questo approccio non solo fornisce una panoramica delle necessità specifiche dei pazienti, ma aiuta anche a definire le priorità nei servizi di assistenza. Per i ricercatori, medici e amministratori, comprendere quali bisogni sono più pressanti può guidare l'allocazione delle risorse. Ad esempio, se i bisogni psicologici emergono come una priorità chiave attraverso queste misurazioni, potrebbe essere necessario espandere i servizi di supporto psicologico. Al contrario, se emergono bisogni legati alla mobilità o all'accessibilità, ciò potrebbe indicare la necessità di migliorare le infrastrutture e l'accesso ai servizi sanitari. Questa valutazione dei bisogni può anche guidare l'implementazione di programmi mirati. Ad esempio, se molti pazienti riferiscono bisogni insoddisfatti legati all'informazione sulla malattia, è possibile sviluppare programmi

educativi mirati per affrontare queste lacune. Inoltre, comprendere il grado di insoddisfazione nei bisogni specifici può anche influenzare la progettazione delle terapie di supporto. Può aiutare a determinare quali tipi di supporto sono più richiesti e quali interventi potrebbero essere più efficaci nel migliorare il benessere psicologico e sociale dei pazienti. In sintesi, misurare e comprendere i bisogni insoddisfatti non solo offre un quadro completo delle esigenze dei pazienti, ma fornisce anche indicazioni chiave per migliorare l'assistenza sanitaria, guidare la ricerca e migliorare la qualità della vita dei pazienti colpiti dal cancro. Una diagnosi di cancro ha un impatto a lungo termine sulla qualità della vita dei pazienti (Licu, 2023) a salute mentale e il benessere emotivo dei pazienti sono componenti fondamentali del loro processo di guarigione e adattamento alla malattia. Integrare professionisti della psico-oncologia nel gruppo di assistenza può avere numerosi benefici per i pazienti oncologici e i loro caregiver:

1. Supporto Emotivo Adeguato:

Gestione dello Stress e dell'Ansia: Gli psico-oncologi sono esperti nel fornire strategie per gestire lo stress e l'ansia legati alla diagnosi e al trattamento del cancro.

Supporto durante le Fasi di Malattia: Forniscono supporto emotivo durante le fasi di malattia, tra cui la diagnosi, il trattamento e la remissione.

2. Miglioramento della Qualità della Vita:

Gestione del Dolore e dei Sintomi: L'aiuto psicologico può contribuire a una migliore gestione del dolore e dei sintomi, migliorando così la qualità della vita.

Promozione del Benessere Emotivo: Lavorano con i pazienti per migliorare il loro benessere emotivo e la loro resilienza, favorendo una migliore qualità della vita anche durante il trattamento.

3. Supporto per i Caregiver:

Riduzione dello Stress del Caregiver: I caregiver possono sperimentare un notevole stress.

L'assistenza di uno psico-oncologo può aiutare i caregiver a gestire il loro stress emotivo.

Rafforzamento dei Meccanismi di Coping: Insegnano ai caregiver strategie per affrontare il carico emotivo e le sfide pratiche correlate all'assistenza al paziente.

4. Approccio Globale alla Cura:

Integrazione con Altri Specialisti: Collaborano con oncologi, infermieri, assistenti sociali e altri membri della squadra per fornire un approccio completo e coordinato alla cura del paziente.

Focus sui Bisogni Individuali: Adottano un approccio personalizzato, considerando i bisogni e le preoccupazioni specifiche di ogni paziente.

5. Prevenzione e Intervento Precoce:

Identificazione Precoce dei Problemi Psicologici: Identificano segni precoci di ansia, depressione o distress emotivo nei pazienti, consentendo interventi tempestivi e preventivi.

6. Educazione e Consapevolezza:

Fornitura di Informazioni: Forniscono informazioni e consulenza sui problemi psicologici associati al cancro, migliorando la consapevolezza e la comprensione tra i pazienti e i caregiver.

7. Assistenza Continua:

Assistenza nella Fase di Sopravvivenza: Dopo il trattamento, continuano a offrire supporto durante la fase di sopravvivenza, aiutando i pazienti ad affrontare le sfide legate alla guarigione e al ritorno alla vita quotidiana.

Integrare gli psico-oncologi nella squadra di assistenza non solo migliora la qualità della vita dei pazienti e dei caregiver, ma anche la loro adesione al trattamento, il recupero e l'adattamento psicologico alla malattia. Questo approccio olistico rappresenta un passo significativo verso una cura completa del paziente oncologico.

CAPITOLO 2 METODI E RICERCA

2.1 SCOPO E OBIETTIVI

Il tema scelto è stato approfondito attraverso una revisione della letteratura. Questa scelta ha permesso di fare riferimento come articoli libri di testo e altre fonti. L'obiettivo principale di questo studio è identificare le **principali necessità non soddisfatte** osservate nei pazienti affetti da cancro avanzato ed esplorare strategie infermieristiche adatte per affrontare tali bisogni. L'obiettivo di questa tesi è fornire agli operatori sanitari informazioni adeguate su come gestire i pazienti in fasi avanzate di cancro. Gli obiettivi specifici di questo lavoro di tesi sono i seguenti:

- Evidenziare i bisogni non soddisfatti più frequenti del paziente oncologico in fase avanzata di malattia;
- Individuare scale di valutazione sui bisogni non soddisfatti del paziente oncologico;
- Riflettere sulle strategie infermieristiche peculiari per la presa in carico dei bisogni emotivi e psicologici del paziente oncologico in fase avanzata di malattia.

2.2 P.I.O. E PAROLE CHIAVE

Per l'individuazione del problema si è scelto di utilizzare il modello P.I.O. (popolazione, intervento, outcome) come segue:

P	Problema/paziente/popolazione	Pazienti oncologici in fase avanzata di malattia
I	Intervento	strategie e interventi per soddisfare i bisogni del paziente.
O	Esito	compliance e adherence del paziente oncologico

Tab. 1 modello PIO

Per la ricerca degli articoli e per eseguire la ricerca sono stati utilizzati i seguenti termini: *need assessments, oncology, management, psychological needs, unmet needs, quality of life, compassion, fatigue, unmet care needs, holistic need assessment, nurse oncology, nursing skills strategies, adherence, cancer patient, oncology nursing.*

Parole chiave: *valutazioni dei bisogni, oncologia, gestione, bisogni psicologici, bisogni insoddisfatti, qualità della vita, compassione, fatica, bisogni assistenziali insoddisfatti, valutazione olistica dei bisogni, oncologia infermieristica, strategia di competenze infermieristiche, aderenza, paziente oncologico, infermieristica oncologica.*

2.3 STRINGHE DI RICERCA E SELEZIONE DEGLI ARTICOLI

Gli articoli sono stati ricercati e analizzati attraverso la piattaforma PubMed e mediante la combinazione delle Key words, sono state individuate 13 stringhe di ricerca (Allegato V) utilizzando principalmente l'operatore booleano "AND".

Per la selezione degli articoli si sono rispettati i criteri di tempo e disponibilità testuale:

- Gli studi pubblicati negli ultimi 10 anni (dal 2013 al 2023).
- Gli studi disponibili integralmente in formato testuale.

Dalle stringhe di ricerca sono stati selezionati in totale 470 articoli che rispettano la tipologia di argomento scelta per tale tesi (Allegato VI) Il diagramma a prisma è stato scelto per illustrare la scrematura degli articoli fino ad arrivare ad un numero sufficiente/accettabile per iniziare un'analisi approfondita del quesito sottoposto in fase preliminare.

Infine, sono stati selezionati 26 articoli in linea con gli obiettivi della tesi, in seguito ad un'attenta selezione nella quale sono stati eliminati tutti quelli articoli non pertinenti all'argomento di tesi (Allegato VII).

CAPITOLO 3 – RISULTATI

3.1 BISOGNI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI E GESTIONE INFERMIERISTICA

Il cancro segna una svolta drammatica nella vita del paziente e dei suoi cari, portando con sé sofferenze fisiche e psicologiche, oltre a esperienze sociali e spirituali negative. La diagnosi di cancro minaccia la sicurezza e le emozioni legate alla malattia sconvolgono la routine quotidiana. Oltre allo stress della diagnosi, i pazienti devono affrontare non solo i disturbi fisici dovuti alla malattia e al trattamento, ma anche danni permanenti alla salute, disabilità, costante stanchezza e dolore. Questo carico emotivo insieme ai problemi di salute mentale può rendere difficile la vita quotidiana, causando difficoltà nel lavoro, problemi finanziari e la mancanza di sostegno sociale (Lewandoska, 2021).

L'analisi della letteratura evidenzia che i pazienti affetti da cancro possono manifestare una vasta gamma di bisogni (Lewandoska, 2021), poiché ognuno reagisce in modo unico alle sfide della malattia, influenzato dai tratti della personalità e dalla comprensione della nuova situazione. Il passare del tempo, l'evoluzione della malattia e il tipo di trattamento contribuiscono a modellare lo stato mentale del paziente. Un'attenta valutazione di questi bisogni consente di comprendere dettagliatamente le esperienze dei pazienti e delle loro famiglie, aiutando a stabilire le priorità nell'allocazione delle risorse e nella pianificazione di un'assistenza olistica. Gli operatori sanitari svolgono un ruolo fondamentale nel soddisfare questi bisogni; infatti, la ricerca dimostra che il disagio dei pazienti è spesso causato dalla mancanza di fonti valide di informazioni e supporto psicologico.

Secondo uno studio che prende in considerazione 115 pazienti durante il periodo di radioterapia (Ficht, 2016) i bisogni non soddisfatti dei pazienti si possono dividere in 2 categorie principali, ovvero bisogni fisici e bisogni di tipo emotivo. Bisogni fisici insoddisfatti più frequentemente identificati in tutti e tre i casi sono stati l'affaticamento (33%-49%), la pelle secca e pruriginosa (24%-37%) e le difficoltà del sonno (23%-30%). Il numero di pazienti che citano questi bisogni insoddisfatti è aumentato significativamente durante il periodo di studio. Nell'ambito emotivo è stata citata più volte la preoccupazione (34,5%). Infine, emerge da tale studio l'errata gestione dei sintomi come la sensazione di fatica, bisogni informativi, ciò solleva la questione se questi individui richiedano risorse educative per i pazienti e approcci comunicativi diversi rispetto a quelli attualmente in uso. L'unica parte di problemi che non variavano di entità sono quelli emotivi nonostante l'interazione quotidiana con il personale sanitario.

Negli ultimi decenni, la sopravvivenza è rimasta al 50% in tutto il mondo per alcune localizzazioni tumorali (Augusta Silveira, 2022), per tale motivo l'uso dei **PRO (Patient reported outcomes (PROs) assessment**, ovvero la valutazione dei risultati riportati dai pazienti aiutano a creare un profilo completamente personalizzato della cura del paziente rendendo partecipe gli operatori sanitari.

Dalla letteratura emerge (Augusta Silveira, 2022) che l'integrazione dei PRO non solo migliora la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti oncologici, ma trasforma anche l'intero percorso di cura. Grazie a questi strumenti, i pazienti diventano partner attivi nel loro percorso di cura, contribuendo non solo con le loro esperienze e bisogni, ma anche con una prospettiva unica sulla loro condizione. L'impegno costante delle istituzioni sanitarie, dei professionisti sanitari e degli amministratori è fondamentale per garantire l'efficacia di questi strumenti. La formazione del personale sanitario, l'integrazione dei PRO nei processi clinici, l'analisi dei dati raccolti e l'attiva partecipazione dei pazienti sono tutti elementi chiave per il successo di questo approccio centrato sul paziente. Questo cambiamento di paradigma verso un'assistenza sanitaria più personalizzata, basata sulle esigenze individuali e sulle esperienze dei pazienti, rappresenta il futuro della medicina. Grazie alla collaborazione tra pazienti, operatori sanitari e amministratori, possiamo creare un ambiente in cui ogni paziente si senta ascoltato, compreso e supportato nel suo percorso di guarigione. Un futuro in cui l'empatia, la comprensione e la personalizzazione diventano le pietre angolari della pratica medica.

3.1.1 INTERVENTI INFERMIERISTICI A DISTANZA

Le persone colpite dal cancro spesso affrontano una serie di sintomi a causa della malattia e delle terapie adottate per trattarla. La gestione inadeguata di questi sintomi può influire negativamente sugli esiti dei pazienti, compreso il loro funzionamento, benessere psicologico e qualità della vita (QOL). Per ridurre l'incidenza e la gravità dei sintomi del cancro, sono stati sviluppati e sperimentati interventi psicoeducativi, mirati a migliorare l'autogestione dei sintomi da parte dei pazienti. Con l'orientamento verso una fornitura di assistenza più vicina alle residenze dei pazienti, gli interventi psicoeducativi erogati telefonicamente sono diventati sempre più diffusi per supportare la gestione di vari sintomi del cancro. Le prime indicazioni studio (Ream, 2020) suggeriscono che questi interventi

possono contribuire a ridurre la gravità dei sintomi e il disagio, migliorando così l'autogestione dei pazienti rispetto ai loro sintomi.

