

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**INTERVENTI NON FARMACOLOGICI VOLTI
AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'
DELLA VITA DI PAZIENTI ONCOLOGICI NEL
SETTING PALLIATIVO:
UNA REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatrice: Dott.ssa Griguolo Gaia

Correlatore: Dott. Bottosso Michele

Laureanda: Nicoletti Valentina

Matricola: 2024226

Anno accademico 2023-2024

ABSTRACT

Background: Le patologie oncologiche rappresentano un importante problema per la salute pubblica nei paesi industrializzati, con alti tassi di incidenza e mortalità. In Italia, si stima che nel 2022 siano stati diagnosticati circa 390.700 nuovi casi di tumore, in aumento rispetto ai 376.600 del 2020. La presenza di una patologia oncologica, in particolare nella fase terminale, ha un impatto estremamente rilevante sul paziente, influenzandone la qualità di vita a causa di sintomi debilitanti che coinvolgono aspetti fisici, psicologici e spirituali. L'implementazione di interventi assistenziali che vadano oltre la gestione dei sintomi fisici, considerando anche le dimensioni emotive, psicologiche, spirituali e sociali, risulta cruciale per migliorare il benessere complessivo dei pazienti in fase palliativa. In questo contesto, l'infermiere svolge un ruolo centrale, essendo spesso il professionista più vicino al paziente e alla famiglia, capace di identificare rapidamente i bisogni emergenti e di fornire un supporto personalizzato che faciliti una gestione integrata della cura.

L'obiettivo di questa revisione bibliografica è raccogliere e sintetizzare le evidenze riportate in letteratura a favore dell'efficacia di interventi infermieristici non farmacologici volti al miglioramento della qualità di vita dei pazienti oncologici nel setting palliativo.

Materiali e metodi: La ricerca bibliografica degli articoli per la stesura della revisione è stata eseguita consultando il database internazionale Pubmed utilizzando un'apposita stringa di ricerca per reperire pubblicazioni che riportassero dati di efficacia, valutati utilizzando apposite scale, di interventi non farmacologici volti al miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico nel setting palliativo (non pediatrico, non oncoematologico). Dalle 1164 pubblicazioni reperite dalla ricerca bibliografica, 9 riportavano dati di studi clinici pertinenti al quesito.

Risultati: Dalla revisione di letteratura sono state individuate 9 pubblicazioni che hanno riportato i dati di 6 studi clinici randomizzati e 3 studi prospettici interventistici monobraccio. Gli interventi riportati in letteratura sono risultati eterogenei tra loro: 2 articoli riportavano l'impatto di interventi basati su esercizi riabilitativi (con

miglioramenti significativi nella livello della qualità della vita), 2 riportavano l'efficacia di interventi di medicina non convenzionale quali agopuntura, riflessologia e rilassamento (1 di questi riportava un miglioramento significativo nei livelli di ansia e depressione e 1 nelle componenti fisiche e mentali), 1 articolo riportava l'effetto di interventi educativi sui caregivers (con miglioramento significativo della funzione emotiva, diminuzione di sintomi come affaticamento, nausea e vomito e riduzione dei livelli di ansia) e 4 pubblicazioni riportavano interventi di supporto psicologico (3 di questi riportavano miglioramenti significativi sulla qualità di vita).

Conclusioni: Dalla revisione di letteratura si evidenzia come diverse modalità di intervento possano impattare positivamente sulla qualità di vita nel paziente oncologico, sia in relazione ai sintomi fisici sia a quelli psicologici e spirituali.

Tra gli interventi, quelli di riabilitazione fisica e di supporto psicologico risultano essere tra i più studiati, mentre maggiori studi sono necessari per stabilire l'efficacia di interventi riguardanti i caregivers. In tale contesto, l'infermiere svolge un ruolo fondamentale nell'individuazione e valutazione tempestiva delle problematiche del paziente in fase terminale per poter fornire interventi personalizzati ed integrati.

Parole chiave: qualità di vita, intervento, fine vita, palliativo, infermieristica, cancro, tumore solido.

