

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA QUALITÀ DI VITA IN FASE AVANZATA DI MALATTIA:
AUTONOMIA E MEMORIA OLFATTIVA.**

REVISIONE DI LETTERATURA ED ESPERIENZA OSSERVAZIONALE
PRESSO L'HOSPICE "CASA ANTICA FONTE".

Relatore: Prof.ssa a c. Dorigo Mara

Laureanda: Vanzella Romina
Matr.1047539

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

RIASSUNTO

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1. DEFINIZIONE DEI CONCETTI.....	3
1.1 Il fine vita.....	3
1.1.1 ESAS per la valutazione dei sintomi nelle Cure Palliative	4
1.2 Cure Palliative e Medicina Integrata	5
1.2.1 I trattamenti alternativi.....	6
1.2.2 I trattamenti complementari (CAM)	6
1.3 Interventi non farmacologici nel fine vita.....	8
1.3.1 Massaggio.....	8
1.3.2 Aromaterapia.....	9
CAPITOLO 2. STIMOLAZIONE SENSORIALE: REVISIONE	11
2.1 Stimolazione tattile	12
2.1.1 Aptonomia: la tecnica del contatto attraverso l'affettività	12
2.1.2 Tocco-massaggio e Soft Tissue Massage (STM).....	14
2.2 Stimolazione olfattiva	16
2.2.1 Memoria olfattiva.....	16
2.2.2 Aromaterapia.....	17
2.3 Massaggio ed aromaterapia.....	19
CAPITOLO 3. ESPERIENZA OSSERVAZIONALE.....	21
3.1 Disegno di studio iniziale	21
3.1.1 Obiettivi e quesiti	21
3.1.2 Il campione: criteri di inclusione/esclusione.....	22
3.1.3 Materiali e metodi	22

3.2 Case Report.....	23
3.4 Presentazione e discussione dei risultati.....	24
3.4.1 Risposte fisiologiche.....	24
3.4.2 Controllo dei sintomi e Qualità di Vita.....	25
3.4.3 Valutazione soggettiva con il STM e aromaterapia.....	26
CONCLUSIONI.....	27

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

1. Trattamenti complementari
2. Approfondimento sugli oli essenziali
3. Tabella di revisione della letteratura

RIASSUNTO

Introduzione. Le tecniche complementari (CAM) sono, ad oggi, molto apprezzate dai pazienti presi in carico dalle Cure Palliative e i benefici derivanti da queste sono ben documentati dalla letteratura scientifica. Il massaggio e l'aromaterapia ne fanno parte.

Obiettivo. Scopo di questo studio è quello di osservare gli effetti del Soft Tissue Massage (STM), associato a vaporizzazione di olio essenziale di Citrus limon (Limone), e di indagare se la sola aromaterapia, dopo intervento associato, sia in grado di rievocare i benefici derivanti dalla stimolazione sensoriale combinata. Inoltre si è voluto esplorare il vissuto dei pazienti a conclusione del trattamento.

Materiali e metodi. E' stato somministrato il STM alle mani o ai piedi (20 minuti), in associazione a vaporizzazione di essenza di Limone (60 minuti totali) per tre giorni consecutivi. Successivamente, per ulteriori due giorni, è stato mantenuto solamente il trattamento aromaterapico. Immediatamente prima e dopo i trattamenti sono stati misurati i valori di Pressione Arteriosa e Frequenza Cardiaca e, al mattino e alla sera, auto-valutati dal paziente con scala ESAS i sintomi da lui sperimentati. Al termine dello studio sono stati indagati gli aspetti qualitativi dell'esperienza del paziente mediante intervista.

Risultati. Lo studio ha confermato come la stimolazione tattile, attraverso il STM, può essere un trattamento utile per migliorare la Qualità di Vita (QdV) dei pazienti ricoverati in Hospice, dal momento che agisce su sintomi come ansia, depressione, benessere e crampi muscolari, e come la stimolazione olfattiva, attraverso la vaporizzazione dell'essenza di Citrus limon (Limone), abbia contribuito a mantenerne i benefici. Il paziente inoltre ha dichiarato l'efficacia del trattamento, affermando come gli abbia fornito un'energia nuova, un senso di leggerezza e di sollievo duraturo.

Limiti. L'iniziale disegno dello studio prevedeva il reclutamento di un campione di almeno 10 soggetti; i criteri di inclusione/esclusione definiti e i tempi disponibili per condurre l'esperienza, però, hanno permesso l'osservazione di un solo soggetto. Si è quindi proceduto secondo le modalità del Case Report.

Conclusioni. Le risposte dei pazienti al trattamento dimostrano come possa essere utile l'integrazione di questo nell'assistenza fornita ai malati ricoverati in Hospice. Inoltre, la semplicità e la brevità della tecnica e, soprattutto, il mantenimento dei benefici grazie all'utilizzo della sola aromaterapia, ne permetterebbe l'esecuzione, con un dispendio di tempo ridotto, anche con le attuali risorse di personale infermieristico.

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito le Cure Palliative come quell'approccio essenziale al miglioramento della Qualità di Vita (QdV) dell'assistito e dell'intero nucleo familiare in presenza di una malattia non guaribile, acquisito mediante la prevenzione e il sollievo dei sintomi e della sofferenza fisica, psicosociale e spirituale, indotta dallo stato di malattia.

La QdV è stata invece definita, sempre dall'OMS nel 1995, come “la percezione dell'individuo della sua posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive e in rapporto ai propri scopi, aspettative, criteri e interessi” (Mandalà & Re, 2014).

A seconda quindi della diversa percezione, il concetto è flessibile e soggettivo e può assumere significati diversi. Due sono gli approcci a cui ci si riferisce per comprenderlo: uno riguarda la visione globale della vita personale, l'altro la valutazione di aspetti prettamente connessi allo stato di salute quali i sintomi e la funzionalità fisica. Per questo la QdV può essere descritta come:

- fisica, in senso di benessere fisico, controllo dei sintomi, prevenzione della tossicità, immagine del corpo, funzione sessuale, mobilità, forza e appetito,
- psicologica, nel senso di qualità delle relazioni, felicità, divertimento, aspetti sociali, individuali, spirituali, religiosi, atteggiamenti personali e condizioni affettive (Mandalà et al., 2014).

Il cancro incide significativamente sulla QdV, in quanto è associato ad una varietà di sintomi psicologici, come ansia e depressione, e fisici, come dolore, astenia, costipazione, nausea e vomito (Shin, Lee, Seo, Park & Nguyen, 2012).

Per questo, la quasi totalità dei pazienti, sperimenta la perdita di autonomia e di controllo del proprio corpo, che contribuiscono a creare sentimenti di dipendenza, ansia e solitudine. Inoltre, in questa fase, così vulnerabile della vita, i malati cercano conforto anche dalla Medicina Integrata, che comprende le tecniche complementari (CAM), che possono essere utili al miglioramento della loro QdV e dei sintomi che sperimentano (Seiger Cronfalk, 2008).

Il Soft Tissue Massage (STM) e l'aromaterapia ne fanno parte e, in letteratura, sono descritti benefici rispetto al miglioramento della QdV e di alcuni sintomi tipici, come

ansia, stress e dolore, con riduzioni fisiologiche di Pressione Arteriosa e Frequenza Cardiaca.

Per questo motivo, con il lavoro di tesi, si è voluto approfondire la letteratura in merito alle suddette tecniche nell'ambito delle Cure Palliative, seguendo in parte gli studi di Seiger Cronfalk. Al lavoro di revisione è seguita una breve esperienza osservazionale presso l'Hospice "Casa Antica Fonte" di Vittorio Veneto, finalizzata ad osservare se e quali miglioramenti fossero ottenibili con questi trattamenti. Inoltre, si voleva indagare se la rievocazione olfattiva, da sola, fosse in grado di riprodurre/mantenere nel tempo gli effetti benefici del massaggio combinato ad aromaterapia.

Per la valutazione degli esiti, è stata utilizzata la scala ESAS, in uso alla struttura, e monitorate Pressione Arteriosa e Frequenza Cardiaca. Infine, come previsto da studi di Seiger Cronfalk, è stata condotta un'intervista semi-strutturata finale finalizzata a comprendere l'esperienza profonda dei pazienti derivata dall'utilizzo di queste tecniche.

CAPITOLO 1. DEFINIZIONE DEI CONCETTI

1.1 Il fine vita

L'accettazione di una malattia che può portare alla morte fa parte di un percorso che inizia dalla fase di diagnosi della malattia e che arriva alla consapevolezza della non guaribilità della stessa. Come afferma Kübler-Ross (1969), il malato attraversa, anche ripercorrendo, cinque fasi collegate al lutto, nelle quali mette in atto meccanismi di difesa finalizzati a proteggersi dal disagio emotivo, al punto di rallentare o sospendere temporaneamente l'acquisizione della cognizione di non guaribilità.

1. **Negazione.** E' una difesa temporanea per l'individuo, che consiste nel non riconoscere la malattia come propria, nell'incredulità della situazione in cui si trova e la ricerca di pareri medici diversi che riconoscano l'errore della diagnosi. Viene successivamente rimpiazzata con la crescita di consapevolezza della sua situazione.
2. **Collera.** La persona si rende conto che la negazione non può continuare e, a causa della rabbia e dell'invidia che prova, diventa molto difficile prendersi cura di essa.
3. **Negoziamento/Patteggiamento.** Il malato diventa speranzoso di poter posporre oppure cancellare la malattia e la morte, per questo, a volte, la persona cambia stile di vita, adotta uno stile più salutare del precedente, per cercare di ritardare la morte.
4. **Depressione.** Il malato inizia ad avvertire la certezza della morte, così, a volte, potrebbe diventare silenzioso, rifiutare visite di amici e familiari e chiudersi in sé stesso. In questa fase non è consigliabile tentare di rallegrare il paziente, poiché sta rielaborando il concetto di possibile accettazione della situazione.
5. **Accettazione.** La persona inizia ad affrontare la morte, la accetta e cerca di vivere la sua vita nel miglior modo possibile, prima dell'evento di morte.

Queste fasi non sono univoche per tutti i pazienti, né accadono tutte nello stesso ordine; possono durare per alcuni periodi, mescolarsi l'una con l'altra oppure esistere allo stesso tempo. L'unico sentimento che si mantiene lungo tutto il processo è la speranza.

La loro presenza è soggettiva e le loro caratteristiche dipendono dal temperamento del singolo paziente, dal percorso di malattia e dagli stili di vita tenuti in precedenza.

1.1.1 ESAS per la valutazione dei sintomi nelle Cure Palliative

Dal momento che il sintomo è “una percezione soggettiva che viene espressa con una larga individualità”, si rende necessario uno strumento che permetta alla persona di auto-valutare il proprio disagio (Servizio Cure Palliative EOC, 2007).

La Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), sviluppata dall'Unità di Cure Palliative dell'Ospedale Universitario di Edmonton (Canada) e pubblicata per la prima volta nel 1989 da Bruera et al., risulta quindi essere uno strumento utile per la ricerca clinica sulla QdV dei soggetti nel fine vita. Viene infatti spesso utilizzata negli Hospice per la valutazione dei pazienti con decadimento delle condizioni generali e che presentano uno o più sintomi contemplati dallo strumento. Dal momento che la scala permette un'auto-valutazione del paziente, è necessario che questi non presenti segni importanti di decadimento cognitivo; qualora questa condizione non sia soddisfatta, l'ESAS può essere compilata dall'infermiere, oppure dalla famiglia (Servizio Cure Palliative EOC, 2007).

I sintomi indagati con l'ESAS sono nove predefiniti, più uno libero: dolore, stanchezza, sonnolenza, nausea, appetito, difficoltà respiratoria, depressione, ansia e benessere, a questi se ne aggiunge uno, liberamente indicato.

Nell'articolo originale di Bruera et al., l'intensità dei sintomi viene misurata mediante una Scala Analogica Visiva (VAS) di 10 cm. In numerosi studi, è stato però osservato come la scala VAS non venga apprezzata dai pazienti anziani, e come la Scala Numerica (NRS) produca valori simili alla VAS.

Nella validazione italiana dell'ESAS si è optato per l'uso della Scala Numerica Visiva (VNS). Questa include delle linee di 10 cm e, ad ogni centimetro, viene associato un numero da 0 (assenza del sintomo) a 10 (peggiore sintomo possibile) (Moro et al., 2006).

Alcuni pazienti, inoltre, ritenevano di difficile comprensione la differenza tra stanchezza e sonnolenza, il significato di benessere, la misurazione dell'ansia e della depressione e il concetto di valutazione del sintomo attuale.