Secondo gli studi gli interventi telefonici rappresentano un modo conveniente per sostenere l'autogestione dei sintomi correlati al cancro negli adulti affetti da questa malattia. Questi interventi stanno acquisendo crescente importanza a causa della tendenza di spostare le cure più vicino alle abitazioni dei pazienti, della necessità di contenere i costi delle risorse sanitarie e del potenziale coinvolgimento dei fornitori di servizi volontari nel campo della salute. Alcune prove scientifiche sostengono l'utilità degli interventi telefonici nella gestione dei sintomi in adulti affetti da cancro, concentrandosi principalmente su quattro sintomi comuni: depressione, ansia, disagio emotivo e affaticamento. In alcuni casi, gli interventi telefonici sono stati integrati con incontri faccia a faccia e la fornitura di materiale stampato o digital. Purtroppo, sono necessari ulteriori studi solidi e ben documentati su tutti i sintomi correlati al cancro, poiché la certezza delle prove provenienti dagli studi inclusi in questa revisione era molto bassa e la qualità dei resoconti era variabile. È fondamentale che i ricercatori lavorino per ridurre la variabilità tra gli studi nelle future ricerche. Gli studi esaminati in questa revisione mostrano una diversità sia clinica che metodologica, il che ha reso difficile il confronto tra di essi. Dovrebbero essere fatti sforzi per standardizzare le misure dei risultati al fine di migliorare la comparabilità dei dati.

3.2 SCALE DI VALUTAZIONE OLISTICHE

Con lo scopo di comprendere al meglio quali siano i bisogni dei pazienti oncologici, dalla letteratura sono state scelte una serie di scale di valutazione sul piano olistico della realtà:

Holistic needs assessment (HNA)

National Cancer Survivorship Initiative – Your Holistic Needs Assessment Concerns checklist
0001

Living with and beyond cancer – identifying your concerns

Completed by: _____
 Date: _____
 Designation: _____
 Contact details: _____

Patient's name or label

This self assessment is optional, however it will help us understand the concerns and feelings you have. It will also help us identify any information and support you may need in the future.

If any of the problems below have caused you concern in the past week and if you wish to discuss them with a health care professional, please tick the box. Leave the box blank if it doesn't apply to you or you don't want to discuss it now.

I have questions about my diagnosis/treatment that I would like to discuss.

<p>Physical concerns</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Breathing difficulties <input type="checkbox"/> Passing urine <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Eating or appetite <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Sore or dry mouth <input type="checkbox"/> Nausea or vomiting <input type="checkbox"/> Sleep problems/nightmares <input type="checkbox"/> Tired/exhausted or fatigued <input type="checkbox"/> Swollen tummy or limb <input type="checkbox"/> High temperature or fever <input type="checkbox"/> Getting around (walking) <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Hot flushes/sweating <input type="checkbox"/> Dry, itchy or sore skin <input type="checkbox"/> Wound care after surgery <input type="checkbox"/> Memory or concentration <input type="checkbox"/> Taste/sight/hearing <input type="checkbox"/> Speech problems <input type="checkbox"/> My appearance <input type="checkbox"/> Sexuality 	<p>Practical concerns</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Caring responsibilities <input type="checkbox"/> Work and education <input type="checkbox"/> Money or housing <input type="checkbox"/> Insurance and travel <input type="checkbox"/> Transport or parking <input type="checkbox"/> Contact/communication with NHS staff <input type="checkbox"/> Housework or shopping <input type="checkbox"/> Washing and dressing <input type="checkbox"/> Preparing meals/drinks <p>Family/relationship concerns</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Other relatives/friends <p>Emotional concerns</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficulty making plans <input type="checkbox"/> Loss of interest/activities <input type="checkbox"/> Unable to express feelings <input type="checkbox"/> Anger or frustration <input type="checkbox"/> Guilt <input type="checkbox"/> Hopelessness <input type="checkbox"/> Loneliness or isolation <input type="checkbox"/> Sadness or depression <input type="checkbox"/> Worry, fear or anxiety 	<p>Spiritual or religious concerns</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Loss of faith or other spiritual concern <input type="checkbox"/> Loss of meaning or purpose of life <input type="checkbox"/> Not being at peace with or feeling regret about the past <p>Lifestyle or information needs</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Support groups <input type="checkbox"/> Complementary therapies <input type="checkbox"/> Diet and nutrition <input type="checkbox"/> Exercise and activity <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Alcohol or drugs <input type="checkbox"/> Sun protection <input type="checkbox"/> Hobbies <input type="checkbox"/> Other
---	---	---

Please mark the scale to show the overall level of concern you've felt over the past week. You may also wish to score the concerns you have ticked from 1 to 10.

**WE ARE
MACMILLAN.
CANCER SUPPORT**

NHS
NHS Improvement

This document is copyright NCSI © 2012. Macmillan Cancer Support, registered charity in England and Wales (261017), Scotland (SC039507) and the Isle of Man (504). MAC1369P

Figura 4 Tabella olistici news assesment (HNA)

L'HNA rappresenta uno strumento importante utilizzato nel contesto sanitario, che permette ai pazienti di comunicare le proprie necessità in modo completo e dettagliato (Snowden, 2015). Questo processo contribuisce a una migliore comprensione delle esigenze individuali del paziente, facilitando così una consulenza più efficace e centrata sulla persona. Associato a un piano di assistenza successivo, l'HNA supporta un intervento tempestivo basato su una discussione collaborativa incentrata sul paziente.

HNA si sviluppa su 6 items ovvero: preoccupazioni fisiche, preoccupazioni pratiche, preoccupazioni familiari/relazionali, preoccupazioni emotive, preoccupazioni spirituali o religiose e bisogni di informazioni o stile di vita.

Questo studio, preso piede in dieci cliniche provenienti dalla Scozia occidentale e dal sud-ovest dell'Inghilterra, che analizza un questionario sui bisogni olistici dei pazienti oncologici nel follow-up, dimostra che un miglioramento della comunicazione, unito ad una formazione dei medici centrata sulla persona può portare ad un notevole miglioramento nelle fasi di assistenza nell'autoefficacia percepita dal paziente. Tuttavia, solo il 25% circa dei sopravvissuti al cancro nel Regno Unito riceve una valutazione dei bisogni e un piano di cura olistici (Snowden, 2015), una percentuale irrisoria se calcoliamo che l'autoefficacia percepita, ovvero come la persona percepisce la propria performance di recupero, è alla base dei programmi di autogestione dei pazienti.

Uno studio condotto in Giappone (Momino, 2017) con lo scopo ridurre i bisogni insoddisfatti e il disagio psicologico tra le donne con cancro al seno sottoposte a terapia antitumorale adiuvante, dimostra che nuovo intervento basato sul modello di assistenza collaborativa e focalizzato sui bisogni percepiti insoddisfatti delle donne con cancro al seno ha prodotto un buon tasso di partecipazione e un'elevata aderenza al programma. Per tale intervento sono stati utilizzati quattro questionari (riportati qui sotto) autosomministrati alle pazienti durante il periodo di controllo: **Sondaggio sulle esigenze di terapia di supporto – Modulo breve 34 (SCNS-SF34)**, uno strumento autosomministrato progettato per valutare i bisogni percepiti dei pazienti affetti da cancro. Questo strumento comprende 34 domande che coprono cinque ambiti di bisogno: psicologico (10 domande), sistema sanitario e informazione (11 domande), vita fisica e quotidiana (5 domande), cura e supporto del paziente (5 domande) e sessualità (3 domande). I partecipanti sono stati invitati a indicare il loro livello di bisogno di assistenza correlato al cancro nell'ultimo mese, utilizzando cinque opzioni di risposta: 1 = Nessun bisogno (Non applicabile), 2 = Nessun bisogno (soddisfatto), 3 = Basso bisogno, 4 = Moderato bisogno e 5 = Bisogno elevato.

I punteggi delle sotto scale sono stati ottenuti sommando le risposte alle domande di ciascuna sottoscala. Un punteggio totale è stato calcolato sommando i punteggi delle sotto scale (intervallo 34-170). Un punteggio più alto indicava un bisogno percepito più elevato. La validità e l'affidabilità della versione giapponese del SCNS-SF34 sono state confermate.

I Profile of Mood States (POMS) è uno strumento di autovalutazione composto da 65 item progettato per misurare i disturbi dell'umore. È una misura affidabile e ampiamente utilizzata del disagio emotivo, con sotto scale specifiche per ansia, depressione, vigore, affaticamento e confusione. Sommando i punteggi delle sotto scale, è possibile ottenere un punteggio complessivo relativo ai disturbi dell'umore. I partecipanti valutano ciascun elemento su una scala a quattro punti, dove un punteggio più alto indica un umore negativo più elevato, tranne nel caso del vigore, dove un punteggio più alto indica un umore positivo. Il POMS è stato validato anche per i pazienti affetti da cancro e si è dimostrato affidabile per i giapponesi. Questo strumento è prezioso per valutare i disturbi dell'umore nei pazienti e comprendere meglio il loro stato emotivo durante il percorso di malattia (Carey, 2013).

Cancer Acceptance and Risk Evaluation Scale (CARS-J) è uno strumento di autovalutazione composto da 26 item originariamente sviluppato negli Stati Uniti. Questa scala ha diverse sottoscale, tra cui l'impatto della minaccia, della minaccia di salute e di morte, della femminilità, del valore personale e del ruolo. In questo contesto, un punteggio più alto in questa sottoscala indica una maggiore percezione di minaccia di recidiva del cancro al seno. L'uso di strumenti come il CARS-J può essere utile per valutare la percezione del rischio di recidiva del cancro al seno nei pazienti e comprendere meglio il loro stato emotivo e psicologico legato alla malattia (Momino, 2017).

L'Organizzazione europea per la ricerca e il trattamento del cancro (EORTC) QLQ-C30 è un questionario di autovalutazione composto da 30 item utilizzato per valutare la qualità della vita nei pazienti affetti da cancro. Questo questionario copre vari aspetti funzionali come lo stato di salute globale, il funzionamento fisico, il funzionamento di ruolo, il funzionamento emotivo, il funzionamento cognitivo e il funzionamento sociale. Copre anche aspetti sintomatologici come affaticamento, nausea e vomito, dolore, dispnea, insonnia, perdita di appetito, costipazione, diarrea e difficoltà finanziarie. Nel contesto del QLQ-C30, un punteggio funzionale elevato indica una migliore qualità della vita, mentre un punteggio elevato sugli item sintomatologici indica la presenza di sintomi gravi. Questo questionario è ampiamente utilizzato nella ricerca e nella pratica clinica per valutare l'impatto del cancro sulla qualità della vita dei pazienti. La sua validità e affidabilità nella versione giapponese sono state confermate, il che lo rende uno strumento affidabile per valutare la qualità della vita dei pazienti oncologici in Giappone (MasaKO, 2021).

Supporto sociale percepito: la scala multidimensionale del supporto sociale percepito in versione breve

La scala multidimensionale del supporto sociale percepito che hai descritto sembra essere uno strumento utile per misurare il sostegno sociale percepito da parte della famiglia, degli amici e di altre persone significative (MasaKO, 2021). Confermare la validità e l'affidabilità della versione giapponese della scala è un passaggio importante per garantire che gli strumenti utilizzati nelle ricerche siano affidabili e validi per la popolazione di studio. Il supporto sociale è un fattore cruciale nel benessere emotivo e psicologico delle persone, specialmente durante momenti di difficoltà come il cancro. Avere strumenti affidabili per misurare il sostegno sociale può aiutare i ricercatori e gli operatori sanitari a valutare il livello di supporto sociale disponibile per i pazienti e a adattare l'assistenza di conseguenza.

Il QONCS (Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale)

Il QONCS era composto da 34 item. Un'analisi fattoriale ha raggruppato gli elementi in cinque categorie che definiscono l'assistenza infermieristica di qualità: Essere supportato e confermato, Cura spirituale, Senso di appartenenza, Essere valorizzato ed Essere rispettato. (Charalambousa, 2014). Sembrano esserci diverse caratteristiche distintive del (QONCS) che lo rendono un prezioso strumento di valutazione nella cura del cancro:

-Approccio Olistico: Il QONCS adotta un approccio olistico nella valutazione dei bisogni dei pazienti oncologici, includendo aspetti importanti come la spiritualità, che spesso sono trascurati in altri questionari simili. Questo approccio completo offre una panoramica più completa delle esigenze del paziente durante il percorso del cancro.

-Coinvolgimento dei Pazienti e degli Esperti: La progettazione del QONCS ha coinvolto sia i pazienti che gli esperti professionisti, garantendo che gli item dello strumento siano informati dalle esperienze dei pazienti e dalla conoscenza degli operatori sanitari. Questa inclusione di prospettive multiple contribuisce alla validità e alla rilevanza dello strumento.

-Diversità di Pazienti e Fasi del Cancro: Il QONCS è stato convalidato in pazienti con una vasta gamma di tipi di cancro e in diverse fasi del percorso del cancro, rendendolo adatto per l'uso in diverse situazioni oncologiche. Questa diversità nella popolazione di studio aumenta l'applicabilità dello strumento.

-Valutazione su Scala Likert: Gli item dello strumento sono valutati su una scala di tipo Likert, che permette ai pazienti di esprimere i loro livelli di accordo o disaccordo con le affermazioni. Questa metodologia fornisce una misura quantitativa delle percezioni dei

pazienti sull'assistenza infermieristica, consentendo un'analisi più dettagliata dei loro bisogni e delle loro esperienze.