Background: Cancer diseases represent a major public health problem in industrialised countries, with high incidence and mortality rates. In Italy, an estimated 390,700 new cancer cases will be diagnosed in 2022, up from 376,600 in 2020. The presence of an oncological pathology, particularly in the terminal phase, has an extremely relevant impact on the patient, affecting his or her quality of life due to debilitating symptoms involving physical, psychological and spiritual aspects. The implementation of nursing interventions that go beyond the management of physical symptoms, also considering emotional, psychological, spiritual and social dimensions, is crucial to improve the overall well-being of palliative patients. In this context, the nurse plays a central role, often being the professional closest to the patient and family, capable of rapidly identifying emerging needs and providing personalised support to facilitate integrated care management.

The aim of this literature review is to collect and summarise the evidence reported in the literature in favour of the effectiveness of non-pharmacological nursing interventions aimed at improving the quality of life of cancer patients in the palliative setting.

Materials and methods: The literature search of articles for the drafting of the review was performed by consulting the international Pubmed database using a special search string to find publications reporting efficacy data, assessed using special scales, of non-pharmacological interventions aimed at improving the quality of life of the cancer patient in the palliative setting (non-paediatric, non-haematological). From the 1164 publications found in the literature search, 9 reported data from clinical studies relevant to the question.

Results: The literature review identified 9 publications that reported data from 6 randomised clinical trials and 3 single-arm interventional prospective studies. The interventions reported in the literature were heterogeneous: 2 articles reported the impact of interventions based on rehabilitative exercises (with significant improvements in the level of quality of life), 2 reported the effectiveness of non-conventional medicine interventions such as acupuncture, reflexology and relaxation

(1 of these reported a significant improvement in anxiety and depression levels and 1 in physical and mental components), 1 article reported on the effect of educational interventions on caregivers (with significant improvement in emotional function, decrease in symptoms such as fatigue, nausea and vomiting and reduction in anxiety levels) and 4 publications reported on psychological support interventions (3 of these reported significant improvements in quality of life).

Conclusions: The literature review shows that different intervention modalities can positively impact quality of life in the cancer patient, both in relation to physical and psychological and spiritual symptoms.

Among the interventions, those of physical rehabilitation and psychological support appear to be among the most studied, while more studies are needed to establish the effectiveness of interventions concerning caregivers. In this context, the nurse plays a fundamental role in the early identification and assessment of the problems of the terminally ill patient in order to provide personalised and integrated interventions.

Keywords: quality of life, intervention, end of life, palliative, nursing, cancer, solid tumor.

INDICE

CAPITOLO 1 - INTRODUZIONE	pag. 3
1.1. Aspetti generali: Epidemiologia delle neoplasie	pag. 3
1.2 Cure Palliative. Definizione	pag. 5
1.3 La qualità della vita; un concetto complesso	pag. 6
1.4 la valutazione della qualità della vita	pag. 8
1.5 Possibili interventi per migliorare la qualità della vita nel paziente oncologico nel setting palliativo	pag. 10
1.6 Rilevanza per la professione infermieristica	pag. 11
CAPITOLO 2: SCOPO DELLO STUDIO	pag. 13
CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI	pag. 15
3.1 Quesiti di ricerca	pag. 15
3.2 Criteri di inclusione ed esclusione	pag. 15
3.3 Fonte dei dati e stringa di ricerca	pag. 16
3.4 Sintesi delle pubblicazioni analizzate	pag. 19
CAPITOLO 4: RISULTATI	pag. 21
4.1 Pubblicazioni valutate	pag. 21
4.2 Interventi di riabilitazione fisica	pag. 21
4.3 Interventi di medicina non convenzionale quali agopuntura, riflessologia e rilassamento	pag. 23
4.4 Interventi educativi sui caregivers	pag. 25
4.5 Interventi di supporto psicologico	pag. 27
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	pag. 31
Bibliografia	pag. 33

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Aspetti generali: Epidemiologia delle neoplasie

Con il termine “cancro” o “tumore”, derivante dal latino “Tumor”, si fa riferimento ad un insieme eterogeneo di patologie caratterizzate da una proliferazione cellulare anomala ed incontrollata, capace di infiltrare e danneggiare organi e tessuti sani alterandone sia la struttura che la funzionalità.