Per questo motivo è stata ideata un'ESAS modificata (ESAS-r), la quale è stata preferita dai pazienti rispetto alla precedente (Watanabe, Nekolaichuk, Beaumont, Johnson, Myers & Strasser, 2011).

Nell'ESAS-r si specifica la stanchezza come “mancanza di energia”, la sonnolenza come “aver voglia di dormire”, la depressione come “sensazione di tristezza”, l'ansia come “sentirsi nervosi” e il benessere come “stato di salute generale”. Inoltre l'appetito è stato

sostituito dalla “mancanza di appetito”. Viene anche specificato, in maiuscolo, che la valutazione si deve riferire momento attuale (Cancer Care Ontario, 2012).

La maggior semplicità di questa scala è stata anche preferita dai pazienti arruolati in uno studio recente condotto da Hannon et al. (2015), i quali, però, hanno ritenuto migliore la possibilità di valutare il sintomo nelle 24 ore precedenti, piuttosto che nel momento stesso della rilevazione.

1.2 Cure Palliative e Medicina Integrata

Come afferma Saunders (1996), ogni morte è individuale e riflette l'intera esperienza di vita di una persona, la quale risulta essere un'entità indivisibile, un essere bio-psico-sociale e spirituale, che cerca significato, qualcosa a cui credere. Ciò può essere espresso in molti modi, direttamente o indirettamente, metaforicamente o in silenzio, con gesti o simboli, ma a volte, anche attraverso l'arte e l'inaspettata potenza creativa nel fine vita.

Per questo, quando ci si presta ad assistere un paziente in fase avanzata di malattia, è necessario tenere conto del concetto di “dolore totale”. L'intera esperienza del paziente estende sentimenti di ansia, depressione e paura, per sé stesso e per la famiglia che lascia, la quale, dopo la sua morte, necessita di trovare un significato alla situazione o qualcosa di profondo in cui credere. Per questo è importante fornire un supporto adeguato sia al malato, che alla famiglia dello stesso, che entra a far parte di diritto degli obiettivi delle Cure Palliative (Saunders, 1996).

In questo ambito i pazienti sono accomunati dalla presenza degli stessi sintomi, come dolore e sofferenza fisica ed emotiva. Immediatamente dopo la diagnosi possono incorrere ansia e disturbi dell'umore, che si modificano in risposta a diagnosi, remissione e ricorrenza della malattia refrattaria (Deng & Cassileth, 2005).

Questi possono influire anche nella gestione di altri sintomi, modificando così il sonno e l'appetito (Kyle, 2006), peggiorando la percezione dei sintomi fisici e sovrastimando i rischi associati ai trattamenti (Mele, 2008).

L'ansia e la depressione possono avere intensità variabile e studi ne hanno dimostrato una presenza significativa nel 25-35% dei malati oncologici (Kyle, 2006).

Durante i trattamenti, e alla fine della vita, è comune che il malato sperimenti nausea, vomito e dolore legato alle procedure, paura della morte, disturbo dell'immagine corporea, disabilità, disturbo relazionale ed altri sintomi stressanti, con prevalenza anche di

depressione (Deng et al., 2005); quest'ultima risulta essere quattro volte più frequente in questi pazienti, rispetto alla popolazione generale (Mele, 2008).

Alcuni soggetti non riescono a tollerare gli effetti collaterali delle terapie e non sempre le terapie convenzionali riescono ad alleviare i sintomi, spesso sono complessi e multipli, e aumentano in severità e frequenza man mano che la malattia avanza (Deng et al., 2005).

Il sintomo, non trattato adeguatamente, compromette la QdV dei soggetti e aumenta la sofferenza della famiglia. Per questo sarebbe necessario utilizzare un approccio individualizzato per i bisogni e le preferenze di ciascun paziente aperto anche alla Medicina Integrata. Questa infatti risulta di contribuire positivamente all'esperienza delle Cure Palliative di un paziente in stadio avanzato di malattia o malato cronico (Vandergrift, 2013). E' però necessario fare una distinzione tra trattamenti complementari e alternativi.

1.2.1 I trattamenti alternativi

Sono tipicamente invasivi e biologicamente attivi, vengono utilizzati in sostituzione alle terapie convenzionali e spesso si sono rivelati inefficaci e ad alto rischio di eventi avversi. Anche gli integratori erboristici sono stati valutati essere poco sicuri data la loro interazione con i farmaci, la capacità di alterare la coagulazione e di modificare i livelli e l'attività degli enzimi deputati al metabolismo dei farmaci e quindi, a rischio di tossicità. Viene infatti consigliato di terminare l'assunzione di questi preparati o prodotti non prescritti durante la terapia nei pazienti oncologici (Deng et al., 2005; Vickers & Cassileth, 2001).

1.2.2 I trattamenti complementari (CAM)

Al contrario dei trattamenti alternativi, le CAM hanno dimostrato avere dei risultati benefici per i pazienti e, se utilizzate insieme alle tradizionali terapie, possono contribuire alla gestione dei sintomi e al miglioramento della QdV (Deng et al., 2005; Ernst, 2000; Vickers et al., 2001; Zappa & Cassileth, 2003).

E' riconosciuto, ad esempio, come l'aromaterapia e il massaggio abbiano un ruolo importante nel supportare l'assistenza fornita ai pazienti oncologici (Johnson & O'Brien, 2009).

Linee guida raccomandano l'utilizzo di modalità non convenzionali, quali massaggio, agopuntura, immaginazione, ipnosi e tecniche di rilassamento se il dolore persiste e rimane

oltre al punteggio di 4 su 10 nella scala VAS, anche dopo rivalutazione e modifica del trattamento farmacologico (Deng et al., 2005).

Il report di un gruppo consultivo di esperti sul cancro ha valutato le CAM come una componente essenziale di buona pratica nell'assistenza oncologica, insieme ad altre tecniche, come la comunicazione efficace e il fornire informazioni e supporto psicologico. Infatti, non è la risposta al trattamento in sé che è significativa per il benessere e il senso di comfort della persona, ma la relazione e la presenza di colui che si prende cura (Johnson et al., 2009).

Inoltre, è provato, che le CAM siano più efficaci e sicure se sono usate all'interno di un approccio multiprofessionale (Berger, Tavares & Berger, 2013) e che i benefici di queste derivino in grande misura anche dalla compassione, dal tocco e dal tempo dedicato al paziente (Cawthorn & Carter, 2000).

I pazienti oncologici ritengono che anche i medici debbano interessarsi, informare ed aver voglia di discutere rispetto ai suddetti trattamenti, in quanto, in questi anni, si è assistito ad un aumento del loro uso, insieme a quello dei sopracitati trattamenti alternativi, per la gestione dei sintomi del cancro (Ernst, 2000).

La letteratura inoltre conferma come le CAM diminuiscano lo stress ed aumentino la QdV fornendo rilassamento (Berger et al., 2013; Ernst, 2000; Johnson et al., 2009; Vickers et al., 2001; Zappa et al., 2003).

Un programma pilota di CAM integrate attuato su 31 pazienti, ha mostrato un significativo decremento nella severità del dolore, ansia, malessere ed irrequietezza e le persone stesse hanno riportato un aumento della pace interiore e del comfort. L'utilizzo delle CAM ha avuto benefici sia per i pazienti, sia per il team interdisciplinare. I primi, infatti, hanno potuto ricevere un'assistenza olistica, personalizzata e di alta qualità, che ha potenziato il loro benessere fisico, emotivo e spirituale e i familiari sono apparsi grati per l'atmosfera olistica e speciale che si è creata con i loro cari. Le CAM vengono inoltre offerte in supporto allo sviluppo di programmi per il controllo dei sintomi e per aiutare a far fronte agli effetti fisici, psicosociali e spirituali associati a malattia. Integrare le CAM in un piano di trattamento oncologico può significativamente aumentare l'abilità del paziente di lottare contro il cancro (Berger et al., 2013).

La ricerca documenta l'efficacia di questi trattamenti minimamente invasivi e senza effetti collaterali nella riduzione dell'ansia, paura, depressione, dolore, dispnea, nausea e astenia (Zappa et al., 2003).

1.3 Interventi non farmacologici nel fine vita

Come già illustrato sopra, le CAM comprendono una molteplicità di tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore e dei sintomi associate alle terapie convenzionali. L'utilizzo di queste sta aumentando negli Hospice e nelle Cure Palliative, in quanto la ricerca descrive come i pazienti sperimentino, oltre all'aumento della QdV, anche migliori strategie di coping, grande senso di controllo e delle opzioni utili per il controllo del malessere causato da trattamenti o malattia (Johnson et al., 2009).

Per le più frequentemente utilizzate verrà riportata sintetica descrizione in allegato (Allegato 1 – Tecniche complementari); di seguito vengono brevemente descritte le due oggetto di osservazione nel lavoro di tesi.

1.3.1 Massaggio

Il massaggio include la manipolazione dei tessuti molli di tutto il corpo, o di specifiche zone, per indurre un miglioramento generale alla salute, valutato in termini di rilassamento, miglioramento del sonno o alleviamento dei dolori muscolari e malessere generale. La letteratura è ancora limitata, ma gli studi finora condotti hanno dimostrato come il massaggio riduca l'ansia nel breve termine in adolescenti psichiatrici, pazienti critici, persone anziane in casa di riposo e bambini con disturbo post-traumatico da stress e trapianto di midollo osseo. Inoltre, recenti studi hanno mostrato l'efficacia del massaggio per il trattamento di dolore lombare, osteoartrite del ginocchio, dolore postoperatorio, con diminuzione della Pressione Arteriosa (Vandergrift, 2013).

Gli effetti più significativi del massaggio sono stati valutati in merito al sollievo del dolore, miglioramento della funzione immunitaria, anche nel lungo termine, ridotti livelli di ansia e depressione, astenia, nausea, stress e miglioramento della QdV (Deng et al., 2005; Ernst, 2009; Fellowes, Barnes & Wilkinson, 2004; Shin et al., 2012; Vandergrift, 2013; Vickers et al., 2001).

Gli stessi benefici sono stati rilevati, anche in pazienti con un significativo livello di partenza, da Cassileth & Vickers (2004) in uno studio effettuato su un campione di 1290 persone. Gli autori hanno riscontrato che gli effetti duravano fino a circa un giorno dalla

somministrazione del massaggio, nei pazienti ricoverati, per aumentare fino a 48 ore in quelli non ricoverati, mentre non ci sono state evidenze sul ritorno dei sintomi al valore base.

L'effetto nel breve periodo è stato anche confermato da Toth, Marcantonio, Davis, Walton, Kahn & Phillips (2013), i quali hanno riscontrato un miglioramento della QdV, del sonno e del dolore nel gruppo di studio, grazie al massaggio, persistente fino ad una settimana dall'intervento, ma non ad un mese da esso.

Altri pazienti hanno riportato un aumento del comfort nel tempo, una diminuzione del dolore, dell'ansia e un ritrovato senso di pace, definendo il massaggio come la miglior cosa mai provata (Polubinski & West, 2005).

La riflessologia plantare, inoltre, si è rivelata utile anche nella gestione di dolore e ansia nei pazienti con cancro della mammella e del polmone (Ernst, 2000).

Il massaggio, oltre che a migliorare la circolazione e il rilassamento nei pazienti, risulta utile, se applicato ai caregivers, per migliorarne il benessere (Johnson et al., 2009; Seiger Cronfalk, Strang & Ternestedt, 2008; Seiger Cronfalk, Ternestedt & Strang, 2008).

Sono comunque necessarie più ricerche per confermare più efficacemente gli effetti indotti da questi trattamenti e questa sarà un'importante sfida per il futuro dell'oncologia (Ernst, 2000; Fellowes et al., 2004; Wilkinson, Aldridge, Salmon, Cain & Wilson, 1999).

1.3.2 Aromaterapia

“L'aromaterapia consiste nello studio e nell'applicazione del potenziale terapeutico insito negli oli essenziali naturali ricavati dalle piante” (Nocentini, 2010).

Nelle Cure Palliative vengono prevalentemente utilizzati per ridurre l'irrequietezza (Johnson et al., 2009), la tensione, lo stress e l'ansia, nel breve periodo (Kite et al., 1998; Lee, Wu, Tsang, Leung, Cheung, 2012), fino a 2 settimane dopo la fine dell'intervento. Sembrano migliorare inoltre il sonno ed il benessere (Boehm, Büssing & Ostermann, 2012). Dal momento che i risultati sono controversi, è necessario effettuare ulteriori studi con metodologie più accurate (Lee et al., 2012).