-Validità Apparente e Analisi Fattoriale: Il QONCS è stato sottoposto a un'analisi fattoriale che ha identificato gli ambiti dell'assistenza infermieristica di qualità. Questo processo ha contribuito a supportare il contenuto e la validità apparente dello strumento, dimostrando che gli item dello strumento sono stati compresi e valutati in modo differenziato dai pazienti.

In generale, questi elementi rendono il QONCS un tool di valutazione prezioso nella cura del cancro, aiutando a rivelare le esigenze specifiche dei pazienti oncologici e guidando gli operatori sanitari nell'adattare la loro assistenza in base a queste esigenze.

CAPITOLO 4- DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

4.1 DISCUSSIONE

Attraverso la revisione degli articoli letti ne consegue che la valutazione della QOL nei pazienti oncologici è sempre più considerata un passaggio obbligato in questo complesso intervento sanitario;(Licu, 2023) in particolare la misurazione della Qualità della Vita (QOL) nei pazienti oncologici è un aspetto cruciale nella gestione del cancro e dovrebbe essere considerato un componente fondamentale nella cura dei pazienti. La QOL riflette l'impatto del cancro e del suo trattamento non solo sulla sopravvivenza, ma anche sul benessere generale e sulla soddisfazione del paziente con la propria vita. **La misurazione della QOL** riveste una particolare importanza soprattutto nei seguenti campi:

Orientamento al Paziente: Misurare la QOL mette al centro dell'attenzione le esperienze e le percezioni del paziente. Questo orientamento al paziente è fondamentale nella fornitura di cure personalizzate e orientate alle necessità del paziente.

Valutazione Globale del Benessere: La QOL va oltre la gestione dei sintomi fisici. Include aspetti come il sostegno sociale, l'aspetto psicologico, la vita sociale e le preoccupazioni finanziarie. Questi fattori possono influenzare significativamente la percezione del paziente sulla sua qualità di vita.

Rilevamento Precoce di Problemi: La valutazione regolare della QOL può rilevare precocemente i cambiamenti nel benessere del paziente. Ad esempio, può rilevare segni di depressione, ansia o difficoltà sociali che potrebbero richiedere interventi psico-oncologici.

Orientamento degli Interventi: I risultati sulla QOL possono guidare gli interventi psico-oncologici. Ad esempio, se un paziente sta affrontando una significativa diminuzione del benessere emotivo, potrebbe beneficiare di supporto psicologico o terapia.

Valutazione degli Effetti Collaterali: La QOL può riflettere gli effetti collaterali del trattamento. Gli interventi possono essere adattati per gestire meglio questi effetti, migliorando così la QOL del paziente.

In altri casi possono essere utilizzati approcci di tipo **Psico-Oncologico**(Ficht, 2016) come:
Supporto Emotivo: Offrire counseling e terapia psicologica per gestire l'ansia, la depressione e altre preoccupazioni emotive correlate al cancro.

Supporto Sociale: Creare reti di supporto sociale attraverso gruppi di supporto o reti di assistenza sociale per affrontare l'isolamento e migliorare il benessere sociale del paziente.

Consulenza Finanziaria: Fornire consulenza finanziaria per gestire i costi del trattamento e alleviare le preoccupazioni finanziarie, che possono avere un impatto significativo sulla QOL.

Supporto per i Casi Limite: Assistere i pazienti e le loro famiglie nelle decisioni difficili, come la fine della vita, fornendo supporto emotivo e informazioni chiare e complete.

Interventi Complementari: Introdurre terapie complementari come la meditazione, il massaggio e la terapia artistica, che possono migliorare la qualità della vita e ridurre lo stress. Inoltre, l'approccio psico-oncologico completo non solo migliora la QOL, ma può anche influenzare positivamente l'esito del trattamento e la soddisfazione del paziente, creando un ambiente più favorevole per la guarigione e il benessere generale del paziente oncologico. Quindi sviluppare percorsi assistenziali adeguati è fondamentale per garantire una cura completa e di alta qualità ai pazienti oncologici (Ficht, 2016).

Questi percorsi non solo assicurano che i pazienti ricevano l'assistenza necessaria, ma aiutano anche a ottimizzare l'uso delle risorse e a migliorare l'efficienza del sistema sanitario. Quindi per assicurare una gestione infermieristica adeguata si necessitano di determinate caratteristiche:

1. Formazione e Linee Guida:

Formazione del Personale: Assicurarsi che il personale sanitario, inclusi gli infermieri oncologici, sia adeguatamente addestrato per comprendere e utilizzare le linee guida basate sull'evidenza.

Linee Guida Basate sull'Evidenza: Utilizzare linee guida pratiche e basate sull'evidenza per affrontare sintomi specifici e seguire percorsi di cura ben definiti.

2. Collaborazione Interprofessionale:

Interazione con il Team: Favorire l'interazione tra i membri della squadra interprofessionale (medici, infermieri, assistenti sociali, terapisti) per pianificare e coordinare l'assistenza.

3. Definizione dei Percorsi Assistenziali:

Identificazione dei Bisogni: Valutare i bisogni dei pazienti e definire i percorsi assistenziali in base a questi bisogni, considerando aspetti fisici, emotivi, sociali e spirituali.

Accesso Tempestivo: Assicurarsi che i percorsi assistenziali consentano un accesso tempestivo ad altre discipline e servizi quando necessario, senza ritardi.

4. Leadership Infermieristica:

Ruolo di Leadership: Gli infermieri oncologici possono svolgere un ruolo di leadership nella costruzione di percorsi assistenziali interprofessionali. La loro prospettiva olistica può aiutare a coordinare le diverse componenti dell'assistenza.

5. Valutazione Continua e Adattamento:

Valutazione dei Risultati: Monitorare costantemente l'efficacia dei percorsi assistenziali valutando i risultati dei pazienti e raccogliendo feedback dai pazienti stessi.

Adattamento: In base ai risultati e ai feedback, adattare i percorsi assistenziali per affrontare eventuali sfide e migliorare continuamente l'assistenza fornita.

La costruzione di percorsi assistenziali efficaci richiede un impegno continuo da parte del personale sanitario e una stretta collaborazione con tutti i membri della squadra e le agenzie comunitarie coinvolte. Questa sinergia può portare a un miglioramento significativo nell'esperienza del paziente e nella qualità complessiva dell'assistenza oncologica.

4.2 LIMITI DELLA RICERCA

I risultati hanno contribuito a una comprensione pratica di come gli infermieri oncologici forniscono assistenza psicosociale nel contesto della prestazione di servizi sanitari, nonostante le limitazioni di tempo e risorse. Realisticamente, questi infermieri attribuiscono priorità alla cura dei bisogni fisici dei pazienti, lavorando in un ambiente emotivamente intenso in cui devono gestire le emozioni dei pazienti e le proprie. Questo coinvolge diverse forme di lavoro emotivo, che comprendono sia l'attaccamento che il distacco emotivo (Moore, 2018). È evidente che sia necessaria apertura e flessibilità per mettere al centro il paziente. Nonostante l'apprendimento continuo tramite esperienza pratica, tutoraggio e auto-riflessione, gli infermieri hanno sviluppato strategie proattive per minimizzare le lamentele e le tensioni. È importante analizzare attentamente il significato dei loro comportamenti reattivi e proattivi.

È opportuno fornire supporto per integrare l'educazione alla comunicazione, il lavoro emotivo e la formazione all'autoconsapevolezza nella pratica clinica, combinando ciò con il tutoraggio continuo e le pratiche di riflessione degli infermieri. Questo approccio potrebbe promuovere un'assistenza basata sui valori e migliorare ulteriormente la qualità dell'assistenza fornita. In breve, è essenziale affrontare questioni come la **qualità della comunicazione** con gli operatori sanitari, i sentimenti di colpa e di onere nei confronti della famiglia, il sostegno per migliorare i comportamenti sanitari e la riflessione sul significato della vita quando si valutano i bisogni insoddisfatti dei pazienti oncologici coreani. Per sviluppare politiche mirate a ridurre tali bisogni, è cruciale condurre studi che comprendano una valutazione completa dei vari bisogni insoddisfatti identificati nei pazienti oncologici (Chan, 2019).

4.3 CONCLUSIONE

Esaminare e comprendere i bisogni insoddisfatti delle persone colpite dal cancro richiede un approccio mirato per ridurli in modo efficace. È cruciale stabilire linee guida chiare per valutare accuratamente i livelli di bisogni non soddisfatti. Queste linee guida dovrebbero delineare un processo di valutazione dei bisogni che consenta un'attribuzione precisa dei cambiamenti agli interventi adottati. Ciò potrebbe comportare una valutazione dell'affidabilità test-re test a livello di singoli elementi nelle scale esistenti.

Inoltre, è essenziale considerare questioni di sensibilità e significato clinico per determinare l'entità del cambiamento necessario per stabilire l'efficacia degli interventi. Un chiarimento più approfondito del concetto di bisogni insoddisfatti e del suo funzionamento potrebbe fornire una base solida per lo sviluppo e la progettazione di interventi adeguati. Un possibile approccio potrebbe consistere nell'esaminare quali livelli di bisogni sono correlati a esiti avversi futuri, come un aumento nell'utilizzo dei servizi sanitari, una diminuzione della qualità della vita o un maggiore rischio di depressione. Questo tipo di analisi potrebbe offrire preziose indicazioni su quali aspetti dei bisogni insoddisfatti richiedano interventi mirati per migliorare significativamente la vita delle persone colpite dal cancro.

Perciò è essenziale affrontare questioni come la qualità della comunicazione con gli operatori sanitari, i sentimenti di colpa e di onere nei confronti della famiglia, il sostegno per migliorare i comportamenti sanitari e la riflessione sul significato della vita quando si valutano i bisogni insoddisfatti dei pazienti oncologici coreani. Per sviluppare politiche

mirate a ridurre tali bisogni, è cruciale condurre studi che comprendano una valutazione completa dei vari bisogni insoddisfatti identificati nei pazienti oncologici (Chan, 2019).

4.4 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Le implicazioni pratiche e di ricerca future di questo studio sono di estrema importanza. Innanzitutto, è cruciale sviluppare un processo coerente e concreto per valutare le esigenze di cure di supporto dei pazienti sottoposti a radioterapia. Questo processo dovrebbe coinvolgere l'uso di uno strumento standardizzato, affidabile e valido, seguito da una discussione di follow-up basata sulle risposte del paziente a questo strumento. Tale discussione deve concentrarsi sulla profondità delle preoccupazioni del paziente e sul loro desiderio di assistenza.

Inoltre, è essenziale che gli infermieri oncologici siano in grado di valutare non solo i bisogni di cure di supporto in vari settori, ma anche di essere ben informati sugli interventi e sui percorsi assistenziali disponibili per affrontare questi bisogni insoddisfatti. La formazione sulle linee guida pratiche basate sull'evidenza relative ai sintomi e agli algoritmi del percorso di cura, inclusi i criteri di riferimento, è fondamentale per garantire un trattamento adeguato. La creazione di percorsi assistenziali adeguati richiederà una stretta collaborazione e negoziazione con i membri della squadra interprofessionale e con le agenzie a livello comunitario, dato che non tutte le cure di supporto possono essere fornite in un centro oncologico. Questi percorsi devono anche delineare quando è necessario indirizzare i pazienti ad altre discipline e servizi in modo tempestivo.

Un'area critica per la ricerca futura è comprendere il collegamento tra i bisogni di cure di supporto non soddisfatti e la fornitura effettiva delle cure. È positivo notare un crescente interesse nella ricerca su questo problema. Sarebbe inoltre utile identificare gli interventi efficaci e le migliori pratiche che richiedono l'attenzione di professionisti qualificati rispetto a quelli che potrebbero essere gestiti da volontari o colleghi. È essenziale sviluppare approcci praticabili e veloci per ridurre efficacemente i bisogni insoddisfatti, specialmente per quanto riguarda il disagio emotivo. Dovrebbero essere disponibili una varietà di interventi efficaci, adatti alle diverse fonti di disagio dei pazienti.

Ulteriori ricerche dovrebbero concentrarsi anche su quali esigenze di terapia di supporto richiedono interventi a breve termine e quali necessitano di approcci a lungo termine. Sarebbe altamente importante progettare e testare interventi brevi che possano essere

facilmente somministrati dagli infermieri oncologici in ambienti ambulatoriali affollati. Questo approccio richiede anche una comprensione chiara di quando gli interventi efficaci devono essere erogati da operatori diversi o in contesti diversi, come uffici, classi, centri comunitari o case. Questo studio fornisce una solida base per ulteriori indagini, promuovendo un approccio più olistico e centrato sulla persona nel campo delle cure di supporto oncologiche.