La proliferazione cellulare è un processo biologico che si verifica in quasi tutti i tessuti e risulta essenziale per la loro crescita, rigenerazione e riparazione dei danni. Tuttavia, mentre nei tessuti sani vi è un equilibrio tra proliferazione ed apoptosi, nei tumori i meccanismi di controllo che regolano questi processi vengono compromessi dal progressivo accumulo di anomalie genetiche e funzionali del genoma, portando ad una proliferazione cellulare incontrollata.

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità, che riporta i dati del Registro Tumori Italiani, si stima che nel 2022 in Italia vi siano state 390.700 nuove diagnosi di tumori maligni (esclusi i tumori della cute non melanoma), di cui 205.000 negli uomini e 185.700 nelle donne, evidenziando un modesto aumento rispetto ai 376.600 stimati nel 2020 (194.700 negli uomini e 181.900 nelle donne) (AIOM-AIRTUM 2022). Secondo le stime dell'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC), tra il 2020 ed il 2040 il numero di nuove diagnosi oncologiche in Italia aumenterà di circa l'1,3% negli uomini e lo 0,6% nelle donne per anno (AIOM-AIRTUM 2022).

Negli uomini, la patologia oncologica più frequente continua ad essere il carcinoma prostatico (40.500 nuovi casi nel 2022, rappresentando il 19,8% di tutte le diagnosi di neoplasie nel sesso maschile), seguito dal carcinoma polmonare (14,3%), dal carcinoma del colon-retto (12,7%) e dal carcinoma della vescica (11,4%). Per quanto riguarda il sesso femminile, la neoplasia più frequente è il carcinoma della mammella (55.700 nuovi casi nel 2022, 30% di tutti i tumori nel sesso femminile), seguito dal carcinoma del colon-retto (11,9%), del polmone (7,9%) e dell'endometrio (5,5%) (AIOM-AIRTUM 2022).

Nel primo semestre del 2020, confrontato con i relativi primi semestri dei 5 anni precedenti (2015-2019), si è osservato un calo della mortalità per neoplasie in entrambi i sessi. Negli uomini, i decessi sono stati pari a 48.449 (rispetto alla media di 49.742 nel periodo 2015-2019), mentre nelle donne sono stati 39.290 (rispetto ai 39.687 nel periodo 2015-2019), in calo del 2,6% e l'1% rispettivamente (AIOM-AIRTUM 2022) (Figura 1). Tale miglioramento è attribuibile alla sempre più diffusa adozione di campagne di screening ed al miglioramento dei trattamenti disponibili.

In linea con tali dati, nell'arco temporale 2006-2020 si è osservato un aumento della prevalenza di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore (3,6 milioni nel 2020 rispetto ai 2 milioni e mezzo nel 2006), con circa il 65% che ha ricevuto una diagnosi da più di 5 anni e il 39% che ha ricevuto la diagnosi da oltre 10 anni. Di queste, il 53% risulta essere donna mentre il restante 47% risulta essere uomo (AIOM-AIRTUM 2022).

Figura 1: Numero di morti per tumore in Italia nel primo semestre 2020 in confronto alla media dei morti per tumore nello stesso periodo per gli anni 2015-2019 (Immagine da AIOM AIRTUM 2022).

Tipo/sede di tumore maligno	UOMINI		DONNE	
	Numero morti 01-06/2020	Differenza % 01-06/ 2015-19	Numero morti 01-06/2020	Differenza % 01-06/ 2015-19
Tutti i tumori maligni	48.449	-2,6	39.290	-1,0
Labbra, cavità orale e faringe	993	-4,1	488	-4,6
Esofago	661	-2,0	274	+8,3
Stomaco	2.491	-8,1	1.749	-8,7
Colon, retto e ano	5.064	-3,1	4.249	-2,9
Fegato e dotti biliari intraepatici	2.884	-5,9	1.337	-15,8
Pancreas	3.144	+8,3	3.284	+6,3
Laringe	628	-7,6	85	-15,8
Trachea, bronchi e polmoni	10.962	-8,8	5.031	+2,0
Melanomi della cute	637	+4,7	395	-2,8
Mammella			6.460	+0,9
Cervice uterina			259	+9,9
Utero			1.307	0,0
Ovaio			1.620	-1,1
Prostata	3.902	+3,1		
Rene	1.171	+1,4	620	+0,2
Vescica	2.388	+1,7	667	+0,1
Cervello e sistema nervoso centrale	1.220	+3,3	896	-3,2
Tiroide	121	+15,9	148	-6,7
Linfomi	1.462	-1,4	1.163	-1,2
Leucemie	1.746	+0,9	1.323	-1,2
Altri tumori maligni	5.380	-2,6	4.820	-4,3