Le deboli evidenze riguardanti i benefici misurabili delle CAM, determinano che le decisioni cliniche debbano essere basate sul bilancio delle evidenze tra efficacia e sicurezza, sul rapporto rischi/benefici e sulle preferenze del paziente. Il mostrare interesse, da parte degli operatori, verso l'utilizzo di queste tecniche, può offrire, ai pazienti che le

richiedono, una misura migliore di controllo del benessere, un aumento la QdV, della loro soddisfazione, ma anche della relazione tra medico e paziente (Deng et al., 2005).

CAPITOLO 2. STIMOLAZIONE SENSORIALE: REVISIONE

Rispetto all'esperienza osservazionale che si intende condurre, in questo capitolo si andrà a descrivere, di seguito, gli aspetti inerenti alla stimolazione tattile ed olfattiva ricavati dalla consultazione di libri di testo e dalla revisione della letteratura.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca in PubMed sono state identificate a partire dalla relazione tra trattamenti complementari e cure palliative, limitando la ricerca ai due soli interventi presi in esame, ovvero il massaggio e l'aromaterapia con gli oli essenziali. E' stato inoltre utilizzato il Thesaurus per trovare eventuali ulteriori parole chiave da utilizzare.

Una volta trovati gli articoli e letto l'abstract, sono stati divisi in tre gruppi:

1. articoli utilizzabili, che sono quindi stati letti e analizzati,
2. articoli di non sicura pertinenza con il tema trattato, che pertanto sono stati letti e valutati come validi o meno,
3. articoli non pertinenti.

Il risultato è illustrato nella tabella sottostante e nell'Allegato 3 (Tabella di revisione della letteratura):

Stringa di ricerca	Articoli totali	Articoli selezionati
Complementary Therapies AND Palliative Care AND (Massage OR Therapeutic Touch OR Aromatherapy)	64	11
Aromatherapy AND Essential Oils	30	2

E' stata inoltre utilizzata la letteratura grigia, reperita tramite Google Scholar, in merito all'ambito del tocco nell'infermieristica e a quello della memoria olfattiva, utilizzando le seguenti stringhe di ricerca:

- Tocco AND (Nursing OR Infermiere)
- Odor memory

Sono stati selezionati 6 articoli, anch'essi riportati in Allegato 3 (Tabella di revisione della letteratura).

2.1 Stimolazione tattile

La superficie della pelle possiede un elevato numero di recettori sensoriali e la stimolazione tattile è essenziale al normale sviluppo e alla sopravvivenza (Mele, 2008).

La sensibilità tattile è maggiormente sviluppata nella cute priva di peli delle dita e nella superficie palmare delle mani, della pianta dei piedi e delle labbra.

Le sensazioni percepibili si distinguono in 2 gruppi: epicritiche e protopatiche.

Le prime concernono aspetti fini del tatto e sono mediate da recettori capsulati, comprendono la capacità di rilevare leggeri contatti degli stimoli con la cute e localizzare la sede cutanea toccata; riconoscere gli stimoli vibratorii e la forma degli oggetti; analizzare i dettagli spaziali delle sensazioni tattili.

Le seconde, invece, comprendono la percezione del dolore, prurito, solletico e la sensibilità termica e sono mediate da terminazioni nervose libere.

Il sistema somatosensitivo è organizzato secondo vie di trasmissione ben definite, le quali comprendono delle stazioni di elaborazione dello stimolo. Il segnale, passando dai gangli delle radici dorsali del midollo spinale, si trasmette al talamo e successivamente alla corteccia somatosensitiva primaria (corteccia parietale anteriore), dove i neuroni sono particolarmente sensibili alla stimolazione tattile della superficie cutanea (Gardner, Martin & Jessell, 2000).

Ciascuna parte del corpo è rappresentata, nella corteccia, in proporzione al suo grado di innervazione, per esempio la stimolazione a livello delle dita è altamente discriminativa perché una vasta area della corteccia è devoluta alla sua elaborazione (Amaral, 2000).

L'organizzazione somatotopica delle afferenze somatosensitive alla corteccia cerebrale dell'uomo viene definita con il termine *homunculus*. Questo presenta delle aree corporee ingrandite in proporzione alla loro importanza percettiva, quindi alla loro densità di innervazione. Per questo, le zone più sensibili risultano essere la mano, il piede e la bocca, in quanto queste aree sono in grado di rilevare le proprietà degli oggetti in misura molto maggiore di qualsiasi altra parte del corpo (Gardner et al., 2000).

2.1.1 Aptonomia: la tecnica del contatto attraverso l'affettività

L'aptonomia (dal greco hapsis "tocco" e nomos "regola") può essere definita come tecnica del contatto attraverso l'affettività (Istituto Oncologico Mantovano – IOM Onlus).

Questa pratica fu introdotta circa 50 anni fa dal medico Frans Veldamn ed è stata applicata, per lungo tempo, al bambino al momento della nascita ossia all'alba della vita. Da più di 10 anni è utilizzata con risultati molto soddisfacenti per un'altra epoca della vita, quella del tramonto. Il contatto fisico, risulta essere un bisogno fondamentale per la persona e lo è tanto più per un malato: toccando un malato non ne consideriamo solo il corpo bensì la corporeità animata da sensazioni, sentimenti, emozioni. L'aptonomia perciò non è solo una tecnica del massaggio, del tocco bensì un modo che trasforma la vicinanza in dialogo, in reciprocità in grado di conferire rispetto, ascolto, accudimento alla persona. Per queste ragioni può trovare uno spazio importante nell'ambito dell'equipe multidisciplinare di Cure Palliative che agisce in quella fase della vita, in cui non si può più guarire, ma si può ancora fare molto per la persona malata. Alla base dell'aptonomia, come si è detto, vi è il contatto con l'altro che deve essere sempre all'insegna della trasparenza e della non invadenza (Istituto Oncologico Mantovano – IOM Onlus).

“Il prendersi cura della persona in fase avanzata di malattia richiede all’infermiere la capacità di capire il significato unico dell’esperienza, passata e presente, che il malato sta vivendo” (Bonacini & Marzi, 2005).

Il contatto permette la comunicazione di sensazioni ed è considerato essenziale nel prendersi cura dei malati nel fine vita, ed ha un ruolo importante nell’incontrare i bisogni cognitivi ed affettivi dei pazienti. La comunicazione con il contatto è la forma di comunicazione più ancestrale, vissuta e sperimentata da tutti, quando eravamo bambini. E’ attraverso il corpo e il suo linguaggio che sviluppiamo e iniziamo le nostre relazioni. Inoltre il tocco permette la comunicazione attraverso quello che è l’ultimo senso a scomparire (Bonacini & Marzi, 2005).

Il tatto, infatti, include il senso della reciprocità: è impossibile toccare senza essere toccati e senza rivelare la nostra interiorità, in quanto, varcare il limite imposto dalle paure di un corpo sofferente permette di ricontattare l’umanità della relazione (De Luca & Papaleo, 2010; Seiger Cronfalk, 2008).

Chi si avvicina alla morte sente la necessità di sentirsi amato, rispettato e accudito, questo soprattutto nei momenti più vulnerabili della vita, per questo è importante essere consapevoli dei propri gesti ed imparare a comunicare attraverso il corpo ed il linguaggio corporeo (Bertagni, 2008; Bush, 2001).

Marie de Hennezel definisce la scienza dell'affettività come aptonomia e il contatto psicotattile come un qualcosa in grado di restituire alla persona quello di cui ha bisogno: percezione della propria integrità, riconferma del valore, della dignità e della propria unicità (Bonacini et al., 2005; Mele, 2008).

Ma proprio per questo è necessario anche tenere in considerazione che vi è la possibilità che, sebbene il tocco fisico sia una parte integrante dello sviluppo umano, sia vissuto come esperienza negativa da parte di alcuni individui, per le emozioni legate alla sofferenza, all'insicurezza, alla perdita di integrità e alla sessualità (Seiger Cronfalk, 2008).

L'incontro aptonomico, più che sul tatto, è incentrato sulla presenza di chi cura, in quanto toccando, ed essendo toccato, ci si espone ad un rapporto intimo ed intenso, che presuppone la fiducia (Bertagni, 2008; Bonacini et al., 2005).

Nell'aptonomia i gesti sono semplici: un tocco delicato, ma sicuro, uno sguardo empatico e un massaggio lento, permettono di comunicare che potremmo essere aiutati ad andarcene, dolcemente, come siamo venuti al mondo (Bonacini et al., 2005); confermando al paziente che ci si sta prendendo cura di lui (Bertagni, 2008).

E' riportato in letteratura, come il *caring touch* sia utile a sviluppare una sintonia con il paziente ed aiuti ad accoglierlo nella sua unicità. Migliora il comfort, la sicurezza, innalza l'autostima (Bonacini et al., 2005; Cawthorn et al., 2000), può ridurre dolore, nausea, vomito, sofferenza, il sentimento di solitudine e la difficoltà di comunicare (Mele, 2008).

Visti i benefici che comporta per la persona, è consigliato coinvolgere anche la famiglia, per permettere loro di toccare, capire ed accettare il corpo nuovo del loro caro, stanco e diverso. Questi gesti di cura possono essere utili allo sviluppo della consapevolezza che quel corpo è vivo e bisognoso di amore (Bonacini et al., 2005).

2.1.2 Tocco-massaggio e Soft Tissue Massage (STM)

Esistono diverse tecniche di massaggio, le quali devono essere adattate tenendo conto della patologia dell'assistito, quando addirittura controindicate, ad esempio in presenza di linfedema o trombosi venosa profonda.

E' comunque necessario che la pressione venga effettuata lontano dalla massa tumorale e da eventuali linfonodi coinvolti e che venga modificata se vi sono metastasi ossee o una bassa conta piastrinica, per evitare lividi (Cawthorn et al., 2000).

Il tocco-massaggio è una CAM che risulta concorrere a migliorare le funzioni immunitarie e neuroendocrine; attivando i recettori rilascianti l'ossitocina, induce rilassamento,

vasodilatazione, diminuzione della frequenza cardiaca e respiratoria, della pressione arteriosa e dell'ansia, migliora il sonno e il benessere (Ernst, 2009; Kyle, 2006, Mele, 2008, Seiger Cronfalk, 2008; Wilkinson et al., 1999).

Aiuta inoltre a ridurre lo stress, aumenta la mobilità, migliora respirazione, stabilizza i parametri vitali e assiste la naturale abilità corporea di guarire. Ciò è stato dimostrato mediante l'utilizzo scala VAS prima e dopo il massaggio: i pazienti che avevano valutato un sintomo >5 hanno avuto in media 4 punti di decremento dopo il trattamento (Zappa et al., 2003).

A conferma di ciò, dopo il massaggio, una paziente ha espresso come quella fosse l'esperienza più bella che le fosse accaduta in cinque mesi di ricovero in ospedale, in quanto le forniva un senso di leggerezza, di benessere, che si perpetuava anche nel tempo (De Luca et al., 2010).

In uno studio di 230 pazienti oncologici non ricoverati, il massaggio ha avuto effetti quali abbassamento della frequenza cardio-respiratoria, del dolore (con riduzione nell'utilizzo di FANS) e dell'ansia. Il tocco-massaggio si iscrive nel ruolo proprio dell'infermiere, il quale può vivere un rapporto di grande prossimità con il corpo dell'altro e, se il massaggio viene eseguito con cautela e sensibilità, ci sono effetti fisici, psicologici ed emotivi di grande beneficio per la persona (Bush, 2001; Mele, 2008).

Il STM è un metodo di massaggio che si caratterizza per il tocco dolce e strutturato. Si può eseguire su mani, piedi e dorso e può indurre, immediatamente al termine dell'intervento, un decremento della pressione arteriosa, frequenza cardiaca, dolore e nausea. Gli studi effettuati in precedenza sul STM sono diversi e variano per disegno di studio, durata, intervalli di massaggio e aree del corpo considerate. Questi studi hanno confermato effetti positivi su ansia, dolore, nausea, costipazione, astenia, umore e sonno (Seiger Cronfalk, 2008).

La tecnica in questione ha fornito ai pazienti sicurezza e dignità e una sensazione di rilassamento, sollievo e tregua dalla sofferenza e dai pensieri negativi ricorrenti. Ha permesso inoltre di sviluppare una relazione positiva con il personale che la praticava, di trovare la pace interiore e di sentirsi più forte e "come in paradiso". E' comunque consigliata la continuazione delle ricerche in questo ambito (Beck, Runeson & Blomqvist, 2009; Bush, 2001; Ernst, 2009; Kutner et al., 2009; Seiger Cronfalk, 2008).