BIBLOGRAFIA

- W. H. (2020). *World Health Organization (2020). WHO report on Cancer: setting priorities, Investing Wisely and Providing Care for All. World Health Organization.* mondo: Global Report.
- Arch, J. J. (2020). A randomized controlled trial of a multi-modal palliative care intervention to promote advance care planning and psychological well-being among adults with advanced cancer: study protocol. *BMC Palliate Care*, 13.
- Augusta Silveira, T. S. (2022). Risultati riportati dai pazienti in oncologia: cambiare prospettiva: una revisione sistematica. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8.
- Berardinelli, D. (2018, ottobre 10). Chemioterapia antineoplastica, scopo e via di somministrazioni . *Nurse24*, p. 2.
- Broadhurst, D. (2017). Management of Central Venous Access Device-Associated Skin Impairment: An Evidence-Based Algorithm. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 19.
- Campagna, S. G. (2018). Prevalence, Severity, and Self-Reported Characteristics of Taste Alterations in Patients Receiving Chemotherapy. *Oncol Nurse Forum*, 22.
- Carey, M. (2013). The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. *supportice care in cancer*, 10.
- Chan, E. A. (2019). Il punto di vista degli infermieri sulla loro comunicazione con i pazienti nei reparti di oncologia affollati: uno studio qualitativo. *plos one* , 22.
- Charalambous, A. (2014). Costruzione e validazione della scala di qualità dell'assistenza infermieristica oncologica (QONCS). *BMC Nursing*, 22.
- Ficth, M. I. (2016). Bisogni di cure di supporto insoddisfatti e desiderio di assistenza nei pazienti sottoposti a radioterapia: implicazioni per l'assistenza infermieristica oncologica. *Canadian oncology nursing journal* , 12.
- Gianfrancesco, F. (2013). PICC LINE, centrale da periferia: la gestione infermieristica. *Nurse 24*, 6.
- Kisling, L. A., & Das, J. M. (2023). Prevention Strategies. *StatPearls*, 20.
- Lewandoska, A. (2021). I problemi e le esigenze dei pazienti con diagnosi di cancro e dei loro caregiver. *Enviromental research and public health*, 10.
- Licu, I. (2023). Qualità della vita nei pazienti affetti da cancro: il moderno approccio psico-oncologico per la Romania: una revisione. *Current oncology*, 11.
- MasaKO, M. A. (2021). Bisogni di cure di supporto insoddisfatti e fattori associati tra i giovani malati di cancro adulti in Giappone. *BMC cancer*, 22.
- Miniotti. (2019). Supportive care needs, quality of life and psychological morbidity of advanced colorectal cancer patients. *Eur J Oncol Nurse*, 20.

- Momino, K. (2017). Intervento di cura collaborativa per i bisogni assistenziali percepiti delle donne con tumore al seno sottoposte a terapia adiuvante dopo l'intervento chirurgico: uno studio di fattibilità. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 15.
- Moore, P. M. (2018). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Library*, 23.
- Muunera. (2020). Unmet Emotional Support Needs Among Diverse Patients with Colorectal Cancer. *Am Surg*, 22.
- Nanni, M. G. (2018). Relationship of demoralization with anxiety, depression, and quality of life: A Southern European study of Italian and Portuguese cancer patients. *Psyconcolology*, 34.
- Paterson, C. (2023). What are the experiences of supportive care in people affected by brain cancer and their informal caregivers: A qualitative systematic review. *J cancer survivor*, 11.
- Ravioli, A. (2010). *Manuale di Oncologia per infermieri*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ream, E. (2020). Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *Cochrane Database system*, 22.
- Rohani, S. K. (2018). Empatia clinica con i pazienti oncologici: un'analisi del contenuto della percezione degli infermieri di oncologia. *Dovepress*, 22.
- Sakai, H. (2020). Differences in perception of breast cancer treatment between patients, physicians, and nurses and unmet information needs in Japan. *Support Care Cancer*, 12.
- Snowden, A. (2015). Valutazione della valutazione olistica dei bisogni nella cura ambulatoriale del cancro: uno studio randomizzato e controllato: il protocollo di studio. *BMJ Open*, 22.
- Vlasenko, S. V. (2019). Endovascular management of the peripherally inserted central venous catheter iatrogenic pinch-off syndrome: A case report. *Radiol Case Rep*, 33.
- Young, J. (2015). Improving the care of cancer. *Br J nurse*, 11.

ALLEGATI

Allegato I Classificazione istogenetica dei Tumori

Origine tissutale	T. benigno	T. maligno
Epitelio di rivestimento	Polipo/Papilloma	Carcinoma
Mesoteli	/	Epitelioma
Epiteli ghiandolari	Adenoma	Adenocarcinoma
Fibroblasti	Fibroma	Fibrosarcoma
Osteoblasti	Osteoma	Osteosarcoma
Adipociti	Lipoma	Liposarcoma
Condrociti	Condroma	Condrosarcoma
Meningi	Meningioma	/
Muscolo striato	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
Muscolo liscio	Leiomioma	Leiomiosarcoma
Astrociti	Astrocitoma	Glioblastoma
Neuroblasti	Ganglioneuroma	Neuroblastoma
Cellule Schwann	Schwannoma	/
Melanociti	Nevo	Melanoma
Tessuto emopoietico	/	Leucemia, linfomi e tumori plasmacellulari

Allegato II Principi di screening

È applicato a tutti i soggetti ritenuti asintomatici
rapporto costo/beneficio adeguato
Deve essere efficace nel portare beneficio nell'evoluzione clinica della patologia
Facile da eseguire

Allegato III Codice Europeo contro il Cancro

Tradotto dal Inglese al Italiano - www.onlinedoctranslator.com

CODICE EUROPEO CONTRO IL CANCRO

12 modi per ridurre il rischio di cancro

-
- 1 Non fumare. Non utilizzare alcuna forma di tabacco.
 - 2 Rendi la tua casa senza fumo. Sostieni le politiche antifumo sul posto di lavoro.
 - 3 Agire per mantenere un peso corporeo sano.
 - 4 Essere fisicamente attivi nella vita di tutti i giorni. Limita il tempo che trascorri seduto.
 - 5 Avere una dieta sana:
 - Mangiare molti cereali integrali, legumi, frutta e verdura.
 - Limitare gli alimenti ipercalorici (cibi ricchi di zuccheri o grassi) ed evitare bevande zuccherate.
 - Evitare la carne lavorata; limitare la carne rossa e i cibi ricchi di sale.
 - 6 Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limita l'assunzione. Non bere alcolici è meglio per la prevenzione del cancro.
 - 7 Evitare troppo sole, soprattutto per i bambini. Usa la protezione solare. Non utilizzare lettini.
 - 8 Sul posto di lavoro, proteggetevi dalle sostanze cancerogene seguendo le istruzioni in materia di salute e sicurezza.
 - 9 Scopri se sei esposto alle radiazioni derivanti da livelli di radon naturalmente elevati nella tua casa. Agire per ridurre i livelli elevati di radon.
 - 10 Per donne:
 - L'allattamento al seno riduce il rischio di cancro della madre. Se puoi, allatta il tuo bambino.
 - La terapia ormonale sostitutiva (HRT) aumenta il rischio di alcuni tumori. Limitare l'uso della terapia ormonale sostitutiva.
 - 11 Assicurati che i tuoi figli partecipino ai programmi di vaccinazione per:
 - Epatite B (per i neonati)
 - Papillomavirus umano (HPV) (per ragazze).
 - 12 Partecipare a programmi organizzati di screening del cancro per:
 - Cancro intestinale (uomini e donne)
 - Cancro al seno (donne)
 - Cancro cervicale (donne).
-

Alchilanti	-Mostarde azotate -Alcansolfonati -Nitrosuree -Aziridine -Procarbazina -Dialchitriazeni -Metilmelamine
Complessi di coordinazione con il platino	-Cisplatino -Carboplatino -Oxaplatino
Antimetaboliti	-Antagonisti dell'acido folico - Analoghi delle pirimidine -Analoghi delle purine -Nuovi antimetaboliti
Alcaloidi di origine vegetale	-Alcaloidi della Vinca -Taxani -Camptotechine
Antibiotici antitumorale	-Antracicline -Mitoxantrone -Antrapirazoli -Antibiotici non antraciclici
Miscellanei	-Amifostine -L-asparaginasi -Idrossiurea -Mitotane -Gallio nitrato -Suramina
Farmaci con meccanismo ad azione mirato	-Inibitori per i fattori di crescita ad attività tirosin-chinasica(cetuximab, gefitinib, imatinib, erlotinib)

	<ul style="list-style-type: none"> -Antiangiogenasi (bevacizumab,sunitinib, talidomite,pazopanib ecc) -Altri farmaci ad azione mirata (sorefenib, inibitori di MTor, Anti CD20+, ecc.)
Farmaci ad azione ormonale	<ul style="list-style-type: none"> -Tamoxifene -Antiaromatasici (anastrozolo, letrozolo, exemestane) -Antiandrogeni -Lh-Rh inibitori

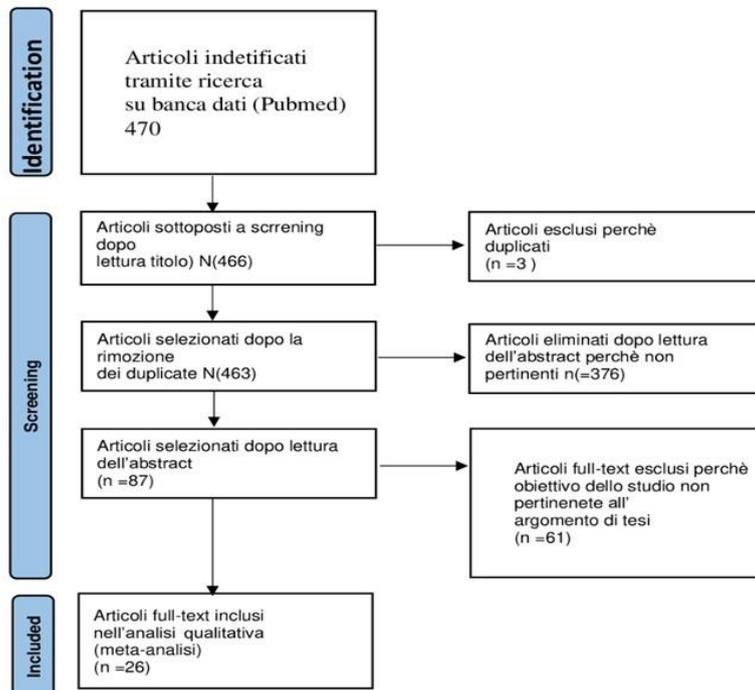
Allegato IV Tabella 8 classi principali di farmaci antitumorali

Allegato V – Tabella di ricerca

STRIMGHE DI RICERCA	LIMITI UTILIZZATI	ARTICOLI SELEZIONATI	ARTICOLI SELEZIONATI DOPO RIMOZIONE DUPLICATI E LETTURA TITOLO	ARTICOLI FINALI
(psychological needs) AND (cancer patient) and unmet needs	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	28 risultati	24 articoli	Quattro articoli
Needs assessment and oncology and unmet needs and adherence	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	15 articoli	Undici articoli	Quattro articoli
quality of life and unmet needs and oncology	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	29 articoli	26 articoli	Tre articoli
nursing care AND unmet needs and oncology and psychological needs	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	93 articoli	90 articoli	Tre articoli
psychological needs for unmet care needs and oncology	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	61 risultati	59 articoli	Due articoli

holistic needs assessment and cancer patients	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	76 risultati	69 articoli	Sette articoli
nurse oncology and quality of life and unmet needs	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	40 risultati	39 articoli	1 articolo
nursing skills on strategies and cancer patient	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	81 risultati	77 articoli	Quattro articoli
holistic needs assessment and cancer and unmet needs	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	Sette risultati	Cinque articoli	Due articoli
compassion fatigue and oncology nursing and management	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	15 risultati	14 articoli	1 articolo
quality of life and unmet need for psychological need and cancer and adherence	-ULTIMI 10 ANNI -FULL TEXT	Dieci risultati	Otto articoli	Quattro articoli