I fattori di rischio associati ad un aumento del rischio di sviluppare tumori possono essere suddivisi in due gruppi principali: quelli modificabili (fumo, consumo di alcol, dieta, obesità, mancanza di attività fisica e fattori legati ad agenti infettivi) e quelli non modificabili (genetica, età, sesso, sindromi ereditarie)(AIOM AIRTUM 2022). Mantenere uno stile di vita attivo, mangiare sano, ridurre il consumo di alcolici ed eliminare il fumo risulta efficace per ridurre notevolmente il rischio di ammalarsi di tumore.

1.2 Cure palliative: Definizione

Il termine “palliativo” trae la sua origine dal sostantivo latino “pallium” che significa “mantello”. Questo termine suggerisce quindi l’idea di cure palliative come qualcosa che offra riparo e protezione. Le cure palliative sono riconosciute come parte integrante del diritto umano alla salute e consistono in un approccio che punta a migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie (Legge 38/2010, art.1) L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1990, ne formula la prima definizione:

“Le Cure Palliative sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure). È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle Cure Palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia, in unione ai trattamenti anti cancro.” (Organizzazione Mondiale della Sanità 1990).

Nel 2002 vengono apportate alcune modifiche alla definizione precedente, definendo le cure palliative come un “approccio” esteso a tutte le “malattie inguaribili” e con particolare focus sull'identificazione precoce del dolore: *“Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e*

spirituali.” (Organizzazione Mondiale della Sanità 2002).

In Italia, la Legge 38 del 15 marzo 2010 (« Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore») definisce le cure palliative come “*L’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici*” (Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n.65).

Le cure palliative, quindi, devono essere garantite non solo ai malati terminali oncologici, ma a tutte le persone affette da patologie inguaribili, attraverso un approccio multidisciplinare volto a garantire un’assistenza olistica che valuti, oltre ai bisogni fisici, anche quelli psicologici, sociali e spirituali sia del malato che della famiglia. Nel tempo la concezione di cure palliative si è estesa oltre il concetto di patologie inguaribili, andando a comprendere tutte quelle patologie gravi la cui assistenza punta a fornire sollievo dai sintomi, dal dolore e dal peso che questi pazienti affrontano.

Le cure palliative rappresentano dunque un approccio globale, che non si limita solo a quello farmacologico, ma considera la persona nel suo insieme. L’oggetto di cura è il “dolore totale”, che include non solo quello fisico, ma anche quello psicologico, sociale e spirituale. L’obiettivo non è la guarigione, ma il raggiungimento della migliore qualità della vita possibile fino alla fine.

1.3 La qualità della vita: un concetto complesso

Con il termine “qualità di vita” si fa riferimento ad una situazione di completo benessere fisico, psicologico e sociale.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la qualità della vita come: “*la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vivono e in relazione ai loro obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni. È un concetto di ampio respiro, influenzato in modo complesso dalla salute fisica, dallo stato psicologico, dal grado di indipendenza dalle*

relazioni sociali e dalle connessioni con le caratteristiche salienti dell'ambiente” (Organizzazione Mondiale della Sanità 1996).

La qualità della vita è dunque un parametro soggettivo, che si riferisce al modo in cui le persone percepiscono il proprio stato di salute e il relativo impatto sulle loro attività della vita quotidiana. È pertanto un concetto multidimensionale, che comprende vari aspetti, tra cui quelli emotivi, psicologici fisici e sociali (Hanneke Van Laarhoven, 2011).