2.2 Stimolazione olfattiva

Il sistema olfattivo, considerato il sistema sensoriale “primordiale” negli animali, ha il compito di identificare, mediante recettori, le molecole presenti nell’ambiente e fornirne le informazioni. Nell’uomo rappresenta però il senso meno sviluppato, anche se mantiene la capacità di rilevare le molecole odorose fino a basse concentrazioni e di produrre discriminazioni percettive in base a piccole modificazioni della struttura molecolare (Purves et al., 2008).

Anatomicamente, l’olfatto è l’unico dei cinque sensi a non avere una localizzazione ben precisa e a non comprendere una stazione talamica di passaggio tra recettori primari e corteccia olfattiva. Le sostanze odorose, infatti, interagendo con i recettori, inviano direttamente lo stimolo sia a strutture responsabili della percezione e della discriminazione dell’odore, ma anche a quelle costituenti il sistema limbico (amigdala, connessa all’ipotalamo, e ippocampo). Si ritiene che le vie che conducono a quest’ultimo siano responsabili degli aspetti emotivi e motivazionali dell’olfatto, oltre che degli effetti comportamentali e fisiologici legati agli odori (Buck, 2000).

2.2.1 Memoria olfattiva

La percezione di un odore scatena in noi reazioni emotive e ricordi: le emozioni si esprimono intense e inconsapevoli, attivando risposte immediate, istintive ed emotivamente potenti (Cavalieri, 2009; Herz & Engen, 1996; Toffolo, Smeets & van den Hout, 2012).

Herz et al. (1996) confermano, infatti, che, grazie alle loro proprietà edonistiche, gli odori sono in grado di suscitare ricordi collegati agli affetti e questo processo è quello che sta alla base del ricordo associato agli odori, noto anche come Sindrome di Proust.

Marcel Proust, nel libro “Alla ricerca del tempo perduto”, riporta vividamente un ricordo della sua infanzia dopo essere entrato in contatto con l’odore di alcuni biscotti, descrivendo così l’abilità dell’olfatto a scatenare memorie autobiografiche in modo emotivamente dettagliato. Il passare del tempo, infatti, sembra non incidere sugli stimoli olfattivi, in quanto questi integrano diverse informazioni sensoriali all’interno di una ricca connessione fra aree cerebrali diverse, per cui anche un odore può essere il fattore scatenante, che riporta alla luce un episodio già accaduto (Cavalieri, 2009).

Questo perché gli odori hanno la proprietà di attivare la memoria episodica, che è una memoria a lungo termine che riguarda il ricordo di eventi particolari, cioè vissuti auto-referenziali riferiti ad un preciso contesto spazio-temporale (Cavalieri, 2009).

Herz et al. (1996) descrivono due tipi di memoria olfattiva: una intesa come memoria dell'odore stesso, l'altra relativa ai ricordi o alle esperienze associate o evocate da questo. Questo tipo di memoria, capace di immagazzinare informazioni in modo olistico nel lungo termine, piuttosto che nel breve termine, è meno influenzata dal tempo rispetto a quella visiva ed uditiva, anche rispetto all'esposizione ad odori non comuni (Engen & Ross, 1973) ed, inoltre, i ricordi che vengono suscitati dagli odori, sembrano essere più emotivamente potenti rispetto a quelli evocati da altri stimoli sensoriali (Herz et al., 1996). A conferma di ciò, Toffolo et al. (2012) riportano come lo stimolo olfattivo, rispetto a quello uditivo, abbia un ruolo centrale anche nei suscitare ricordi spiacevoli. Nei pazienti con disturbo post-traumatico da stress, è stato infatti valutato come uno stimolo fornito da un odore, connesso all'incidente (benzina, sangue, ecc.), potesse evocare in modo emotivamente dettagliato e duraturo il ricordo spiacevole.

2.2.2 Aromaterapia

Il fondatore della moderna aromaterapia viene riconosciuto in René-Maurice Gattefossé (1881-1950), ma questa pratica si diffuse già a partire dal XVI secolo in tutta Europa, grazie all'interesse che manifestarono medici ed erboristi all'uso terapeutico degli oli essenziali. L'olio essenziale costituisce un meccanismo di difesa per le piante e un aiuto per la riproduzione e la comunicazione tra le stesse. Nel XIX secolo, G.W.S. Piesse elaborò una classificazione degli oli in 3 categorie, dette "note", nelle quali le essenze venivano inserite a seconda delle loro caratteristiche, di seguito sinteticamente riportate.

- **Nota di testa:** le essenze vengono ricavate dalle bucce o dai frutti; si caratterizza con una vibrazione che sale verso l'alto e stimola la mente. Questi oli hanno effetti dinamizzanti e rinfrescanti. Tipiche essenze di testa sono: arancio, limone e mandarino;
- **Nota di cuore.** Oli ricavati dal fusto, foglie e parti aeree della pianta (petali e fiori); agiscono sull'affettività e riequilibrano le energie fisiche e psichiche. Ne fanno parte: neroli, lavanda e rosa;

- **Nota di base:** le essenze, ricavate da corteccia e radici, sono calde e ci collegano alla terra; per questo hanno un'azione stabilizzante, rilassante e sedativa. Degli esempi sono: patchouli, sandalo e vetiver.

Vi sono inoltre altre due note intermedie, aggiunte di recente, base-cuore e cuore-testa.

L'olio essenziale, per essere definito tale, deve riportare in etichetta la dicitura "olio essenziale naturale puro al 100%" e dev'essere indicato il procedimento di ottenimento. Secondo la Farmacopea Ufficiale Francese del 1972 vi sono diversi sistemi per ottenere l'essenza, i principali sono:

- distillazione in corrente di vapore;
- pressione a freddo;
- metodo dei solventi volatili.

Dal momento che gli oli essenziali contengono sostanze chimiche e, a volte, tossiche per l'organismo, alcuni di questi devono essere utilizzati con prudenza o evitati nelle donne in gravidanza, durante l'allattamento, in presenza di patologie gravi, di epilessia e convulsioni (Nocentini, 2010).

La concentrazione dell'olio essenziale, inoltre, deve essere ridotta ad un massimo di 0.5%, per trattamento settimanale, se la persona è sottoposta a cicli di chemioterapia, la quale verrà ridotta ulteriormente se sopraggiunge sensibilità all'odore. Nei pazienti sottoposti a radioterapia, invece, non è necessario applicare queste accortezze, ma è importante che l'olio non venga applicato sul sito esposto alle radiazioni, per evitare reazioni della pelle (Cawthorn et al., 2000).

A causa dei loro effetti citotossici sui microrganismi, possono anche essere utilizzati anche per i loro effetti antibatterici, antimicrobici ed antivirali (Bakkali, Averbeck, Averbeck & Idaomar, 2008; Cavanagh & Wilkinson, 2002).

Come riportano Cavalieri (2009) e Nocentini (2010) gli oli essenziali, inalati, applicati sulla cute o assunti per via orale, hanno effetti sul sistema nervoso centrale e periferico, sull'umore e l'equilibrio ormonale; migliorerebbero la salute fisica, spirituale, mentale ed emotiva e, l'inalazione delle essenze, influirebbe positivamente sullo stato generale dei pazienti.

A conferma di ciò, Cawthorn et al. (2000) e Cavanagh et al. (2002) descrivono come l'aromaterapia si sia rivelata utile per il miglioramento della QdV e come, la sua inclusione

nella riabilitazione terapeutica, sia stata un'esperienza piacevole e di benessere per le persone malate, anche nell'ambito delle Cure Palliative.

Si pensa, inoltre, che giovi all'umore, promuovendo il rilascio di neurotrasmettitori, come encefalina, endorfine, serotonina e noradrenalina. Le prime sono infatti implicate nella riduzione di dolore e creazione di una sensazione di benessere, la serotonina aiuta il rilassamento e la calma, mentre la noradrenalina agisce come stimolante (Komiya, Takeuchi, & Harada, 2006; Kyle, 2006).

2.3 Massaggio ed aromaterapia

Il massaggio aromaterapico include l'utilizzo di oli essenziali, combinati con un olio base o una crema, per manipolare il corpo; è possibile anche somministrare l'aromaterapia sotto forma di vaporizzazione. Per mezzo di questa l'olio viene vaporizzato nell'aria ed entra nel corpo attraverso le milioni di cellule sensorie del tratto nasale, le quali inviano messaggi direttamente al cervello e al sistema limbico, deputato al controllo degli stati emotivi (Shin et al., 2012).

Il pensiero che l'aromaterapia, associata al massaggio, incrementi i benefici derivanti da quest'ultimo è controverso e sarebbero necessari ulteriori ricerche a riguardo (Fellowes et al., 2004).

I risultati di un piccolo studio riportato da Kyle (2006), però, sembrano supportare l'efficacia dell'aromaterapia: i due gruppi, che avevano ricevuto l'uno l'aromaterapia in combinazione con massaggio e l'altro la vaporizzazione di olio essenziale di Sandalo, hanno mostrato un sostanziale decremento nei livelli di ansia, in contrapposizione a coloro che avevano sperimentato solamente il massaggio.

Questo beneficio è riscontrabile solamente nel breve periodo, anche per quanto riguarda la gestione della depressione e dell'ansia da lieve a moderata (Cooke & Ernst, 2000; Fellowes et al., 2004; Kyle, 2006; Shin et al., 2012; Wilkinson et al., 2007).

A conferma di ciò, Boehm et al. (2012) e Wilkison et al. (1999) affermano che l'olio essenziale, in aggiunta al massaggio, possa aumentare l'effetto dello stesso e migliorare i sintomi fisici e psicologici del malato, così come la QdV.

Infine, secondo Cawthorn et al. (2000), per aumentare gli effetti del massaggio aromaterapico è necessario che l'operatore utilizzi la capacità di rilassamento verbale, fondando l'azione sulla relazione terapeutica. Intimità, reciprocità e *partnership*, che

costituiscono la relazione, giocano un ruolo importante nel promuovere la fiducia e il rispetto reciproco.

CAPITOLO 3. ESPERIENZA OSSERVAZIONALE

L'esperienza osservazionale è stata condotta presso l'Hospice "Casa Antica Fonte" di Vittorio Veneto nel periodo Luglio-Settembre 2015. La struttura può ospitare fino a 10 pazienti ricoverati in stanza singola.

3.1 Disegno di studio iniziale

Il disegno iniziale di tesi è stato definito a partire da quanto osservato durante il periodo Erasmus a Stoccolma (Svezia), dove ho potuto seguire un addestramento specifico all'uso del STM, direttamente da Seiger Cronfalk, e partecipare alle sedute di massaggio effettuate a scopo di ricerca presso la Stockholms Sjukhem e l'Ersta Hospice, sottoponendomi io stessa al massaggio alle mani e ai piedi, in modo da poter sviluppare la comprensione rispetto a ciò che il massaggio comportava.

Nello studio si è ritenuto utile associare al massaggio l'aromaterapia, anche se, dalla ricerca finora sviluppata, non è chiaro se questa produca un effettivo miglioramento del benessere. In particolare, non è esplicitato se la stimolazione olfattiva di per sé, meno onerosa in termini di tempo per l'operatore, sia in grado, attraverso la rievocazione olfattiva, di mantenere l'effetto benefico del SMT nel tempo.

3.1.1 Obiettivi e quesiti

Nel disegno dello studio iniziale gli obiettivi prefissati erano quelli di:

- esplorare l'esperienza dei pazienti trattati con STM,
- osservare gli effetti del STM combinati all'aromaterapia,
- indagare quanto la sola aromaterapia, dopo intervento combinato, fosse in grado di rievocare la stimolazione sensoriale positiva mantenendo/aumentando il controllo dei sintomi,
- valutare l'efficacia di essenze diverse.

I quesiti a cui si voleva dare risposta erano:

- La QdV, dei malati ricoverati in Hospice, può essere migliorata e in che misura da:
 - stimolazione tattile, attraverso l'applicazione del STM?,
 - stimolazione olfattiva, attraverso diffusione nell'ambiente di olio essenziale di Limone (*Citrus limon*)?.
- L'associazione di stimoli tattili e olfattivi è in grado di aumentare gli effetti positivi della stimolazione sensoriale?,
- la rievocazione olfattiva, da sola, è in grado di riprodurre/mantenere nel tempo gli effetti benefici del massaggio combinato ad aromaterapia?.