Allegato VI - Diagramma di flusso degli studi selezionati secondo PRISMA



Allegato VII – Tabella sinottica degli studi reperiti

N°	TITOLO	ANNO	AUTORE	TIPO DI STUDIO	CAMPIONE E SETTING	OBIETTIVI	RISULTATI	CONCLUSIONI
1	Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan	2021	-Masako Okamura -Maiko Fujimori , -Ayako Sato Yosuke Uchitomi	Studio trasversale	In un sondaggio trasversale basato sul web, sono stati valutati i bisogni di cure di supporto di 206 giovani adulti affetti da cancro. L'analisi di regressione multipla ha esaminato se i dati demografici, le variabili cliniche e il supporto sociale fossero associati a bisogni di cure di supporto insoddisfatti.	I giovani malati di cancro adulti spesso affrontano sfide uniche e hanno potenziali bisogni insoddisfatti. Questo studio mirava (1) a descrivere i bisogni insoddisfatti di cure di supporto tra i giovani adulti affetti da cancro in Giappone e (2) a identificare i fattori associati.	Hanno partecipato allo studio un totale di 206 pazienti (180 donne) con un'età media di 33,7 anni (DS = 4,3, range: 22-39). Centocinquantotto partecipanti (76,7%) hanno riportato almeno un bisogno di cure di supporto non soddisfatto. I primi 20 bisogni non soddisfatti includevano 9 dei 10 bisogni psicologici, 3 dei 5 bisogni fisici e di vita quotidiana, 8 degli 11 bisogni del sistema sanitario e di informazione e 1 dei 5 bisogni sessuali. L'analisi di regressione multipla ha rivelato che il PS percepito più scarso, l'esperienza di cambiamento nel	Oltre il 70% dei giovani malati di cancro adulti ha riferito di bisogni di cure di supporto insoddisfatti e la maggior parte di questi erano bisogni psicologici. I risultati suggeriscono potenziali opportunità di intervento per

							lavoro/scuola dopo una diagnosi di cancro e lo scarso supporto sociale erano significativamente associati a maggiori bisogni di cure di supporto.	affrontare i bisogni psicologici piuttosto che quelli fisici e informativi.
2	Analysis of the unmet needs of Palestinian advanced cancer patients and their relationship to emotional distress: results from a cross-sectional study	2022	-Hamoda Abu-Odah -Alex Molassiotis -Justina Yat Wa Liu	Studio trasversale	In un sondaggio trasversale basato sul web, sono stati valutati i bisogni di cure di supporto di 206 giovani adulti affetti da cancro. L'analisi di regressione multipla ha esaminato se i dati demografici, le variabili cliniche e il supporto sociale fossero associati a bisogni di cure di supporto insoddisfatti.	Sebbene a livello globale siano stati condotti numerosi studi per valutare le esigenze dei pazienti affetti da cancro in stadio avanzato, la maggior parte si è concentrata su un tipo specifico di cancro come il cancro al polmone o al seno. La variazione tra gli studi ha anche creato difficoltà nel generalizzare i risultati e nell'applicarli in altri paesi. Lo scopo di questo studio era quello di fornire informazioni	Il punteggio totale dei bisogni di cure di supporto era significativamente associato sia al disagio psicologico che alla qualità della vita. Dei 404 pazienti affetti da cancro invitati allo studio, 379 pazienti hanno acconsentito a partecipare e completare il questionario. Di questi, il 96,8% ha dichiarato di avere almeno un bisogno insoddisfatto di livello "moderato-alto". I bisogni	I pazienti palestinesi con cancro avanzato mostrano una prevalenza significativamente più elevata di bisogni insoddisfatti rispetto a quelli di altri paesi, indicando la necessità di

					complete sui bisogni dei pazienti palestinesi affetti da cancro avanzato. Sono stati valutati anche la qualità della vita (QOL), i livelli di disagio, la depressione, l'ansia e il benessere spirituale.	<p>insoddisfatti più frequenti erano quelli relativi agli aspetti fisici della vita quotidiana (media 58,94; SD ± 20,93) e psicologici (media 58,84; DS ± 19,49). La maggior parte dei pazienti (91%) era fisicamente malata e riferiva di aver manifestato sintomi fisici. Circa il 78,1% presentava un elevato livello di disagio. Quasi il 90% ha riportato segni di depressione e ansia. Sebbene sentissero che il loro benessere spirituale era buono, la loro qualità di vita era scarsa. Le analisi di regressione lineare gerarchica hanno confermato che il livello di istruzione, l'età, il sesso, lo stato civile, lo stadio del cancro, il tipo di</p>	sviluppare un programma di cure palliative all'interno del sistema sanitario. Hanno un grande bisogno di servizi fisici, emotivi/psicosociali, di autogestione e di altro tipo, che dovrebbero essere messi a loro disposizione, in particolare nella fornitura di routine delle cure
--	--	--	--	--	---	--	---

							cancro, i sintomi fisici, la depressione, l'ansia, il disagio, la QOL	contro il cancro.
3	Unmet needs related to the quality of life of advanced cancer patients in Korea: a qualitative study.	2020	Jeehee Pyo Minsu Ock, Mina Lee , Juhee Kim, Jaekyung Cheon , Juhee Cho , Jung Hye Kwon ,Hyeyeoung Kim - Hyeon-Su Im -Young Joo Min -Su-Jin Ko	Studio caso-campione	Sono state condotte quattro discussioni di focus group (FGD) con 15 pazienti affetti da cancro, seguendo un formato semi-strutturato per suscitare le percezioni sulla salute dei partecipanti, commenti su SPARC e opinioni sul ruolo dei professionisti medici per migliorare la qualità della vita correlata alla salute dei malati di cancro. pazienti. Abbiamo analizzato le trascrizioni letterali utilizzando un metodo di	È stato recentemente sottolineato che i bisogni insoddisfatti dei pazienti affetti da cancro dovrebbero essere valutati in modo più olistico, ad esempio esplorando le prospettive dei caregiver e le differenze culturali. Questo studio ha esplorato ulteriori domini o elementi di bisogni insoddisfatti tra i pazienti affetti da cancro coreani in riferimento allo Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care (SPARC).	Ne sono derivati i seguenti temi: vivere come malato di cancro, lottare per sconfiggere il cancro, cambiare atteggiamento nei confronti della vita dopo la diagnosi di cancro e modi per vivere una vita migliore come malato di cancro. I partecipanti hanno affermato l'importanza di fornire informazioni adeguate sul trattamento che siano facilmente comprensibili dai pazienti affetti da cancro durante la conversazione tra pazienti e professionisti medici. Oltre ai sintomi fisici identificati dallo SPARC, i partecipanti hanno lottato con	Questo studio ha identificato o ulteriori ambiti ed elementi di bisogni insoddisfatti dei pazienti affetti da cancro coreani e ha ampliato la comprensione dei bisogni insoddisfatti tra i pazienti affetti da cancro.

					analisi del contenuto.		intorpidimento delle mani e dei piedi e perdita di capelli. I malati di cancro coreani desideravano evitare di gravare sulla loro famiglia o su altri nella loro vita quotidiana. Hanno considerato il miglioramento dei comportamenti salutari, come la dieta e l'esercizio fisico, come parte del trattamento, che non si limitava ai farmaci. Inoltre, era fondamentale valutare il valore della vita dei malati di cancro	
4	Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a	2020	Tao Wang,. Alex Molassiotis, .Betty Pui .ManChung, and Jing-Yu Tan	Revisione della letteratura	Dieci database elettronici sono stati ricercati sistematicamente dall'inizio di ciascun database fino a dicembre 2016 per	Questa revisione sistematica mirava a identificare i bisogni assistenziali insoddisfatti e le variabili associate nei pazienti con cancro avanzato e negli operatori sanitari	Sono stati inclusi cinquanta studi e la loro qualità metodologica era generalmente solida. La prevalenza dei bisogni insoddisfatti variava tra gli studi.	Sia i pazienti affetti da cancro avanzato che i caregiver informali

	systematic review				<p>determinare gli studi ammissibili. Sono stati inclusi studi che consideravano i bisogni assistenziali insoddisfatti di pazienti adulti con cancro avanzato o di caregiver informali, indipendentemente dal disegno dello studio. Lo strumento di valutazione dei metodi misti è stato utilizzato per la valutazione della qualità degli studi inclusi. L'analisi del contenuto è stata utilizzata per identificare i bisogni non soddisfatti, mentre l'analisi descrittiva è stata adottata per sintetizzare altri risultati</p>	<p>informali, oltre a riassumere gli strumenti utilizzati per la valutazione dei bisogni.</p>	<p>Sono stati identificati dodici ambiti di bisogni insoddisfatti nei pazienti con cancro avanzato e sette tra i caregiver informali. I tre ambiti più comunemente segnalati dai pazienti erano i servizi e le informazioni psicologici, fisici e sanitari. Gli elementi non soddisfatti più importanti di questi domini erano il supporto emotivo (10,1–84,4%), l'affaticamento (18–76,3%) e “essere informati sui benefici e sugli effetti collaterali del trattamento” (4–66,7%). I bisogni insoddisfatti più comunemente identificati per gli operatori sanitari informali erano i bisogni di informazione,</p>	<p>hanno riportato un'ampia gamma di bisogni insoddisfatti legati al contesto. Sarebbe altamente ottimale esaminare i loro bisogni insoddisfatti sulla base della visione dei pazienti e dei loro caregiver informali come un'unità intera. I bisogni assistenziali insoddisfatti dovrebbero</p>
--	-------------------	--	--	--	---	---	---	--

							<p>comprese informazioni su malattie e cure (26-100%) e informazioni relative all'assistenza (21-100%). I bisogni insoddisfatti dei pazienti con cancro avanzato erano associati ai loro sintomi fisici, all'ansia e alla qualità della vita.N = 8) e questionario Problemi e bisogni nelle cure palliative (N = 5). La maggior parte degli studi inclusi hanno indagato i bisogni insoddisfatti dal punto di vista dei pazienti o degli operatori sanitari con un disegno di studio trasversale utilizzando valutazioni a singolo punto temporale.</p> <p>Inoltre, tra gli studi sono state identificate significative eterogeneità, comprese differenze nei contesti di studio, nei metodi di</p>	<p>o essere valutati in modo esaustivo dal punto di vista di tutte le parti interessate e interpretati utilizzando metodi di ricerca misti rigorosamente progettati e studi longitudinali all'interno di un dato contesto.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							valutazione, negli strumenti di misurazione, nelle classificazioni dei bisogni e nei metodi di reporting.	
5	Quality of Life in Cancer Patients: The Modern Psycho-Oncologic Approach for Romania-A Review	2023	Monica Licu 1, Claudiu Gabriel Ionescu 1, Sorin Paun 2	Revisione della letteratura	Gli studi inclusi nella revisione consistono in articoli pubblicati in lingua inglese sottoposti a revisione paritaria incentrati sull'esame delle attuali linee guida sull'approccio psico-oncologico e sulla loro relazione con la politica rumena.	Questo articolo fornisce una panoramica degli approcci noti alla valutazione della qualità della vita nei pazienti affetti da cancro e dei vari interventi per migliorare i risultati dei pazienti, con un focus sul contesto regionale dell'Europa orientale e sullo specifico contesto rumeno.	La valutazione della QOL nei pazienti oncologici è sempre più considerata un passaggio obbligato in questo complesso intervento sanitario. La misurazione della QOL riflette non solo l'impatto del trattamento medico e farmacologico, ma anche il benessere generale del paziente; ciò può suggerire ulteriori ambiti di intervento psico-oncologico. Sfortunatamente, questa pratica emergente è ancora in una fase iniziale in Romania.	Dopo la nostra revisione della letteratura e l'individuazione di pochi studi riguardanti la valutazione e della qualità della vita nei pazienti affetti da cancro in Romania, abbiamo scoperto che il QOLI è

								obbligatorio o nell'approccio psico-oncologico, non solo per le valutazioni e la raccolta dei dati,
6	Development and analysis of quality assessment tools for different types of patient information - nettsides, decision aids, question prompt lists, and videos	2023	Lena Jوسفeld 1, Jutta Huebner 2; Working Group Prevention and Integrative Oncology in the German Cancer Society	Studio trasversale	Abbiamo confrontato il contenuto e la struttura degli strumenti di valutazione della qualità per siti web, supporti decisionali per i pazienti (PDA), elenchi di domande (QPL) e video. Utilizzando i dati delle loro varie applicazioni, abbiamo calcolato la concordanza tra valutatori	Il nostro gruppo di lavoro ha sviluppato una serie di strumenti di valutazione della qualità per diversi tipi di materiale informativo per i pazienti. In questo documento esaminiamo e valutiamo questi strumenti e il loro processo di sviluppo negli ultimi otto anni.	Gli strumenti di valutazione differiscono per contenuto, struttura e durata, ma molti aspetti fondamentali sono rimasti durante lo sviluppo nel tempo. Abbiamo riscontrato una variazione relativamente ampia riguardo alla quantità di aspetti di qualità combinati in un unico elemento, che può influenzare il peso di tali aspetti nei punteggi finali del materiale	Tutti e quattro gli strumenti di valutazione sono pronti per essere utilizzati da persone con competenze diverse. Tuttavia, competenze diverse possono portare ad

					utilizzando il metodo W		<p>valutato. La concordanza tra valutatori era buona in quasi tutte le applicazioni dello strumento. Sottogruppi con competenze simili hanno mostrato tassi di concordanza più elevati rispetto all'accordo complessivo.</p> <p>alcune differenze nelle valutazioni risultanti quando si utilizzano gli strumenti. La prospettiva del laico e del paziente deve essere ulteriormente esplorata e presa in stretta considerazione durante il perfezionamento degli strumenti.</p>	
7	Supportive care needs and	2023	Astrid Schnabel 1, Florian Lordick 1, Paula Oberth 2,	Studio caso campione	In questo studio trasversale è stato	I pazienti affetti da cancro che ricevono cure	Tra gli otto domini specifici esaminati, i	I risultati mostrano