Per questo motivo, molte scale di valutazione della qualità di vita includono nei loro domini aree come il benessere emotivo, sociale, il disagio, la dignità, l'ansia e la depressione, oltre ai sintomi fisici, al dolore, alle attività della vita quotidiana, alla mobilità e al benessere fisico.

Dignità e normalità intese come il mantenimento del proprio senso di sé e l'indipendenza nello svolgimento delle attività quotidiane costituiscono un ruolo importante sulla percezione della qualità della vita. Molti pazienti, infatti, dovendo spesso richiedere aiuto a familiari, temono di dover gravare su di essi richiedendo supporto logistico e finanziario, preoccupazione che può incidere significativamente sul loro benessere psicologico (Jane Hinkle, 2023).

La spiritualità intesa come “l'esperienza di una persona di connessione con l'essenza della vita, la ricerca di connessione con se stessi, gli altri, la natura e la sacralità” è parte integrante dell'esperienza umana, un concetto multidimensionale non necessariamente associato ad una prospettiva religiosa e che può svolgere un ruolo importante nella capacità di affrontare paura e stress legati al cancro, costituendo un ruolo importante nello sviluppo e implementazione di cure psicosociali adeguate (Jing Chen, 2021).

L'assistenza spirituale risulta essenziale in ambito oncologico in quanto le persone che si trovano in situazione di malattia sperimentano maggiori bisogni spirituali e l'assistenza spirituale viene percepita come una potente risorsa per trovare significato e speranza. L'assistenza spirituale viene elencata nel Codice etico di vari enti infermieristici nazionali ed internazionali. Ad esempio, recentemente l'American Nurses Association e l'American Association of Colleges of Nursing hanno inserito l'assistenza spirituale nell'ambito e negli standard della pratica infermieristica e come elemento essenziale della formazione universitaria (Maria Kyranou, 2021).

Fattori come il dolore e sintomi fisici come dispnea, affaticamento e perdita di appetito influiscono indubbiamente sulla qualità della vita, così come lo stress, ansia per il futuro e fattori psicologici e sociali.

Ad oggi la qualità della vita risulta un obiettivo fondamentale in ambito sanitario, nell'ottica di un approccio al malato che si concentri sulla persona piuttosto che sulla malattia. Per valutare adeguatamente la qualità di vita, dunque, non devono essere considerati solamente gli aspetti correlati ai segni e sintomi della malattia, ma si devono considerare anche gli aspetti psicologici e sociali (Christina Bökberg, 2019).

1.4 La valutazione della qualità della vita

La valutazione della qualità della vita risulta spesso complessa in quanto è una misura soggettiva che varia in base alla percezione individuale del proprio stato di salute. Numerosi ambiti e variabili possono influenzare la sua valutazione e risulta dunque fondamentale considerare le differenze tra i pazienti per poter ottenere un'accurata valutazione.

Generalmente, per la sua valutazione vengono utilizzati questionari che raccolgono dati soggettivi riferiti dai pazienti su come percepiscono la loro qualità di vita in vari domini.

In letteratura vengono riportate molte scale, ma tra le più utilizzate possiamo trovare:

- **Quality of Life Questionnaire Core 30 (QLQ-C30):** una scala sviluppata dall'Organizzazione Europea per la Ricerca e il Trattamento del Cancro (EORTC). È uno degli strumenti maggiormente utilizzati e si tratta di un questionario generico applicabile a pazienti affetti da diverse tipologie di cancro. Il questionario è composto da 30 domande suddivise in tre settori principali: funzionale, sintomi e stato di salute globale. Il punteggio per ogni scala varia da 0 a 100, dove un punteggio più elevato indicano un livello funzionale ed una qualità di vita più elevata.
- **Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G):** questo questionario, composto da 27 item, valuta gli impatti della terapia oncologica

sulla qualità di vita suddividendoli in 4 domini: benessere fisico, sociale/familiare, emotivo e funzionale. Ciascuna delle domande ha un valore di punteggio che va da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). Sono inoltre presenti delle versioni patologia-specifiche di questa scala contenenti domande che approfondiscono particolari fattori legati alla malattia.