3.1.2 Il campione: criteri di inclusione/esclusione

I criteri di inclusione ed esclusione, per il reclutamento dei pazienti, sono stati definiti con il Responsabile della struttura, al fine di prevenire il possibile impatto negativo delle osservazioni da condurre e garantire la raccolta degli elementi soggettivi previsti dal disegno dello studio.

Criteri di inclusione:

- soggetti ricoverati da almeno 24 ore,
- speranza di vita superiore ad una settimana.

Criteri di esclusione:

- compromissione cognitiva,
- condizioni generali gravemente compromesse,
- diagnosi di neoplasia cerebrale.

In base ai criteri individuati, nel periodo sono stati segnalati n° 6 soggetti.

Dei 6 pazienti segnalati, uno solo è stato effettivamente oggetto di osservazione; gli altri 5 hanno abbandonato lo studio per le seguenti motivazioni:

- n° 2 hanno subito un grave decadimento delle condizioni generali il giorno stesso della richiesta di consenso,
- n° 1, pur rispondendo ai criteri di eleggibilità richiesti, ha iniziato un trattamento attivo e, per tanto, è stato escluso dallo studio,
- n° 1 ha richiesto un permesso di uscita nei 3 giorni successivi al consenso, seguito a breve da probabile dimissione,
- n° 1 ha negato il consenso.

3.1.3 Materiali e metodi

Successivamente alla segnalazione dei soggetti eleggibili, lo studente stesso ha provveduto a fornire ai pazienti tutte le informazioni riguardanti lo studio e a richiederne il consenso.

Durante lo studio, sono state rilevate Frequenza Cardiaca (FC) e la Pressione Arteriosa (PA), in analogia allo studio di Seiger Cronfalk.

Per la valutazione dei sintomi, sono state utilizzate le categorie della scala ESAS-r associata a VNS, in quanto, dalla letteratura, risultata più comprensibile per i pazienti.

Per facilitare l'espressione del soggetto, si è utilizzato un apposito strumento, dotato di banda scorrevole che permetteva il posizionamento sul valore corrispondente al grado di severità del sintomo.

Alla fine del trattamento è stata somministrata l'intervista semi-strutturata, liberamente tradotta, di Seiger Cronfalk.

Avendo a disposizione un unico paziente si è dovuto abbandonare il disegno dello studio iniziale e procedere secondo la modalità di Case Report.

3.2 Case Report

Al soggetto osservato, uomo, di 79 anni, coniugato, è stato applicato il STM alle mani. Il massaggio è stato somministrato in poltrona.

Non sono stati posti vincoli di setting al paziente, al fine di favorire il massimo comfort: questi ha scelto di mantenere il volume della televisione in sottofondo e quasi tutto il massaggio si è svolto pressoché in silenzio. Durante il trattamento è stato accertato che la pressione esercitata per fornire il massaggio fosse adeguata per il paziente.

La FC e PA sono state rilevate nei 5 giorni di osservazione, prima e dopo l'intervento giornaliero combinato, e poi durante l'applicazione della sola aromaterapia.

I sintomi auto-valutati dal paziente superiori o uguali a 4 su 10 della scala VNS, sono stati rivalutati ogni mattina prima dell'intervento combinato e dell'aromaterapia ed ogni sera.

Il sesto giorno, a conclusione dello studio, sono stati rilevati FC, PA, scala ESAS ed effettuata, con un registratore, un'intervista semi-strutturata per la raccolta dei dati qualitativi, della durata di 4 minuti circa.

Il paziente è stato invitato a narrare liberamente la propria esperienza con il STM e l'aromaterapia. Per avere informazioni dettagliate sono state poste domande come "Vuole dirmi di più?" e "Vorrebbe spiegarmi come si è sentito?" e domande basate di volta in volta sulla descrizione del partecipante.

Rispetto alla procedura del STM, si precisa che, la scelta del luogo e del sito è stata concordata con il paziente il primo giorno di intervento e mantenuta per i 5 giorni previsti.

Il STM alle mani è stato eseguito, utilizzando Olio di Mandorle Dolci puro al 100% di Flora®, mediante il metodo strutturato imparato, che si costituisce di movimenti lenti e circolari delle mani e una leggera pressione. Dei telini, forniti dalla struttura, sono stati utilizzati per coprire la parte del corpo non esposta al massaggio (mano o piede), in modo da mantenere il calore corporeo. Ogni sessione durava circa 20 minuti.

Per quanto concerne l'aromaterapia, si è ritenuto opportuno, per permettere la diffusione dell'essenza nell'intera stanza, di accendere, 40 minuti prima dell'inizio del massaggio, il

vaporizzatore contenente circa 500 ml di acqua e 13 gocce di olio essenziale, come raccomandato da Nocentini (2010), di Citrus limon (Limone) BIO puro al 100% di Flora®, essenza utilizzata anche nello studio condotto da Seiger Cronfalk, Strang, Ternestedt & Friedrichsen (2008). La vaporizzazione si protraeva fino al termine del massaggio (60’).

Le sessioni venivano fornite in tarda mattinata, dopo le cure igieniche.

Il STM in associazione ad aromaterapia è stato somministrato per 3 giorni consecutivi, seguito poi da 2 giorni consecutivi di sola aromaterapia.

Il paziente è stato informato rispetto alla volontarietà dell’attività e che poteva, in ogni momento, posporre o interrompere l’intervento.

3.4 Presentazione e discussione dei risultati

Globalmente il paziente ha riportato un vissuto positivo rispetto all’utilizzo del STM. Il tocco dolce delle mani ha stimolato un’energia nuova. Il paziente ha definito il massaggio come una pratica bellissima ed efficace, che dona leggerezza, anche al malato nella fase della vita in cui è più vulnerabile.

3.4.1 Risposte fisiologiche

Rispetto alle risposte fisiologiche indotte dall’intervento combinato di STM e aromaterapia, si è verificato un lieve decremento dei valori di PA e FC, risultato però non riscontrato con la sola somministrazione dell’olio essenziale (Tabella 1).

L’aromaterapia non è stata rilevante per il vissuto soggettivo del paziente, sebbene, al termine dell’osservazione, il soggetto abbia riportato un mantenimento dei benefici e della QdV indotti dal STM.

	T₀	T₁	T₂	T₃	T₄
Prima del trattamento	PA 118/45	PA 110/45	PA 120/48	PA 120/45	PA 110/45
	FC 84	FC 86	FC 80	FC 87	FC 87
Dopo il trattamento	PA 110/40	PA 110/40	PA 110/42	PA 122/45	PA 115/45
	FC 78	FC 80	FC 78	FC 89	FC 87

Sono stati evidenziati in azzurro i dati relativi ai tre giorni in cui si è somministrato il STM con aromaterapia, mentre in arancione, i due giorni relativi al trattamento con sola aromaterapia.

3.4.2 Controllo dei sintomi e Qualità di Vita

Il miglioramento della QdV è riscontrabile anche dai sintomi auto-valutati con la scala ESAS. Vi è stato un notevole decremento dei sintomi che inizialmente erano stati valutati come ≥ 4 , infatti il punteggio totale è diminuito nei tre giorni di somministrazione del STM e aromaterapia, passando da 37/100 a 13/100 alla fine dell'intervento combinato. Come si può osservare dalla Tabella 2 il beneficio si è mantenuto, ed ulteriormente migliorato (12/100), durante i successivi due giorni, in cui è stata fornita solo l'aromaterapia.

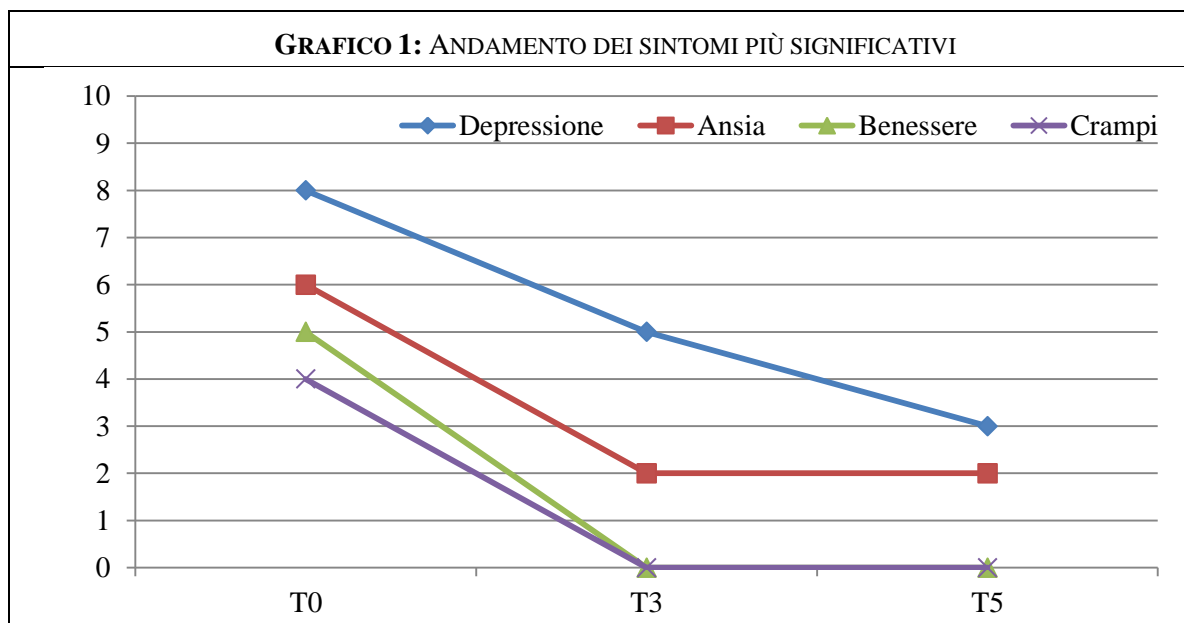
TABELLA 2: VALUTAZIONE DEI SINTOMI MEDIANTE ESAS-R			
	T₀	T₃	T₅
1. Dolore	2	0	0
2. Stanchezza (stanco, esaurito, senza energia)	3	3	4
3. Sonnolenza	5	3	3
4. Nausea	2	0	0
5. Mancanza di appetito	2	0	0
6. Respiro affannoso	2	0	0
7. Depressione (sensazione di tristezza)	8	5	3
8. Ansia (sentirsi nervosi)	6	2	2
9. Benessere (stato di salute generale)	5	0	0
10. Altro: crampi a mani e piedi	4	0	0
Totale	37	13	12

L'efficacia maggiore dell'intervento combinato si è osservata per gli item depressione, ansia, benessere e crampi a mani e piedi, quest'ultimo sintomo è scomparso già a T₃.

L'intervento di sola aromaterapia si è mostrato capace non solo di mantenere il miglioramento, ma per il sintomo depressione, si registra un ulteriore decremento (Grafico 1).

I sintomi, raggiunti certi valori, si sono mantenuti pressoché stabili in tutte le cinque misurazioni giornaliere, ma la maggior efficacia si è verificata nel terzo giorno di somministrazione dell'intervento combinato. Vi è stato inoltre un decremento dei sintomi, già lievi, di sonnolenza, respiro affannoso, nausea e mancanza di appetito.

Il beneficio riportato rispetto alla qualità del sonno è stato positivo nei primi due giorni di STM e aromaterapia, successivamente non si sono notati miglioramenti. Questo si può affermare anche per la stanchezza.



3.4.3 Valutazione soggettiva con il STM e aromaterapia

L'intervista semi-strutturata è stata eseguita seguendo lo studio e le indicazioni fornite da Seiger Cronfalk. Sono state aggiunte alcune domande relativamente all'esperienza con aromaterapia, in quanto era uno dei quesiti dello studio.

Nel riquadro sottostante vengono riportate le domande poste e le risposte fornite dal paziente.