	<p>health-related quality of life in cancer patients receiving palliative care.</p>		<p>Markus Neuschulz 2, Antje Lehmann-Laue 2, Anja Mehnert-Theuerkauf 2, Andreas Hinz 2</p>		<p>incluso un campione di 152 pazienti affetti da cancro sottoposti a cure palliative. Sono state definite e valutate otto dimensioni della QoL riguardanti SCN, soddisfazione e importanza soggettiva utilizzando un nuovo strumento di valutazione con scale a cinque punti (intervallo 1–5) per ciascuna dimensione</p>	<p>palliative sperimentano una serie di disturbi nella loro qualità di vita (QoL) e hanno corrispondenti bisogni di cure di supporto (SCN). Lo scopo di questo studio era di analizzare la relazione tra SCN, soddisfazione per le dimensioni della QoL e l'importanza percepita di queste dimensioni</p>	<p>SCN maggiori sono stati osservati per assenza di dolore (M = 3,18; SD = 1,29). I pazienti erano meno soddisfatti del loro funzionamento fisico (M = 2,60; SD = 0,84) e la dimensione delle relazioni sociali (M = 4,14; SD = 0,72) ha ricevuto i punteggi di importanza percepita più alti. I punteggi SCN delle otto dimensioni erano significativamente correlati tra loro (r compreso tra 0,29 e 0,79); le correlazioni più basse sono state riscontrate per le relazioni sociali. Le correlazioni tra i punteggi di soddisfazione e gli SCN differivano da dimensione a dimensione, con coefficienti compresi tra -0,32 (assenza di</p>	<p>che i detrimenti nella QoL non indicano automaticamente alti livelli di SCN in quelle dimensioni. Gli operatori sanitari dovrebbero o considerare entrambi i fattori, la QoL (misurata con questionari QoL) e gli SCN espressi soggettivamente, per ottimizzare i regimi di cura dei</p>
--	---	--	--	--	--	---	--	---

							dolore) e -0,57 (qualità del sonno).	loro pazienti.
8	The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients.	2013	Mariko Carey, corresponding author ¹ Sylvie Lambert, ² Rochelle Smits, ³ Chris Paul, ⁴ Rob Sanson-Fisher, ⁵ and Tara Clinton-McHarg ⁶	Revisione della letteratura	Sono state effettuate una ricerca bibliografica elettronica su Medline per esplorare le tendenze nel numero di pubblicazioni sui bisogni insoddisfatti dei pazienti e un'ulteriore ricerca bibliografica sui database Medline, CINAHL, PsychINFO e Web of Science per identificare studi di ricerca metodologicamente rigorosi che hanno valutato gli interventi per ridurre i bisogni	Questa revisione mirava a esaminare (a) le tendenze nel numero di pubblicazioni sui bisogni insoddisfatti nel tempo e (b) l'efficacia degli interventi progettati per ridurre i bisogni insoddisfatti tra i pazienti affetti da cancro.	Le pubblicazioni annuali sui bisogni insoddisfatti sono aumentate nel tempo, e la maggior parte riguarda la ricerca descrittiva. Sono stati identificati nove studi rilevanti. Sei studi non hanno riportato alcun effetto di intervento. Tre studi hanno riportato che i partecipanti all'intervento avevano un numero inferiore di bisogni insoddisfatti o un punteggio inferiore per i bisogni insoddisfatti, rispetto ai partecipanti al controllo. Di questi, uno studio ha rilevato che il gruppo di intervento aveva meno bisogni di cure di	Le ragioni della variabilità dei risultati tra gli studi e la limitata efficacia degli interventi sui bisogni non soddisfatti vengono discusse in modo più ampio. Questi includono inadeguatezze nel rigore psicometrico, problemi con i

					insoddisfatti. condotto.		supporto e punteggi medi di depressione più bassi; uno studio ha rilevato che i partecipanti all'intervento con elevate capacità di problem solving avevano meno bisogni insoddisfatti al follow- up; e uno studio ha riscontrato un effetto a favore del gruppo di intervento sui punteggi del sottoscala dei bisogni psicologici.	metodi di punteggio, l'uso di interventi inefficaci e la mancanza di aderenza ai protocolli di intervento
--	--	--	--	--	-----------------------------	--	--	---

9	Patient reported outcomes in oncology: changing perspectives-a systematic review.	2013	Mariko Carey 1, Sylvie Lambert, Rochelle Smits, Chris Paul, Rob Sanson-Fisher, Tara Clinton-McHarg	Revisione della letteratura	Una ricerca bibliografica elettronica su Medline per esplorare le tendenze nel numero di pubblicazioni sui bisogni non soddisfatti dei pazienti e un'ulteriore ricerca bibliografica sui database Medline, CINAHL, PsychINFO e Web of Science per identificare studi di ricerca metodologicamente rigorosi che hanno valutato gli interventi per ridurre i bisogni non soddisfatti sono state condotte le esigenze.	Questa revisione mirava a esaminare (a) le tendenze nel numero di pubblicazioni sui bisogni insoddisfatti nel tempo e (b) l'efficacia degli interventi progettati per ridurre i bisogni insoddisfatti tra i pazienti affetti da cancro.	le pubblicazioni annuali sui bisogni non soddisfatti sono aumentate nel tempo, e la maggior parte riguarda la ricerca descrittiva. Sono stati identificati nove studi rilevanti. Sei studi non hanno riportato alcun effetto di intervento. Tre studi hanno riportato che i partecipanti all'intervento avevano un numero inferiore di bisogni insoddisfatti o un punteggio inferiore per i bisogni insoddisfatti, rispetto ai partecipanti al controllo. Di questi, uno studio ha rilevato che il gruppo di intervento aveva meno bisogni di cure di supporto e punteggi medi di depressione più bassi; uno studio ha rilevato che i partecipanti	le ragioni per la variabilità dei risultati tra gli studi e la limitata efficacia degli interventi sui bisogni non soddisfatti sono discusse in modo più ampio. Questi includono inadeguatezze nel rigore psicometrico, problemi con i metodi di punteggio, l'uso di interventi inefficaci e
---	---	------	--	-----------------------------	---	---	--	--

							all'intervento con elevate capacità di problem solving avevano meno bisogni insoddisfatti al follow-up; e uno studio ha riscontrato un effetto a favore del gruppo di intervento sui punteggi del sottoscala dei bisogni psicologici.	la mancanza di aderenza ai protocolli di intervento
10	Unmet Emotional Support Needs Among Diverse Patients with Colorectal Cancer	2020	Muneera R. Kapadia, MD, MME, ¹ Christine M. Veenstra, MD, MSHP, ² Rachel E. Davis, PhD, MPH, ³ Sarah T. Hawley, PhD, MPH, ² and Arden M. Morris, MD, MPH ⁴	Studio trasversale	Abbiamo intervistato i pazienti con CRC dei registri di sorveglianza, epidemiologia e risultati finali di Detroit e Georgia sulla quantità e la qualità del supporto emotivo ricevuto da diverse fonti. Abbiamo testato le differenze utilizzando il test chi quadrato, i test t	Il supporto sociale, che è in parte supporto emotivo, è associato all'adesione al trattamento del cancro del colon-retto (CRC), alla qualità della vita e alla sopravvivenza. Abbiamo ipotizzato che i bisogni, le fonti e la disponibilità di supporto emotivo possano variare in base alla razza e al reddito tra i pazienti con CRC e abbiamo cercato di quantificare il supporto emotivo e	Ci sono stati 1.909 pazienti che soddisfacevano i criteri di inclusione e 1.301 (68%) hanno completato i sondaggi. Tra gli intervistati, il 68% erano bianchi, il 25% neri e il 7% altri. I pazienti neri avevano maggiori probabilità di essere donne e più giovani e riferivano un reddito annuale e un livello di istruzione inferiori. I pazienti hanno riferito un	La maggior parte dei pazienti ha riferito un elevato supporto emotivo da almeno 1 fonte. I pazienti neri erano maggiormente a rischio di scarso supporto o

					<p>e la regressione logistica.</p>	<p>l'adeguatezza percepita del supporto riportato dai pazienti.</p>	<p>elevato sostegno da diverse fonti. Tra quelli con un coniuge/partner (58%), il 95% ha segnalato alti livelli di sostegno; tuttavia, i pazienti più anziani, neri, donne o a basso reddito avevano meno probabilità di avere coniugi/partner ($P < 0,001$). I pazienti hanno anche sostenuto un elevato sostegno da parte della famiglia (88,6%), di persone importanti (82,9%) e dei medici (71,3%). I pazienti neri avevano meno probabilità rispetto ai pazienti bianchi di riferire un supporto "giusto" ($P < 0,001$)</p>	<p>di bisogni di supporto insoddisfatti. Il sostegno del coniuge/partner era importante ma disponibile solo per il 58% degli intervistati. I pazienti a rischio di bisogni di supporto emotivo insoddisfatti possono beneficiare di risorse di supporto aggiuntive.</p>
--	--	--	--	--	------------------------------------	---	--	---

11	Collaborative care intervention for the perceived care needs of women with breast cancer undergoing adjuvant therapy after surgery: a feasibility study.	2016	Kanae Momino, 1 Miyashita Mitsunori, 2 Hiroko Yamashita, 3 Tatsuya Toyama, 4 Hiroshi Sugiura, 5 Nobuyasu Yoshimoto, 5 Kei Hirai, 6 e Tatsuo Akechi 7	Studio trasversale	La fattibilità del programma è stata valutata dalla percentuale di donne che hanno aderito all'intervento e dalla percentuale di adesione al programma. I risultati autodichiarati sono stati misurati mediante il Supportive Care Needs Survey– Short Form 34 (SCNS-SF34), il Profile of Mood States (POMS), il questionario sulla qualità della vita dell'Organizzazione europea per la ricerca e il trattamento del cancro (EORTC QLQ-C30), la scala di preoccupazione per la recidiva e la soddisfazione pre e	Questo studio mirava a indagare la fattibilità di un programma di intervento per le donne con cancro al seno sottoposte a terapia antitumorale adiuvante e a determinare la sua efficacia preliminare nel ridurre i loro bisogni insoddisfatti e il disagio psicologico	In totale, 40 pazienti hanno partecipato a questo studio. Il tasso di partecipazione all'intervento è stato del 68% e il tasso di adesione è stato del 93%. I partecipanti avevano migliorato significativamente i punteggi sui bisogni totali percepiti, sui bisogni fisici e sui bisogni psicologici sul SCNS-SF34; vigore e confusione sul POMS e sulla funzione (fisica, emotiva e cognitiva), nausea e vomito, dispnea, perdita di appetito e difficoltà finanziarie sull'EORTC QLQ-C30 rispetto alla valutazione di base	I nostri risultati hanno indicato che il programma di intervento era fattibile. Sono necessari ulteriori studi per dimostrare l'efficacia del programma nel ridurre i bisogni insoddisfatti.
----	--	------	---	--------------------	--	---	--	--

					post-intervento rispetto alle cure mediche			
12	Unmet supportive care needs and desire for assistance in patients receiving radiation treatment: Implications for oncology nursing.	2016	Margaret I Fitch 1, John Maamoun 2	Studio longitudinale	Un sondaggio self-report sulle esigenze di cure di supporto è stato completato da un campione di convenienza di 115 pazienti nei giorni cinque, sette e 16 durante il ciclo di radiazioni. .	I bisogni di cure di supporto non soddisfatti possono contribuire al disagio emotivo e alla ridotta qualità della vita dei pazienti affetti da cancro. Abbiamo intrapreso una valutazione delle esigenze di terapia di supporto per i pazienti sottoposti a radioterapia per fornire una base per la pianificazione del programma.	I bisogni fisici insoddisfatti più frequentemente identificati in tutti e tre i casi sono stati affaticamento (33%-49%), pelle secca e pruriginosa (24%-37%) e difficoltà di sonno (23%-30%). Il numero di pazienti che citano questi bisogni insoddisfatti è aumentato significativamente durante il periodo di studio. Nell'ambito emotivo, la preoccupazione (34,5%) è stata citata più frequentemente il quinto giorno. Il numero di individui che esprimevano preoccupazione non è diminuito in modo	Questo studio sottolinea la necessità di un processo definito o intenzionale e per valutare i bisogni di cure di supporto e il desiderio del paziente di assistenza o aiuto con bisogni insoddisfatti.

							significativo entro il giorno 16. In tutti i domini e nei singoli elementi, vi è stata un'ampia variazione nella percentuale di individui che avevano un bisogno insoddisfatto e indicavano anche di volere aiuto per quel bisogno insoddisfatto. Questo modello è rimasto costante nel tempo	
13	A randomized controlled trial of a multi-modal palliative care intervention to promote advance care planning and psychological well-being among adults with advanced cancer: study protocol.	2022	Arco Joanna J 1 2, Jill L Mitchell 3, Sarah J. Schmiege 4, Michael E. Levin 5, Sarah R Genung 6, Madeline S Nealis 6, Regina M. Fink 7 8, Emma E. Luminosa 6, David J. Andorsky 3, Jean S. Kutner 8	Studio randomizzato e controllato	Uno studio prospettico randomizzato e controllato (RCT) a due bracci randomizza 240 adulti con tumore solido in stadio IV (e stadio III selezionato) che riferiscono sintomi di ansia o depressione da moderati ad elevati all'intervento	Presentiamo un protocollo di studio per un intervento di cure palliative multimodale innovativo, erogato a distanza, basato sull'accettazione, che affronta la pianificazione anticipata delle cure (ACP) e i bisogni psicologici insoddisfatti comunemente sperimentati dagli adulti con cancro metastatico.	L'esito primario è il completamento dell'ACP; gli esiti secondari includono sintomi di ansia e depressione, paura di morire e senso del significato della vita. Le relazioni tra i sintomi di ansia/depressione e l'ACP saranno valutate in modo trasversale e longitudinale e saranno esaminati i presunti	Tra gli adulti con cancro avanzato in contesti oncologici di comunità, questo RCT fornirà prove riguardanti l'efficacia dell'intervento ACT di

					multimodale o alle cure abituali.		mediatori basati sulla teoria.	gruppo sull'ACP e sugli esiti psicosociali, nonché esaminerà la relazione tra ACP e sintomi di ansia/depressione. Questo studio mira a far avanzare la scienza delle cure palliative e a informare la pratica clinica.
14	Differences in perception of breast cancer treatment between patients, physicians, and nurses and	2020	Haruna Sakai 1, Megumi Umeda 2, Hiromi Okuyama 3, Seigo Nakamura 4	Studio randomizzato	Medici e infermieri coinvolti nel trattamento del cancro al seno e pazienti che avevano ricevuto chemioterapia per il cancro al seno	Esistono discrepanze tra le percezioni degli operatori sanitari e dei pazienti riguardo al trattamento del cancro al seno. Cambiamenti significativi del trattamento negli ultimi	Gli intervistati includevano 207 pazienti, 185 medici e 150 infermieri. Pazienti e infermieri hanno classificato in modo simile i problemi fisici dolorosi; le classifiche	sono state identificate aree specifiche di miglioramento nella cura delle