- EuroQol-5D (EQ-5D): scala designata per valutare mobilità, cura di sé, attività quotidiane, dolore e disagio, ansia e depressione. Il questionario è composto da due sezioni: nella prima parte viene richiesto di spuntare delle caselle per indicare il livello del problema che varia da 1 (rappresenta nessun problema) a 3 (limitazione maggiore). La seconda parte del questionario (EQ VAS) prevede una valutazione analogo-visiva attraverso l'utilizzo della *Visual Analogue Scale* in cui è rappresentata graficamente una scala che va da 0 (peggiore stato di salute) a 100 (miglior stato di salute possibile).
- MD Anderson Symptom Inventory (MDASI): strumento utilizzato per valutare la gravità dei sintomi e il loro impatto sulla vita quotidiana in cinque aree: attività, umore, lavoro (comprese attività domestiche), relazioni e divertimento. Comprende 13 item riguardanti sintomi comuni nei pazienti oncologici come dolore, fatica, nausea, disturbi del sonno, perdita di appetito, mancanza di respiro e altri sintomi fisici ed emotivi. Ogni sintomo viene valutato con una scala da 0 (assenza di sintomo) a 10 (massimo livello del sintomo), in cui punteggi alti indicano una maggiore gravità di sintomi e una maggiore influenza sulla quotidianità.

Vi sono inoltre scale più specifiche dedicate alla valutazione dei pazienti in contesti di cure palliative tra cui:

- Quality of Life Questionnaire-Core 15 Palliative (QLQ-C15-PAL): versione abbreviata della QLQ-C30 specifica per i pazienti in cure palliative e composto da 15 item presenti nella QLQ-C30 identificati come i più importanti nelle cure palliative.

- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): questionario composto da 9 item (dolore, attività, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, sensazione di benessere). Il punteggio viene valutato su una scala da 0 a 10 dove lo 0 indica nessun dolore e il 10 il peggior dolore possibile.
- McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL): ampiamente utilizzato nelle cure palliative, si focalizza sull'impatto della condizione fisica sulla qualità della vita. Si divide in quattro domini principali: fisico, psicologico, esistenziale/spirituale e sociale.

1.5 Possibili interventi per migliorare la qualità della vita nel paziente oncologico nel setting palliativo

Considerando che la qualità della vita è un elemento fondamentale per i pazienti oncologici, è di estrema importanza attuare interventi volti a mantenerla o migliorarla. In letteratura, sono stati descritti diversi tipi di interventi e diverse modalità di approccio a questa problematica, tra cui:

- Interventi di riabilitazione fisica;
- Interventi di medicina non convenzionale, quali agopuntura, riflessologia e rilassamento;
- Interventi educativi sui caregivers;
- Interventi di supporto psicologico.

In questo tipo di interventi, la valutazione della qualità di vita è rivolta non solo a domini che riguardano i sintomi fisici (quali dolore, dispnea, insonnia, perdita di appetito, affaticamento), ma si focalizza anche su domini più specifici come il funzionamento emotivo, la dignità, la depressione, l'ansia, aspetti spirituali e religiosi e la non accettazione della malattia.

L'applicazione di interventi efficaci e mirati al miglioramento della qualità della vita è

essenziale per favorire il benessere nei pazienti oncologici. Di estrema importanza risulta inoltre la personalizzazione di questi interventi andando a considerare specifiche esigenze e preferenze di ciascun individuo.

Un' approccio multidisciplinare che coinvolga medici, infermieri, psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti ed altri professionisti è essenziale per fornire un supporto completo ed efficace.

1.6 Rilevanza per la professione infermieristica

Gli infermieri svolgono un ruolo di estrema importanza nell'assistenza centrata sul paziente, essendo spesso i professionisti sanitari più vicini ai pazienti. Il personale infermieristico, infatti, fornisce cure continue e personalizzate, che consentono di identificare le esigenze specifiche di ciascun individuo e permettono l'implementazione di interventi mirati per alleviare sintomi fisici e psicologici, migliorando così il benessere fisico e l'autostima.