INTERVISTA FINALE	
S*:	Com'è stato il massaggio con l'aromaterapia? Cosa mi può dire rispetto a quello che abbiamo fatto in questi giorni?
P**:	Io ti posso dire che è stato bellissimo. Ho provato un senso di energia dentro.
S:	Cosa intende per energia?
P:	Ho sentito quando hai massaggiato che non è stata una cosa dura, è stata una cosa gentile, una cosa bellissima. Questo è ciò che io intendevo dire con energia.
S:	In che senso è stata una cosa bellissima?
P:	Mi sono sentito più leggero, anche su tutto il corpo. Per questo per me è stata una cosa buonissima ed efficace. Ho provato come un senso nuovo.
S:	Se il massaggio fosse un'opzione possibile in Hospice, vorrebbe riceverlo?
P:	Sicuramente, lo accetterei molto volentieri.
S:	Ha trovato aspetti negativi?
P:	No.
S:	Rispetto all'aromaterapia con limone, secondo lei, ha contribuito al suo star bene o è solo frutto del massaggio?
P:	Non posso dire niente rispetto a quello, perché ho sentito solamente l'odore.
S:	In questi giorni, sta ancora sentendo i benefici del massaggio, oppure i suoi sintomi pian piano stanno ritornando?
P:	No, attualmente di quello che c'era, non c'è nulla più. E' tutto passato attualmente.
*S= studente, **P= paziente	

CONCLUSIONI

I risultati del Case Report hanno confermato come la stimolazione tattile, attraverso il STM, può essere un trattamento utile per migliorare la QdV dei pazienti ricoverati in Hospice, e come la stimolazione olfattiva, attraverso la vaporizzazione dell'essenza di Citrus limon (Limone), non specificatamente impiegata o indicata per questo scopo in altri studi, abbia contribuito a mantenerne i benefici.

Durante l'osservazione, coerentemente con quanto descritto in letteratura, si è notata una riduzione dei sintomi, quali ansia, depressione e crampi muscolari alle mani e ai piedi, di cui soffriva il paziente, e un miglioramento della sensazione di benessere, già al terzo trattamento. Inoltre, per quanto concerne l'utilità del monitoraggio di PA e FC nel fine vita, sembra esserci conferma degli studi di Bruera, Chisholm, Dos Santos, Crovador, Bruera & Hui (2014) e Grubich, Franceschini & Ambrosi (2008), i quali affermano che monitorare continuamente i parametri vitali per la perdita di significatività e, per contro, aumenta la sofferenza e il disagio dei pazienti e dei familiari.

Dal punto di vista del vissuto del paziente, l'esperienza è stata percepita come positiva, e descritta come "energia nuova" e "leggerezza"; queste sensazioni sono state mantenute fino al termine dell'osservazione tanto da fargli affermare il desiderio di prevederle all'interno del piano di cura.

Le abilità ed i tempi richiesti per la realizzazione dell'intervento, associati agli esiti positivi sul piano relazionale e sensoriale, portano ad affermare che il massaggio può essere un valido intervento da integrare nell'assistenza infermieristica ai pazienti in fase avanzata di malattia.

Rispetto al quesito relativo alla rievocazione olfattiva, però, rimane da chiarire se il mantenimento dei benefici, indotti dal massaggio, sia imputabile alla stimolazione della memoria olfattiva, oppure indipendente da questa, dati i limiti dello studio. Infatti, il mantenimento dei benefici nei giorni successivi al STM, con il solo utilizzo dell'aromaterapia, e quindi senza un impegno diretto del personale infermieristico durante il trattamento, consente di prolungare il beneficio per circa una settimana con un contenimento dell'impegno di risorse umane.

I limiti di questo studio si riferiscono principalmente al reclutamento del campione.

E' stato preso in considerazione soltanto l'Hospice "Casa Antica Fonte" di Vittorio Veneto, il quale ospita un massimo di dieci pazienti.

Per ottenere solamente dati soggettivi ed omogenei e per prevenire il possibile impatto negativo delle osservazioni da condurre, sono stati definiti dei criteri di inclusione/esclusione. Questi, a causa della fragilità e della repentina alterazione dello stato di salute, caratteristiche dei malati che fanno riferimento alle Cure Palliative, hanno limitato ancor più il reclutamento di un numero adeguato di soggetti.

Per questo, infine, si è dovuto presentare lo studio come Case Report.

A causa dell'esiguità del campione non è stato nemmeno possibile indagare gli effetti di due essenze diverse, come precedentemente progettato. Pertanto sarebbe utile proseguire lo studio prevedendo di coinvolgere più strutture e/o rivedere i criteri di inclusione ed esclusione di un campione già di per sé limitato.

Sarebbe interessante, infine, comparare l'efficacia dell'olio essenziale di Citrus limon (Limone) con altre essenze comunemente utilizzate per favorire il rilassamento e l'alleviamento dei sintomi (Lavanda, Arancio amaro, Bergamotto e Sandalo).

BIBLIOGRAFIA

- Amaral, D.G. (2000). L'organizzazione funzionale della percezione e del movimento. In Kandel, E.R., Schwartz, J.H., & Jessell, T.M. (a cura di), *Principles of Neural Science* (4th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies (trad. it. Principi di Neuroscienze (3^a ed.)), Milano: C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana, 2003, 334-345).
- Bagetta, G., Morrone, L.A., Rombolà, L., Amantea, D., Russo, R., Berliocchi, L., Sakurada, S., Sakurada, T., Rotiroti, D., & Corasaniti, M.T. (2010). Neuropharmacology of the essential oil of bergamot, *Fitoterapia*, 81, 453-461.
- Bakkali, F., Averbeck, S., Averbeck, D., & Idaomar, M. (2008). Biological effects of essential oils – A review. *Food and Chemical Toxicology*, 46, 446-475.
- Beck, I., Runeson, I., & Blomqvist, K. (2009). To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(11), 541-545.
- Berger, L., Tavares, M., & Berger, B. (2013). A Canadian experience of interating complementary therapy in a hospital palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 16(10), 1294-1298.
- Bertagni, B. (2008, Ottobre/Dicembre). Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente. *Infermiere oggi*, 4, 22-24.
- Boehm, K., Büssing, A., & Ostermann, T. (2012). Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care: A descriptive systematic review. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, 9(4), 503-518.
- Bonacini, F., & Marzi, A. (2005). Il tocco come cura. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, 4, 43-47.
- Brito Faturi, C., Leite, J.R., Barreto Alves, P., Conte Canton, A., & Teixeira-Silva, F. (2010). Anxiolytic-like effect of sweet orange aroma in Wistar rats. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34, 605-609.
- Bruera, S., Chisholm, G., Dos Santos, R., Crovador, C., Bruera, E., & Hui, D. (2014). Variations in vital signs in the last days in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 510-517.
- Buck, L.B. (2000). I sensi chimici: olfatto e gusto. In Kandel, E.R., Schwartz, J.H., & Jessell, T.M. (a cura di), *Principles of Neural Science* (4th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies (trad. it. Principi di Neuroscienze (3^a ed.)), Milano: C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana, 2003, 618-638).
- Bush, E. (2001). The use of human touch to improve the well-being of older adults. *Journal of Holistic Nursing*, 19, 256-270.
- Cancer Care Ontario, 2012. Sistema di valutazione dei sintomi di Edmonton (versione rivista) (ESAS-r). Retrieved on 17 July 2015 from <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>
- Carvalho-Freitas, M.I.R., & Costa, M. (2002). Anxiolytic and sedative effects of extracts and essential oil from *Citrus aurantium* L.. *Biological & Pharmaceutical Bulletin*, 25(12), 1629-1633.

- Cassileth, B.R., & Vickers, A.J. (2004). Massage therapy for symptom control: Outcome study at a Major Cancer Center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 244-249.
- Cavaliere, R. (2009). *Il naso intelligente. Che cosa ci dicono gli odori*. Roma-Bari: Gius. Laterza & Figli.
- Cavanagh, H.M.A., & Wilkinson, J.M. (2002). Biological activities of lavender essential oil. *Phytotherapy Research*, 16, 301-308.
- Cawthorn, A., & Carter, A. (2000). Aromatherapy and its application in cancer and palliative care. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 6, 83-86.
- Ceccarelli, I., Lariviere, W.R., Fiorenzani, P., Sacerdote, P., & Aloisi, A.M. (2004). Effects of long-term exposure of lemon essential oil odor on behavioral, hormonal and neuronal parameters in male and female rats. *Brain Research*, 1001, 78-86.
- Ceccarelli, I., Masi, F., Fiorenzani, P., & Aloisi, A.M. (2002). Sex differences in the citrus lemon essential oil-induced increase of hippocampal acetylcholine release in rats exposed to a persistent painful stimulation. *Neuroscience Letters*, 330, 25-28.
- Cooke, B., & Ernst, E. (2000). Aromatherapy: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 50, 493-496.
- De Luca, E., & Papaleo, L. (2010). Il nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche. *L'Infermiere*, 5, 39-41.
- Deng, G., & Cassileth, B.R. (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 55(2), 109-116.
- Engen, T., & Ross, B.M. (1973). Long-term memory of odors with and without verbal descriptions. *Journal of Experimental Psychology*, 100(2), 221-227.
- Ernst, E. (2000). The role of complementary and alternative medicine in cancer. *The Lancet Oncology*, 1, 176-180.
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: A systematic review of randomized clinical trials. *Supportive Care in Cancer*, 17, 333-337.
- Fellowes, D., Barnes, K., & Wilkinson, S. (2004). Aromatherapy for symptom relief in patients with cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Gardner, E.P., Martin, J.H., & Jessell, T.M. (2000). Le sensazioni somatiche. In Kandel, E.R., Schwartz, J.H., & Jessell, T.M. (a cura di), *Principles of Neural Science* (4th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies (trad. it. Principi di Neuroscienze (3^a ed.), Milano: C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana, 2003, 424-444).
- Gedney, J.J., Glover, T.L., & Fillingim, R.B. (2004). Sensory and affective pain discrimination after inhalation of essential oils. *Psychosomatic Medicine*, 66, 599-606.
- Grubich, S., Franceschini, C., & Ambrosi, S. (2008). La rimodulazione degli interventi infermieristici alla fine della vita. In M. Costantini, C. Borreani & S. Grubich (A cura di), *Migliorare la qualità delle cure di fine vita* (pp.49-70). Trento: Erickson.
- Hannon, B., Dyck, M., Pope, A., Swami, N., Banerjee, S., Mak, E., Bryson, J., Rodin, G., Ridley, J., Lo, C., Le, L.W., & Zimmermann, C. (2015). Modified Edmonton Symptom Assessment System including constipation and sleep: Validation in outpatients with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(5), 945-952.

- Herz, R.S., & Engen, T. (1996). Odor memory: Review and analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 3(3), 300-313.
- Istituto Oncologico Mantovano IOM – Onlus. *Corso di aptonomia: Approccio alla tecnica del con-tatto*. Retrieved on 28 September 2015 from http://www.iomn.it/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Acorso-di-aptonomia--approccio-alla-tecnica-del-con-tatto&catid=7&Itemid=182&lang=it
- Johnson, E.L., & O'Brien, D. (2009). Integrative therapies in hospice and home health. *Home Healthcare Nurse*, 27(2), 75-82.
- Kite, S.M., Maher, E.J., Anderson, K., Young, T., Young, J., Wood, J., Howells, N., & Bradburn, J. (1998). Development of an aromatherapy service at a Cancer Center. *Palliative Medicine*, 12, 171-180.
- Komiya, M., Takeuchi, T., & Harada, E. (2006). Lemon oil vapor causes an anti-stress effect via modulating the 5-HT and DA activities in mice. *Behavioural Brain Research*, 172, 240-249.
- Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B.K., Beaty, B., Felton, S., & Yamashita, T.E. (2008). Massage therapy vs. Simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 149(6), 369-379.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Retrieved on 15 October 2014 from <http://www.crossroadscounsellinggroup.com/resources/ebook/KublerRossElizabethOnDeathDying-complimentsofCRTI.pdf>
- Kyle, G. (2006). Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: Results of a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 148-155.
- Lee, Y.L., Wu, Y., Tsang, H.W.H., Leung, A.Y., & Cheung, W.M. (2012). A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(2), 101-108.
- Lytle, J., Mwatha, C., & Davis, K.K. (2014). Aromatherapy on vital signs and perceived quality of sleep in the intermediate care unit: A pilot study. *American Journal of Critical Care*, 23(1), 24-29.
- Mandalà, A., & Re, L.G. (2014). La qualità di vita nelle cure palliative. Revisione della letteratura. Retrieved on 15 November 2015 from http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF67_788.pdf
- Mele, C. (2008). Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere di aiuto per ridurre sintomi psicofisici nel malato?. *Scenario*, 25(1), 5-8.
- Moro, C., Brunelli, C., Miccinesi, G., Fallai, M., Morino, P., Piazza, M., Labianca, R., & Ripamonti, C. (2006). Edmonton Symptom Assessment Scale: Italian validation in two palliative care settings. *Supportive Care in Cancer*, 14, 30-37.
- Nocentini, F. (2010). *Prontuario di aromaterapia. Utilizzo pratico e veloce degli oli essenziali per tutta la famiglia*. Limena: Daigo Press.
- Polubinski, J.P., & West, L. (2005). Implementation of a massage therapy program in the home hospice setting. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(1), 104-106.