	<p>unmet information needs in Japan.</p>				<p>(negli ultimi cinque anni) sono stati intervistati utilizzando un sondaggio su Internet. I partecipanti hanno classificato le preoccupazioni fisiche (effetti collaterali del trattamento), le preoccupazioni psicologiche, le priorità per la selezione del trattamento e gli effetti collaterali da evitare durante il trattamento. Ai pazienti è stato chiesto quali fossero le informazioni/fonti di informazione sul trattamento desiderato. Le classifiche sono state calcolate utilizzando il valore medio dei</p>	<p>dieci anni hanno reso necessaria una rivalutazione di queste percezioni.</p>	<p>dei medici differivano. La qualità della vita (QoL) e la risposta al trattamento si sono classificate ai primi posti tra medici e pazienti quando si considerava il trattamento futuro; gli infermieri hanno dato priorità alla QoL. Tutti e tre i gruppi erano generalmente d'accordo sulla classificazione dei problemi psicologici sperimentati durante la chemioterapia, sulla spiegazione delle opzioni di trattamento e su come venivano prese le decisioni terapeutiche, sebbene la maggior parte dei pazienti ritenesse che le decisioni terapeutiche dovessero essere prese in modo indipendente. Gli operatori sanitari hanno riferito di aver fornito spiegazioni sugli effetti</p>	<p>pazienti affette da cancro al seno; dovr ebbero essere attuati programmi per affrontare i bisogni insoddisfatti e migliorare il trattamento o in queste aree.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---	--

					<p>punteggi. La correlazione dei ranghi di Spearman è stata utilizzata per determinare la concordanza delle classifiche tra i gruppi.</p>		<p>collaterali del trattamento e informazioni sulle opzioni di supporto fisico/psicologico, mentre i pazienti ritenevano che entrambi fossero carenti. La concordanza è stata calcolata come 0,47 (paziente-medico), 0,83 (paziente-infermiere) e 0.76 (medico-infermiere). I pazienti desideravano ulteriori informazioni, preferendo gli operatori sanitari come fonte.</p>	
15	Improving the care of cancer patients: holistic needs assessment	2015	Jenny Young, Audrey Cund, Marian Renshaw, Angela Quigley and Austyn Snowden	Revisione della letteratura	<p>Questo documento di discussione presenta una revisione delle valutazioni olistiche dei bisogni (HNA) nella cura dei pazienti affetti da cancro. Gli HNA comportano una revisione strutturata dei bisogni del</p>	<p>Questo articolo discute quale ruolo le capacità di comunicazione e la fiducia del medico possono avere sull'uso degli HNA nella pratica e suggerisce una strategia per supportare gli HNA che diventano la soluzione norma.</p>	<p>L'HNA è un metodo per facilitare l'assistenza centrata sulla persona. Tuttavia, la letteratura indica che gli operatori sanitari potrebbero non avere le competenze e/o la sicurezza necessarie per valutare i bisogni olistici dei pazienti (Madden, 2006).</p>	<p>Vi è un crescente riconoscimento, sia dal punto di vista politico che morale, dei benefici degli HNA.</p>

					<p>paziente così come articolati dal paziente. Questa discussione porta quindi a un piano di cura fondato su questioni pertinenti a quel paziente. Nonostante le linee guida politiche ne sostengano l'uso, ci sono ostacoli da superare per integrare gli HNA nelle cure di routine. Questo articolo discute quale ruolo le capacità di comunicazione e la fiducia del medico possono avere sull'uso degli HNA nella pratica e suggerisce una strategia per supportare gli HNA che diventano la soluzione norma.</p>		<p>Buone capacità di comunicazione, in particolare capacità di ascolto, sono un requisito fondamentale per qualsiasi operatore sanitario a diretto contatto con una persona malata di cancro. Le capacità comunicative sono particolarmente importanti per intraprendere HNA poiché le conversazioni possono portare i pazienti a rivelare dettagli personali o intimi (NCAT, 2011a). Tuttavia, è riconosciuto che questo processo è strettamente correlato alla fiducia del professionista sanitario di poter svolgere tale compito</p>	<p>Tuttavia, non sono stati adottati su larga scala nel Regno Unito. Pertanto, è necessaria una maggiore comprensione delle sfide associate alla sua attuazione.</p> <p>C</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	---

16	The Problems and Needs of Patients Diagnosed with Cancer and Their Caregivers	2020	Anna Lewandowska 1, Grzegorz Rudzki 2, Tomasz Lewandowski 3, Sławomir Rudzki 4	Revisione della letteratura	tra il 2018 e il 2020 è stata condotta un'indagine sulla popolazione. I pazienti affetti da cancro e i loro caregiver hanno ricevuto un invito a prendere parte alla ricerca, in modo da poter valutare i loro problemi e bisogni	Come mostra l'analisi della letteratura, i pazienti affetti da cancro sperimentano una varietà di bisogni diversi. Ogni paziente reagisce in modo diverso alle difficoltà della malattia. La valutazione dei bisogni consente di fornire un supporto più efficace, pertinente al vissuto individuale di ogni persona, ed è necessaria per stabilire le priorità nell'allocazione delle risorse, per pianificare e condurre cure olistiche, cioè, progettate per migliorare in modo significativo la qualità della vita del paziente. (Lo studio ha coinvolto 800 pazienti, 78% donne e 22% uomini. Il 66% dei soggetti erano residenti in villaggi, mentre il 34% residenti in città. L'età media dei pazienti era di 62 anni, DS = 11,8. I pazienti hanno ricevuto cure adeguate nell'ambito della sanità pubblica. Il gruppo intervistato di operatori sanitari era composto per l'88% da donne e per il 12% da uomini, per il 36% da residenti in villaggi e per il 64% da residenti in città. I soggetti avevano in media 57 anni, DS 7,8. Al momento della diagnosi, i soggetti provavano più spesso ansia, disperazione, depressione, sentimenti di impotenza (46%, IC 95%: 40-48). Durante la malattia e il trattamento, i soggetti	I pazienti con diagnosi di cancro presentano un elevato livello di bisogni insoddisfatti, soprattutto in termini di supporto psicologico e informazioni mediche. Anche i loro caregiver sperimentano bisogni e preoccupazioni riguardo alla malattia. I caregiver
----	---	------	--	------------------------------------	---	--	--	---

							si sentivano più spesso affaticati (79%, IC 95%: 70-80). L'analisi dei bisogni ha mostrato che il 93% (IC 95%: 89-97) dei pazienti ha sperimentato un certo livello di bisogno di aiuto in uno o più aspetti.	dovrebbero o essere informati delle conseguenze sulla salute del cancro e prendere in considerazione un'adeguata terapia di supporto per i loro cari.
17	Evaluating holistic needs assessment in outpatient cancer care--a randomised controlled trial: the study protocol	2015	Austyn Snowden 1, Jenny Young 2, Craig White 3, Esther Murray 4, Claude Richard 5, Marie-Therese Lussier 5, Ewan MacArthur 6, Dawn Storey 7, Stefano Schipani 8, Duncan Wheatley 9, Jeremy McMahon 10, Elaine Ross 10	Studio caso-campione	Lo studio è ospitato da dieci cliniche oncologiche ambulatoriali nella Scozia occidentale e nel sud-ovest dell'Inghilterra. I partecipanti sono pazienti con diagnosi di cancro della testa e del collo, della mammella, urologico,	Questo studio mira a stabilire (1) come l'HNA influenza il tipo di conversazione che si svolge durante una consultazione clinica e (2) come questi presunti cambiamenti influiscono sul processo decisionale condiviso e sull'autoefficacia.		questo studio ha ricevuto parere favorevole dal Comitato etico della ricerca della Scozia occidentale e dalla Ricerca e

					<p>ginecologico e del colon-retto che hanno ricevuto un trattamento per il loro cancro. I pazienti vengono randomizzati in un gruppo di intervento o di controllo. Il gruppo di controllo prevede una consultazione di routine di cura standard tra il paziente e il medico. Nel gruppo di intervento, il paziente completa una valutazione olistica dei bisogni prima della consultazione. La valutazione completata viene quindi consegnata al medico dove informa una discussione basata sui bisogni e sulle preoccupazioni del</p>			<p>sviluppo dell'NHS. I risultati dello studio saranno divulgati attraverso pubblicazioni sottoposte a revisione paritaria e partecipazione a conferenze</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					paziente da lui identificati.			
18	Validation of the electronic Holistic Needs Assessment	2015	Austyn Snowden Mick Fleming	Studio trasversale	Non è stata effettuata alcuna analisi psicometrica di questo strumento e quindi la sua validità e affidabilità non sono state testate	Lo scopo di questo studio era di valutare le proprietà psicometriche dell'eHNA esaminando la sua validità di costruito	Gli obiettivi sono stati raggiunti attraverso un'analisi secondaria di 5421 risposte all'eHNA utilizzando l'applicazione simultanea dell'analisi Rasch e dell'analisi delle componenti principali. Tutti gli elementi tranne uno si adattano al modello di classificazione Rasch ed erano ugualmente importanti per le persone. Il funzionamento differenziale degli item era evidente a seconda che le persone fossero descritte come curative o meno. Una soluzione a 12 fattori spiegava una varianza del 46%. Di questo, il fattore emotivo/spirituale spiega la maggiore varianza, pari al	È meglio dirigere l'attenzione e clinica sui singoli elementi evidenziati dal paziente, tranne nei casi in cui i pazienti controllano troppi problemi perché il medico possa stabilire con precisione la priorità. Solo in questi casi, il fattore emotivo/spirituale può aiutare

							15%. L'eHNA era internamente coerente e concettualmente coerente con il costruito della valutazione olistica dei bisogni	a identificare un'azione clinica appropriata. Vengono discussi i punti di forza e di debolezza delle analisi,
19	Relationship of demoralization with anxiety, depression, and quality of life: A Southern European study of Italian and Portuguese cancer patients	2018	Maria Giulia Nanni 1, Rosangela Caruso 1, Luzia Travado 2, Cidalia Ventura 3, Alessandra Palma 4, Alejandra M Berardi 5, Elena Meggiolaro 5, Federica Ruffilli 5, Cristina Martins 3, David Kissane 6, Luigi Grassi	studio osservazionale trasversale	Un campione di convenienza di 195 pazienti ambulatoriali oncologici provenienti da due centri oncologici (102 da Lisbona, Portogallo, e 93 da Ferrara, Italia) ha partecipato a uno studio osservazionale trasversale utilizzando i criteri diagnostici dell'intervista sulla demoralizzazione	Estendere la conoscenza della demoralizzazione nell'Europa meridionale esaminando la sua prevalenza secondo diversi metodi di valutazione, la sua relazione con ansia e depressione e il suo impatto sulla qualità della vita (QoL) tra i pazienti affetti da cancro.	nell'intervista DCPR/D è stata riportata una prevalenza del 25,1% (CI 95%, 0,19-0,31) di demoralizzazione clinicamente rilevante. Un punteggio di cut-off del punteggio di demoralizzazione totale ≥ 25 ha massimizzato la sensibilità (81,6%) e la specificità (72,6%) nell'identificazione dei pazienti demoralizzati DCPR/D. DCPR/D e DS erano associati a livelli più bassi di	questo studio dell'Europa meridionale e conferma l'importanza della demoralizzazione nei pazienti affetti da cancro come una condizione diversa rispetto alla

					della ricerca psicosomatica (DCPR/D) e strumenti psicometrici (Demoralization scale-DS; Patient Health Questionnaire-9/PHQ-9; Hospital Anxiety Depression Scale-HADS; e European Quality of Life-5-EQ-5D).		QoL. Circa la metà dei pazienti demoralizzati non erano clinicamente depressi (PHQ-9). Ideazione suicidaria auto-riferita (PHQ-9 item 9) è stata riscontrata in una minoranza di pazienti (8,2%), la maggior parte dei quali (77%) erano casi di depressione (PHQ-9), ma un quarto (23%) era non depresso, ma moderatamente/severamente demoralizzato (DCPR/D e DS).	depression e e la sua relazione con la scarsa QoL e l'ideazione suicidaria.
20	Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS)	2014	Andreas Charalambous 1, Theodoula Adamakidou 2	Studio qualitativo	Lo sviluppo della scala è avvenuto attraverso tre fasi. Come parte della prima fase di sviluppo, le aree problematiche e gli elementi di interesse sono stati identificati attraverso una revisione della letteratura. La	Lo scopo principale era quello di sviluppare un questionario autosomministrato specifico per il cancro che esplorasse le opinioni dei pazienti sulla qualità dell'assistenza infermieristica fornita in ambito oncologico.	il QONCS era composto da 34 item. Un'analisi fattoriale ha raggruppato gli elementi in cinque categorie che definiscono l'assistenza infermieristica di qualità: a) Essere supportato e confermato, b) Cura spirituale c) Senso di	QONCS sembra misurare con adeguata affidabilità e validità gli attributi dell'assistenza infermieristica di qualità

					<p>seconda fase prevedeva uno studio pilota del QONCS e una successiva fase di validazione attraverso uno studio multicentrico in 3 ospedali, 4 dipartimenti e 418 pazienti con diagnosi di cancro e in cura come ricoverati. Lo studio è stato progettato per selezionare elementi, identificare dimensioni, misurare l'affidabilità, il contenuto e costruire la validità.</p>		<p>appartenenza, d) Essere valorizzato ed è) Essere rispettato. L'alfa di Cronbach era 0,95 per l'intero questionario. La soluzione fattoriale spiega il 68,53% della varianza.</p>	<p>all'interno dei contesti oncologici e nei pazienti con una varietà di diagnosi di cancro e in diverse fasi del percorso del cancro. Lo strumento è rapido da diffondere e facile da completare, rendendolo uno strumento adatto ai professionisti infermieristici per valutare la qualità</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--

								dell'assistenza infermieristica percepita dai pazienti come mezzo per promuovere e la qualità dell'assistenza fornita in ambito oncologico
21	Nurses' perspectives on their communication with patients in busy oncology wards: A qualitative study	2018	E Angela Chan , Pak Lik Tsang , Shirley Siu Yin Ching , F Y Wong , Winsome Lam	Studio di un'intervista qualitativa	Focus group e interviste individuali sono stati condotti con undici infermieri oncologici ospedalieri a Hong Kong dal 2 luglio 2017 al 2 gennaio 2018.	esaminare come gli infermieri oncologici vedono la loro comunicazione con i pazienti e come affrontano i bisogni psicosociali dei pazienti nei reparti affollati.	un'analisi tematica qualitativa dei dati ha individuato tre temi: 1. Assistenza psicosociale intenzionale e non intenzionale di secondaria importanza; 2. Gestire un ambiente emotivamente sfidato; 3. Mentoring e apprendimento.	Gli ambienti oncologici sono ambienti con limiti di tempo ed emotivamente carichi per gli infermieri, e fornire assistenza psicosocial

									e ai pazienti è una preoccupa zione secondaria . Sebbene sia possibile utilizzare strategie proattive per evitare i reclami dei pazienti, essere aperti e soddisfare le esigenze individuali dei pazienti è altrettanto importante per evitare blocchi nella comunicaz ione infermiere-
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

									<p>paziente. Nonostante il coinvolgimento emotivo e le tensioni, le strategie di follow-up positive utilizzate dagli infermieri per gestire le emozioni dei pazienti e fornire assistenza psicosociale e riflettono buone pratiche. Sono necessari leadership e supporto per affrontare la</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								percezione degli infermieri secondo cui la loro formazione e comunicativa è stata inefficace e la loro capacità di gestire emozioni forti carente.
22	Clinical empathy with cancer patients: a content analysis of oncology nurses' perception	2018	Camelia Rohani , Maryam Sedaghati Kesbakhi , Jamileh Mohtashami	Studio caso campione	In questo studio qualitativo, 15 infermieri oncologici sono stati selezionati mediante campionamento mirato. Con ciascuno dei partecipanti è stata condotta un'intervista semi-strutturata faccia a faccia. Dopo la raccolta dei dati,	scopo di questo studio è stato quello di esplorare il contenuto dell'empatia clinica con i pazienti oncologici dal punto di vista degli infermieri oncologici.	L'empatia clinica ha mostrato un costrutto composito con cinque categorie principali, tra cui compresenza (presenza fisica ed emotiva), metacognizione (autoconsapevolezza dei processi mentali), percezione (conoscenza della consapevolezza degli individui), intrinseca (genetica) e	L'empatia clinica come strategia efficace può essere insegnata attraverso tre aree di "co-presenza", "metacognizione" e "percezione" nel

					tutte le interviste sono state trascritte e riviste, quindi sono stati estratti i codici primari, le sottocategorie e le categorie. I dati sono stati analizzati con il metodo convenzionale di analisi del contenuto tramite il software MAXQDA 10.		didattica (natura istruttiva).	contesto della cura del cancro. Per tanto, l'empatia clinica dovrebbe essere considerata come uno degli standard di competenza a che possono essere insegnati agli infermieri oncologici.
23	Telephone interventions for symptom management in adults with cancer	2020	Emma Ream , Amanda Euesden Hughes , Anna Cox , Katy Skarparis , Alison Richardson , Vibe H Pedersen , Theresa Wiseman , Angus Forbes , Andrew Bryant	Revisione della letteratura	Abbiamo effettuato ricerche nei seguenti database: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL; 2019, numero 1); MEDLINE tramite OVID (dal	valutare l'efficacia degli interventi telefonici per ridurre i sintomi associati al cancro e al suo trattamento. Determinare quali sintomi rispondono maggiormente agli interventi telefonici. Determinare	Gli studi hanno misurato sintomi di ansia, depressione, disagio emotivo, incertezza, stanchezza e dolore, nonché sintomi legati al sesso e intensità e/o disagio generale dei sintomi. Gli interventi	Gli interventi telefonici forniscono un modo conveniente e per supportare l'autogestione dei

					<p>1946 al gennaio 2019); Embase tramite OVID (dal 1980 al gennaio 2019); (CINAHL) via Atene (dal 1982 al gennaio 2019); Indice infermieristico britannico (dal 1984 al gennaio 2019); e PsycINFO (dal 1989 al gennaio 2019).</p>	<p>se determinate configurazioni (ad esempio con/senza supporto aggiuntivo come risorse faccia a faccia, stampate o elettroniche) e la durata/frequenza delle chiamate di intervento mediano gli effetti sui risultati dei sintomi del cancro osservati.</p>	<p>sono stati erogati principalmente da infermieri (n = 24), la maggior parte dei quali (n = 16) aveva uno sfondo in oncologia, ricerca o psichiatria. Dieci interventi sono stati erogati esclusivamente per telefono; il resto telefono combinato con elementi aggiuntivi (es consultazioni in presenza e risorse digitali/online/stampate). Il numero di chiamate erogate variava da 1 a 18; la maggior parte degli interventi prevedeva tre o quattro chiamate. Ventuno studi hanno fornito prove sull'efficacia degli interventi erogati telefonicamente e la maggior parte sembrava ridurre i sintomi della depressione rispetto al</p>	<p>sintomi correlati al cancro per gli adulti affetti da cancro. Questi interventi stanno diventando sempre più importanti con lo spostamento delle cure più vicino alle case dei pazienti, la necessità di contenimento delle risorse/costi e il potenziale per i fornitori del settore del volontariato</p>
--	--	--	--	--	---	--	---	---

							<p>controllo. Nove studi hanno contribuito con punteggi di cambiamento quantitativo (CS) e risultati di deviazione standard associati (o questi potrebbero essere calcolati). Allo stesso modo, molti interventi telefonici sono apparsi efficaci rispetto al controllo nel ridurre l'ansia (16 studi; 5 hanno fornito risultati quantitativi di CS); affaticamento (9 studi; 6 hanno contribuito ai risultati quantitativi del CS); e disagio emotivo (7 studi; 5 hanno contribuito con risultati CS quantitativi). A causa della significativa eterogeneità clinica per quanto riguarda gli interventi introdotti, reclutati i partecipanti allo studio</p>	<p>o di fornire interventi sanitari</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

							e misurati i risultati, non è stata condotta una metanalisi.	
24	Supportive care needs, quality of life and psychological morbidity of advanced colorectal cancer patients	2019	M. Miniotti 1, S Bassino 2, L Fanchini 3, G Ritorto 3, P Leombruni	Studio trasversale	questo studio ha utilizzato un disegno trasversale e procedure di autovalutazione ed è stato condotto in ambiente ambulatoriale. Sono stati raccolti dati demografici, caratteristiche cliniche di base, esigenze di cure di supporto, qualità della vita e morbilità psicologica di 203 pazienti con CRC.	Questo studio descrive le esigenze di terapia di supporto in un campione consecutivo di pazienti italiani affetti da cancro del colon-retto (CRC), valutandone la qualità di vita e la morbilità psicologica.	Circa l'80% dei pazienti ha sperimentato uno o più bisogni insoddisfatti di livello moderato o elevato, in particolare per quanto riguarda preoccupazioni psicologiche (circa il 20% ha presentato anche segni di ansia e depressione). I ruoli funzionali e il funzionamento cognitivo erano bassi. Sintomi di stanchezza, nausea e vomito e problemi finanziari erano frequenti. La gravità dell'ansia, della depressione e del deterioramento della qualità della vita era significativamente diversa tra i diversi livelli di bisogni secondo un'unica	i risultati di questo studio suggeriscono che soddisfare i bisogni di cure di supporto sembra migliorare la morbilità psicologica, le funzioni e i sintomi dei pazienti con CRC.

							relazione lineare. I pazienti con bisogni moderati o elevati presentavano ansia e depressione più gravi e una qualità di vita inferiore (cioè, un livello di funzionamento inferiore e sintomi più gravi) rispetto a quelli senza bisogni o con bisogni bassi.	
25	What are the experiences of supportive care in people affected by brain cancer and their informal caregivers: A qualitative systematic review?	2023	C Paterson , C Roberts , J Li , M Chapman , K Strickland, N Johnston , E Law , R Bacon M Turner , I Mohanty , G Pranavan , K Toohey	Revisione della letteratura	una revisione sistematica qualitativa è stata condotta secondo la metodologia Joanna Briggs ed è stata riportata secondo le linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA). Un esperto bibliotecario di revisione sistematica ha	sintetizzare criticamente la ricerca qualitativa per comprendere le esperienze di terapia di supporto nelle persone affette da cancro al cervello e nei loro caregiver informali.	Sono stati inclusi un totale di 33 studi che rappresentavano un campione totale di 671 partecipanti comprensivo di 303 pazienti e 368 caregiver informali. In questa revisione sono stati inclusi un totale di 220 risultati individuali, che sono stati sintetizzati in due risultati (1) supporti percepiti dai caregiver e dai pazienti che sarebbero stati utili e	i raccomandazioni che i membri della squadra multidisciplinare per il cancro al cervello riflettano su questi risultati per indirizzare le valutazioni

					<p>effettuato ricerche nei database elettronici per tutti gli studi qualitativi, indipendentemente dal disegno della ricerca. Tutte le pubblicazioni sono state sottoposte a doppio screening da due revisori utilizzando criteri di esclusione e inclusione predeterminati. La revisione è stata gestita utilizzando il software di revisione sistematica Covidence. Sono state eseguite la valutazione della qualità metodologica e l'estrazione dei dati. I risultati qualitativi accompagnati da citazioni illustrative degli studi inclusi</p>		<p>(2) esperienze dei caregiver e dei pazienti con bisogni di cure di supporto insoddisfatti.</p>	<p>dei bisogni olistici e sviluppare piani di cura condivisi di autogestione sia per il paziente che per il caregiver informale.</p>
--	--	--	--	--	---	--	---	--

					sono stati estratti e raggruppati in categorie, creando così i risultati sintetizzati complessivi.			
26	Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers	2018	Philippa M Moore, Solange Rivera, Gonzalo A Bravo-Soto, Camila Olivares, Theresa A Lawrie	Revisione della letteratura	Per questo aggiornamento, abbiamo cercato nei seguenti database elettronici: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL; 2018, Issue 4), MEDLINE via Ovid, Embase via Ovid, PsycInfo e CINAHL fino a maggio 2018. Inoltre, abbiamo cercato il registro degli studi clinici della National Library of Medicine degli Stati Uniti e ha effettuato ricerche manuali negli elenchi di	valutare se la formazione sulle abilità comunicative è efficace nel cambiare il comportamento degli operatori sanitari che lavorano nella cura del cancro e nel migliorare il benessere degli operatori sanitari, lo stato di salute e la soddisfazione dei pazienti	Non c'erano prove di differenze nelle altre abilità comunicative degli operatori sanitari, tra cui chiarire e/o riassumere informazioni e negoziazione. Medici e infermieri non hanno ottenuto risultati diversi per quanto riguarda gli esiti degli operatori sanitari. Non sono state riscontrate differenze tra i gruppi per quanto riguarda il "burnout" degli operatori sanitari (evidenza con certezza bassa) né per quanto riguarda la soddisfazione del paziente o la percezione del paziente delle capacità di	vari corsi CST sembrano essere efficaci nel migliorare le abilità comunicative degli operatori sanitari relative alle capacità di supporto e nell'aiutare gli operatori sanitari a essere meno propensi a fornire solo fatti senza

					<p>riferimento di articoli pertinenti e atti di conferenze per ulteriori studi.</p>		<p>comunicazione degli operatori sanitari (evidenza con certezza molto bassa). Dei 17 RCT inclusi, 15 sono stati considerati a basso rischio di bias generale.</p>	<p>individualizzare le loro risposte alle emozioni del paziente o offrire supporto. Non siamo stati in grado di determinare e se gli effetti della CST siano sostenuti nel tempo, se siano necessarie sessioni di consolidamento e quali tipi di programmi CST abbiano maggiori</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	---

									probabilità di funzionare . Non abbiamo trovato prove a sostegno di un effetto benefico della CST sul “burnout” degli operatori sanitari, sulla salute mentale o fisica e sulla soddisfazione delle persone affette da cancro.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