- Purves, D., Augustine, G.J., Fitzpatrick, D., Hall, W.C., LaMantia, A.-S., McNamara, J.O., & White, L.E. (a cura di). (2008). *Neuroscience* (4th ed.). Sunderland: Sinauer Associates (trad. it. *Neuroscienze* (3^a ed.), Zanichelli Editore, Bologna, 2009, 328-357).
- Saunders, C. (1996). A personal therapeutic journey. *British Medical Journal*, 313, 1599-1601.
- Seiger Cronfalk, B. (2008). *Being in safe hands*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Seiger Cronfalk, B., Strang, P., & Ternestedt, B.M. (2008). Inner power, physical strength and existential well-being in daily life; relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care. In Seiger Cronfalk, B. (a cura di), *Being in safe hands*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Seiger Cronfalk, B., Strang, P., Ternestedt, B.M., & Friedrichsen, M. (2008). The existential impact of soft tissue massage in palliative home care. An intervention study. In Seiger Cronfalk, B. (a cura di), *Being in safe hands*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Seiger Cronfalk, B., Ternestedt, B.M., & Strang, P. (2008). Soft tissue massage – an early intervention to bereaved relatives in palliative cancer care. In Seiger Cronfalk, B. (a cura di), *Being in safe hands*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Servizio Cure Palliative EOC (2007). *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): Uno strumento di valutazione multidimensionale e continua dei sintomi*. Retrieved on 17 July 2015 from <http://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/strumenti/ESAS20Spiegazione20e20Esempi202D20i2Dcurpal2D004.pdf>
- Shin, E.S., Lee, S.H., Seo, K.H., Park, Y.H., & Nguyen, T.T. (2012). Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Review*, 6.
- Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (SIROE). [Http://www.siroe.it/](http://www.siroe.it/)
- Toffolo, M.B.J., Smeets, M.A.M., & van den Hout, M.A. (2012). Proust revisited: Odours as triggers of aversive memories. *Cognition and Emotion*, 26(1), 83-92.
- Toth, M., Marcantonio, E.R., Davis, R.B., Walton, T., Kahn, J.R., & Phillips, R.S. (2013). Massage therapy for patients with metastatic cancer: A pilot randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(7), 650-656.
- Vandergrift, A. (2013). Use of complementary therapies in hospice and palliative care. *Omega Journal*, 67(1-2), 227-232.
- Vickers, A.J., & Cassileth, B.R. (2001). Unconventional therapies for cancer and cancer-related symptoms. *The Lancet Oncology*, 2, 226-232.
- Watanabe, S.M., Nekolaichuk, C., Beaumont, C., Johnson, L., Myers, J., & Strasser, F. (2011). A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 456-468.
- Wilkinson, S., Aldridge, J., Salmon, I., Cain, E., & Wilson, B. (1999). An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliative Medicine*, 13, 409-417.
- Wilkinson, S.M., Love, S.B., Westcombe, A.M., Gambles, M.A., Burgess, C.C., Cargill, A., Young, T., Maher, E.J., & Ramirez, A.J. (2007). Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 532-539.

World Health Organization (2015). WHO Definition of Palliative Care, retrieved on 27 June 2015 from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Zappa, S.B., & Cassileth, B.R. (2003). Complementary approaches to palliative oncological care. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(1), 22-26.

ALLEGATI

1. Trattamenti complementari

Le tecniche mente/corpo risultano sicure e comprendono diverse modalità di rilassamento, come l'immaginazione guidata, la respirazione controllata, l'ipnosi, lo yoga e la meditazione. L'immaginazione porta a rilassamento mediante l'utilizzo di scene piacevoli, mentre molti studi hanno notato gli effetti dell'ipnosi nel dolore procedurale e da mucosite (Deng et al., 2005; Vickers et al., 2001). Quest'ultima si è anche rivelata efficace nel trattamento della nausea anticipatoria nei bambini, nella riduzione della nausea indotta da chemioterapia negli adulti (Vickers et al., 2001) e, insieme a esercizi di respirazione, rilassamento muscolare e immaginazione, per controllare il dolore, la nausea e il vomito in diverse situazioni (Ernst, 2000). La terapia del rilassamento ha portato dei benefici nell'umore, nella depressione e nell'ansia, migliorando la QdV nei pazienti oncologici (Deng et al., 2005; Ernst, 2000; Vickers et al., 2001). Da ciò si evince che in letteratura sono riportati i benefici che queste tecniche portano per la gestione dei sintomi e nel controllo di alcune reazioni fisiologiche, ma è necessario progredire con la ricerca con metodologie standard, in modo che vengano così integrate al piano di cura del paziente (Zappa et al., 2003).

L'agopuntura è una tecnica orientale antica che prevede l'inserimento di sottili aghi in punti specifici della pelle. E' indolore e con minimi effetti collaterali e aiuta ad alleviare molti sintomi associati a malattia (Zappa et al., 2003). E' stato dimostrato che riduce il dolore acuto (chirurgia dentale) e cronico (emicrania) (Vickers et al., 2001), anche quello oncologico, neuropatico e persistente, associato alla toracotomia, mastectomia o dissezione radicale del collo (Deng et al., 2005). Inoltre, l'agopuntura è efficace nella riduzione di nausea e vomito (Vickers et al., 2001) e astenia (Zappa et al., 2003). In uno studio di 90 pazienti con dolore neuropatico refrattario ai trattamenti, l'intensità di questo, dopo agopuntura, si è sostanzialmente ridotta, rispetto al gruppo di controllo, del 36% dopo 2 mesi dall'inizio. Questa tecnica però non dev'essere somministrata a pazienti con neutropenia, trombocitopenia o coloro che sono a rischio di endocardite (Deng et al., 2005).

La musicoterapia consiste nell'utilizzo di diversi suoni e ritmi con lo scopo di evocare emozioni che includano ricordi e/o sentimenti. E' stata rilevata una promozione del

rilassamento, diminuzione del dolore e del malessere generale ed è inoltre stata usata come supporto alla comunicazione e alle interazioni dei pazienti con decadimento cerebrale e i loro cari (Johnson et al., 2009). Può inoltre diminuire il disturbo dell'umore nelle persone in attesa di trapianto di midollo osseo (Deng et al., 2005). Garantisce dei benefici, se utilizzata in modo controllato, nel dolore acuto postoperatorio, mentre, per quanto riguarda il cancro, vi sono studi insufficienti (Vickers et al., 2001). Alcuni di questi, però, hanno mostrato benefici emotivi e fisiologici, un miglioramento del dolore, dell'ansia, della depressione, dello stress (Ernst, 2000; Zappa et al., 2003) e di nausea e vomito in associazione ad antiemetici, rispetto ai pazienti non sottoposti a musicoterapia. Questa tecnica ha inoltre ridotto significativamente l'ansia dei pazienti oncologici, rispetto al gruppo di controllo, in un uno studio comprendente 50 ospedali (Vickers et al., 2001).

Il Reiki è definito come una cura energetica e si riferisce all'esistenza di una forza energetica vitale che bilancia e sblocca il flusso di energia, donando un senso di benessere (Johnson et al., 2009). E' stato dimostrato come questa tecnica riduca il dolore, la depressione e l'ansia. E' stato infatti somministrato il massaggio e il reiki a 52 pazienti: più del 90% di questi ha dimostrato riduzione dell'ansia e dello stress, miglioramento della respirazione, senso di piacere nel ricevere il trattamento, profondo rilassamento e un senso di pace, il 76% riduzione del dolore, mentre nessuno ha sperimentato malessere. Alcuni pazienti hanno affermato che il massaggio era magnifico, che il profondo rilassamento che forniva loro il trattamento fosse meglio di un sonnifero e che era un piacere essere massaggiati ai piedi, era come essere in paradiso. Sono comunque indicati ulteriori studi per valutare l'efficacia in associazione ai farmaci (Vandergrift, 2013).

2. Approfondimento sugli oli essenziali

Rispetto all'utilizzo degli oli essenziali è stato consultato il Presidente della Società Italiana per la Ricerca sugli Oli Essenziali (SIROE), Dott. Campagna, il quale ha indicato come oli utili al rilassamento e all'alleviamento dei sintomi che i pazienti delle Cure Palliative sperimentano, l'Arancio amaro (*Citrus aurantium*) e la Lavanda (*Lavandula angustifolia*).

L'Arancio amaro è energizzante e rinvigorente, svolge un'azione calmante riguardo a varie paure, contrasta la depressione e promuove il recupero delle energie. L'effetto ansiolitico e sedativo di questo olio essenziale è stato anche confermato da studi sui topi (Carvalho-

Freitas & Costa, 2002); un effetto simile lo si può notare anche con l'utilizzo dell'olio di Arancio dolce (*Citrus sinensis*) (Brito Faturi, Leite, Barreto Alves, Conte Canton & Teixeira-Silva, 2010).

La Lavanda agisce come calmante emozionale e tonico, agisce in caso di malinconia, nervosismo, ansia, astenia nervosa, irrequietezza e insonnia (Nocentini, 2010; Shin et al., 2012). E' stata utilizzata per favorire il sonno nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva. Questi, dopo l'utilizzo dell'essenza, hanno sperimentato un'alta soddisfazione del loro sonno, inoltre è stata valutata una riduzione della pressione arteriosa dopo 6 ore di trattamento notturno (Lytle, Mwatha & Davis, 2014).

Contribuisce anche a ridurre l'ansia e la percezione dell'intensità del dolore, senza produrre però reali effetti analgesici. E' necessario che questi vengano approfonditi, in quanto controversi, e alcuni non ancora testati sulle persone (Cavanagh et al., 2002; Gedney, Glover, Fillingim, 2004).

E' necessario prestare particolare attenzione, però, all'utilizzo di quest'essenza in caso di presenza di tumori estrogeno-dipendenti (Boehm et al., 2012).

Lavanda, sandalo e bergamotto sono inoltre riconosciuti per avere effetti su umore e rilassamento (Bagetta et al., 2010). L'olio essenziale di Bergamotto (*Citrus bergamia*), veniva infatti utilizzato miscelato all'olio vegetale, presso l'Ersta Hospice di Stoccolma (Svezia).

Quest'essenza agisce sugli sbalzi d'umore e possiede una capacità di riequilibrio emozionale. Viene usato contro nevrosi, depressioni e stati ansiosi perché attenua gli squilibri emotivi, inoltre favorisce il buonumore (Nocentini, 2010; Shin et al., 2012).

L'olio essenziale di Sandalo è stato scelto nello studio di Kyle (2006), in quanto vi erano evidenze che lo consigliavano come olio rilassante, calmante della tensione nervosa e dell'ansia.

Attenzione deve essere posta nell'utilizzo degli oli essenziali di agrumi sulla pelle, a causa del loro effetto fotosensibilizzante (Bakkali et al., 2008; Nocentini, 2010) e cancerogenico (es. Bergamotto) (Bakkali et al., 2008).

In uno studio sui topi, è stato valutato come l'esposizione prolungata, di due settimane, all'olio essenziale di Limone, induce significativi cambiamenti nei circuiti neuronali deputati all'ansia e al dolore, con, a volte, delle modifiche sesso-specifiche (Ceccarelli, Lariviere, Fiorenzani, Sacerdote & Aloisi, 2004; Ceccarelli, Masi, Fiorenzani & Aloisi,

2002). E' stata inoltre notata, sempre nei ratti, una diminuzione della sensibilità al dolore e dei livelli di corticosterone nel plasma, ma anche un aumento dell'ansia (Ceccarelli et al., 2004), della creatività e dell'umore, oltre che cambiamenti della frequenza cardiaca. Inoltre la sua inalazione per 90 minuti ha determinato un effetto ansiolitico ed antidepressivo. I precisi meccanismi che influenzano gli effetti psicologici e farmaceutici dell'olio essenziale di Limone sono però ancora parecchio sconosciuti e controversi e sarebbero necessarie ulteriori ricerche (Komiya et al., 2006).

In questo studio è stato comunque utilizzato, seguendo la ricerca condotta da Seiger Cronfalk (2008) e il consiglio del Dott. Campagna, in quanto questa essenza è priva di particolari effetti sedativi e quindi minimamente influente sulla rievocazione del beneficio del massaggio. Questa essenza, ricavata dalle bucce e quindi nota di testa, agisce armonizzando e amplificando la componente razionale della mente, induce alla calma i soggetti nervosi e stressati, rinvigorisce gli stanchi e apatici e promuove ottimismo e voglia di fare (Nocentini, 2010).

L'Olio di Mandorle Dolci (*Prunus amygdalus dulcis*) possiede proprietà rigeneranti, nutrienti e rinfrescanti ed è privo di effetti irritanti. E' adatto ad ogni tipo di pelle, soprattutto quella più fragile di neonati ed anziani e contiene vitamina D (Nocentini, 2010). Inoltre contiene tocoferolo (vitamina E), utile alla pelle, è ottimo per pelli sensibili e secche, non ha un particolare odore e si assorbe velocemente (Kyle, 2006).

3. Tabella di revisione della letteratura

Autore	Rivista	Titolo	Anno	Tipologia di studio	Scopo/obiettivi/quesiti	Contenuto ed implicazioni nella pratica
Beck, I., Runeson, I., & Blomqvist, K.	International Journal of Palliative Nursing	To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care.	2009	Ricerca qualitativa con approccio fenomenologico basata su 8 interviste semi-strutturate	Dimostrare come i pazienti oncologici nel contesto delle cure palliative sperimentano il soft massage, come parte integrante dell'assistenza infermieristica.	I pazienti sperimentano dignità e libertà e speranza per il futuro. Il soft massage è un modo di trovare la pace interiore. Questo indica che il potrebbe essere offerto come parte integrante della pratica infermieristica. Maggior ricerca è necessaria per capire come fare e cosa ne ostacola l'integrazione.
Bertagni, B.	Infermiere oggi	Il corpo al centro della relazione tra infermiere e paziente.	2008	Opinione di esperti	Informare sull'importanza della considerazione del corpo nella relazione tra infermiere e paziente	La comunicazione non verbale e la gestione delle proprie emozioni sono importanti nella relazione con il malato. Attraverso la percezione e la profonda conoscenza di noi stessi possiamo essere una risorsa per la persona, contribuire a migliorare il rapporto con essa, trasmettendo dignità, fiducia e protezione.
Boehm, K., Büssing, A., & Ostermann, T.	African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine	Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care: A descriptive systematic review.	2012	Revisione di letteratura	Fornire una revisione sistematica aggiornata e descrittiva delle evidenze ricavate da studi clinici e pre-clinici, valutando i benefici e la sicurezza dell'aromaterapia nei pazienti oncologici.	I rischi derivanti dall'utilizzo di oli essenziali diluiti è minimo, ma la loro applicazione topica prolungata potrebbe causare dermatite allergica da contatto. I pazienti con tumori estrogeno-dipendenti dovrebbero fare particolare attenzione all'utilizzo di essenze quali Lavanda o Tea Tree. L'aromaterapia può essere utilizzata in modo sicuro per ottenere benefici nel breve periodo, quali riduzione dell'ansia e della depressione e miglioramento del sonno e del benessere.
Bonacini, F., & Marzi, A.	La Rivista Italiana di Cure Palliative	Il tocco come cura.	2005	Opinione di esperti	Descrivere cos'è e come può essere utile il contatto nella relazione di cura con il paziente in	Il tocco-massaggio e la relazione aptonomica consentono di comunicare attraverso gesti semplici, dando dignità e identità alla persona e sostenendola nell'ultima fase della vita.

					fase avanzata di malattia.	
Bush, E.	Journal of Holistic Nursing	The use of human touch to improve the well-being of older adults.	2001	Revisione di letteratura	Esplorare i fondamenti teorici che supportano l'utilizzo del tocco nei pazienti anziani. Inoltre educare e fornire indicazioni per la pratica in modo da migliorare l'assistenza fornita e la QdV del malato.	L'utilizzo del tocco rappresenta un intervento vitale e economico per il miglioramento del benessere fisico ed emotivo dei pazienti anziani. Questo può fornire molti benefici, tra cui miglioramento del sonno e della QdV, e supporto alla comunicazione tra familiari e paziente in stadio avanzato di malattia. Si ritiene utile continuare la ricerca in questo campo e sensibilizzare gli studenti a questo tipo di intervento.
Cawthorn, A., & Carter, A.	Complementary Therapies in Nursing & Midwifery	Aromatherapy and its application in cancer and palliative care.	2000	Opinione di esperti	Informare sul servizio di aromaterapia, come parte integrante del piano individuale, utilizzato presso il NCCC	L'aromaterapia risulta essere un'esperienza piacevole da offrire ai pazienti. La sua inclusione nei piani di riabilitazione terapeutica ha contribuito a migliorare il benessere e la guarigione dei malati. E' necessario continuare la ricerca per valutare l'efficacia di questa.
Cooke, B., & Ernst, E.	British Journal of General Practice	Aromatherapy: A systematic review.	2000	Revisione di letteratura	Valutare le indicazioni cliniche per le quali l'aromaterapia può essere raccomandata.	E' supportata la credenza che il massaggio aromaterapico possa essere di aiuto per la riduzione dell'ansia nel breve periodo e che l'effetto sia lievemente superiore rispetto al solo massaggio. Non vi sono però indicazioni cliniche che legittimino la prescrizione di aromaterapia.
De Luca, E., & Papaleo, L.	L'Infermiere	Il nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche.	2010	Opinione di esperti	Descrivere l'esperienza del "Gruppo delle affettività nelle cure infermieristiche".	Il contatto/massaggio è un elemento essenziale dell'assistenza e permette di fortificare la relazione infermiere-paziente, accrescendo la fiducia dell'assistito rispetto all'operatore.
Engen, T., & Ross, B.M.	Journal of Experimental Psychology	Long-term memory of odors with and without	1973	Opinione di esperti	Valutare il riconoscimento degli odori nel lungo termine	La memoria olfattiva risulta essere meno influenzata dal tempo, rispetto a quella uditiva e visiva e non è influenzata dall'esposizione ad

		verbal descriptions.				odori non comuni oppure dall'associazione verbale. Ciò prova l'unicità di questo tipo di memoria.
Ernst, E.	Supportive Care in Cancer	Massage therapy for cancer palliation and supportive care: A systematic review of randomized clinical trials.	2009	Revisione di letteratura	Riassumere e valutare criticamente le evidenze riscontrate con RCT rispetto all'utilizzo del massaggio nell'assistenza oncologica palliativa.	I migliori studi ad oggi suggeriscono che il massaggio può essere efficace se aggiunto alle Cure Palliative, è però necessario continuare le ricerche in questo ambito, evitando i limiti presenti negli studi precedenti.
Fellowes, D., Barnes, K., & Wilkinson, S.	Cochrane Database of Systematic Reviews	Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer (Review).	2004	Revisione di letteratura	Valutare se l'aromaterapia e/o il massaggio riducano le morbilità psicologiche, la sofferenza derivata dai sintomi e/o migliorino la QdV nei pazienti oncologici.	Sia il semplice massaggio, che il massaggio aromaterapico, conferiscono benefici al benessere psicologico e fisico nel breve termine. Le evidenze sono contrastanti e limitate, soprattutto rispetto agli effetti sull'ansia, e sono necessari ulteriori studi per verificare la reale efficacia, anche per valutare l'aumento dei benefici indotto dall'intervento combinato con aromaterapia.
Herz, R.S., & Engen, T.	Psychonomic Bulletin & Review	Odor memory: Review and analysis.	1996	Revisione di letteratura	Identificare similitudini e differenze tra memoria olfattiva e visivo-verbale e se può essere considerata come separata dalle altre.	La memoria olfattiva possiede delle caratteristiche distintive e gli odori sono in grado di evocare memorie emotivamente più potenti, ma è necessario continuare le ricerche per confermare i risultati.
Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B.K., Beaty, B., Felton, S., & Yamashita, T.E.	Annals of Internal Medicine	Massage therapy vs. Simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: A randomized trial.	2008	Trial Randomizzato Controllato (RCT)	Valutare l'efficacia del massaggio nella riduzione del dolore, della sofferenza indotta dai sintomi e nel miglioramento della QdV nei pazienti con cancro avanzato.	Il massaggio determina immediati effetti benefici in dolore e umore, senza aumentare l'utilizzo degli analgesici. Nei pazienti oncologici, però, anche il semplice tocco da parte di familiari o volontari, in aggiunta all'assistenza ordinaria, dovrebbe essere preso in considerazione, in quanto è risultato avere effetti simili.

Kyle, G.	Complementary Therapies in Clinical Practice	Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: Results of a pilot study.	2006	RCT, studio pilota	Valutare l'efficacia del massaggio aromaterapico con olio essenziale di Sandalo nella riduzione dell'ansia in pazienti riceventi Cure Palliative, in confronto alla sola somministrazione di massaggio con olio base e alla sola vaporizzazione di olio essenziale.	La limitatezza del campione non permette di trarre coerenti conclusioni, ma i risultati sembrano supportare l'efficacia dell'olio essenziale di Sandalo nella riduzione dell'ansia. Il massaggio aromaterapico induce effetti migliori rispetto al solo massaggio, simile risultato lo riporta la vaporizzazione dell'olio essenziale.
Mele, C.	Scenario	Nell'assistenza infermieristica l'utilizzo del contatto fisico, tocco-massaggio può essere di aiuto per ridurre sintomi psicofisici nel malato?	2008	Opinione di esperti	Indagare se il contatto fisico possa essere di aiuto per ridurre i sintomi psicofisici del malato.	Il contatto è utile per entrare poi in relazione con l'altro valutandolo nella sua totalità e permette di bilanciare l'effetto degli interventi diagnostico-terapeutici. Il tocco-massaggio rientra nel ruolo dell'infermiere e consente di offrire effetti fisici, psicologici ed emotivi di grande beneficio per la persona malata.
Seiger Cronfalk, B., Strang, P., Ternstedt, B.M., & Friedrichsen, M.	In Seiger Cronfalk, B. (a cura di), <i>Being in safe hands</i> . Stockholm: Karolinska Institutet	The existential impact of soft tissue massage in palliative home care. An intervention study.	2008	Ricerca qualitativa con approccio ermeneutico basata su 22 interviste semi-strutturate	Esplorare come i pazienti seguiti dal team di Cure Palliative sperimentassero il Soft Tissue Massage.	I pazienti definiscono il massaggio come una risorsa di valore, per supportarli nell'ultima fase della vita. La tecnica si rileva utile per fornire una tregua dalla malattia, donando un significato alle loro vite. Tenendo conto la facilità di esecuzione del massaggio e la sua durata, può essere impiegato anche nell'assistenza infermieristica quotidiana.
Shin, E.S., Lee, S.H., Seo, K.H., Park, Y.H., & Nguyen,	Cochrane Database of Systematic Reviews	Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer (Protocol).	2012	Protocollo per revisione di letteratura	Incoraggiare ulteriori ricerche per valutare l'efficacia dell'aromaterapia e/o del massaggio in dolore,	Il massaggio induce benefici in termini di riduzione di sintomi fisici, psicologici, funzione immunitaria e QdV. Se si associa l'aromaterapia, questa sembra aumentarne gli effetti. Sono comunque necessarie ulteriori

T.T.					sofferenza psicologica, funzione immunitaria, QdV e altri sintomi fisici nei pazienti oncologici.	ricerche, seguendo gli standard metodologici riportati, soprattutto rispetto agli effetti sulla funzione immunitaria.
Wilkinson, S., Aldridge, J., Salmon, I., Cain, E., & Wilson, B.	Palliative Medicine	An evaluation of aromatherapy massage in palliative care.	1999	RCT	Valutare gli effetti sulla QdV del solo massaggio con olio base e del massaggio aromaterapico con olio essenziale di Camomilla nei pazienti oncologici seguiti dalle Cure Palliative.	Il massaggio con o senza oli essenziali sembra ridurre i livelli di ansia, ma l'aggiunta dell'essenza appare aumentare l'effetto del massaggio, migliorare i sintomi fisici e psicologici e la QdV.
Zappa, S.B., & Cassileth, B.R.	Journal of Nursing Care Quality	Complementary approaches to palliative oncological care.	2003	Opinione di esperti	Informare sul servizio di Medicina Integrata disponibile presso il MSKCC	Le CAM devono essere somministrate in aggiunta alle terapie convenzionali, da personale specializzato. Questa integrazione migliora sensibilmente l'abilità del paziente di lottare contro il cancro. E' necessario però che ulteriore ricerca venga fatta, utilizzando metodologie standard, per provare l'efficacia delle CAM e supportarne l'utilizzo.