Secondo il D.M n.739 del 14 settembre 1994, l'infermiere è colui che identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico (Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n.9).

Come sancisce il profilo professionale dell'infermiere, esso *“presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita, riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale”* (Codice Deontologico degli infermieri. FNOPI 2019). La natura dell'assistenza si articola nella prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione attraverso la tecnica, la relazione e l'educazione del paziente, aiutando a favorire una partecipazione attiva da parte del paziente nel processo decisionale.

In questo contesto, lo sviluppo e l'implementazione di interventi rivolti al raggiungimento di una migliore qualità di vita possibile rientrano nelle attività infermieristiche, con il fine di aiutare il paziente ad affrontare al meglio il suo percorso di malattia.

CAPITOLO 2: SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo del presente studio è di eseguire una revisione sistematica della letteratura relativa agli interventi infermieristici non farmacologici volti al miglioramento della qualità di vita nel paziente oncologico nel setting palliativo e di fine vita.

L'analisi si concentra sull'impatto di tali interventi palliativi sui vari aspetti del benessere fisico, psicologico e sociale dei pazienti.

Alla luce della specificità di alcuni sottogruppi di pazienti, in questa analisi non sono stati inclusi i dati relativi ad interventi rivolti a pazienti oncologici pediatrici e pazienti oncoematologici.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Quesiti di ricerca

Questa revisione di letteratura è stata formulata per rispondere al seguente quesito:

- Esistono interventi non farmacologici efficaci per il miglioramento della qualità di vita nel paziente oncologico nel setting palliativo?

È stato quindi utilizzato il metodo PIO per la scomposizione del quesito:

P: paziente oncologico in fase di cure palliative (non pediatrico/non ematologico)

I: intervento non farmacologico volto al miglioramento della qualità di vita

O: miglioramento della qualità di vita e del benessere psico-fisico generale

3.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati individuati come criteri di inclusione per la ricerca:

- articoli reperibili online provvisti di titolo inerente all'argomento trattato con abstract e full text disponibili in rete;
- lingue di pubblicazione: italiano e inglese;
- pubblicazioni riguardanti gli ultimi 20 anni;
- articoli che riportino l'attuazione di interventi volti al miglioramento della qualità di vita;
- articoli che riportino l'esito dell'intervento sull'endpoint qualità di vita.

Sono stati individuati come criteri di esclusione per la ricerca:

- interventi di tipo farmacologico;
- interventi rivolti a pazienti oncologici pediatrici, oncoematologici o pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali;
- articoli che non riportino una valutazione dell'esito dell'intervento;
- articoli non pertinenti alla ricerca.

Le parole chiave individuate dopo aver delineato gli obiettivi e i quesiti di ricerca sono state riassunte nella tabella 1:

Tabella 1: Keywords (parole chiave)

Keywords	Parole chiave
Quality of life	Qualità di vita
Intervention	Intervento
Education	Educazione
Program	Programma
End of life	Fine vita
Palliative	Palliativo
Nursing	Infermieristica
Nurse	Infermiere
Nurse-led	Gestito dall'infermiere
Cancer	Cancro
Carcinoma	Carcinoma
Solid tumor	Tumore solido

Le diverse combinazioni delle suddette parole chiave, collegate fra loro tramite gli operatori booleani (AND, OR), sono state utilizzate per la costruzione della stringa di ricerca per questo lavoro di revisione bibliografica.

3.3 Fonte dei dati e stringa di ricerca

La ricerca finale è stata svolta online nel mese di Luglio 2024 utilizzando il database internazionale:

- Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Per la ricerca su database Pubmed è stata utilizzata la seguente stringa di ricerca composta (ricerca avanzata):

((cancer OR carcinoma OR “solid tumor”) AND (nurse or nurse-led OR nursing) AND (intervention* OR education OR program*) AND (“quality of life”) AND (palliative OR “end of life”) AND ((“2004/01/01”[Date-Publication] : ”3000” [Date-Publication])))

Utilizzando questa stringa di ricerca sono stati identificati n=1164 articoli non duplicati.

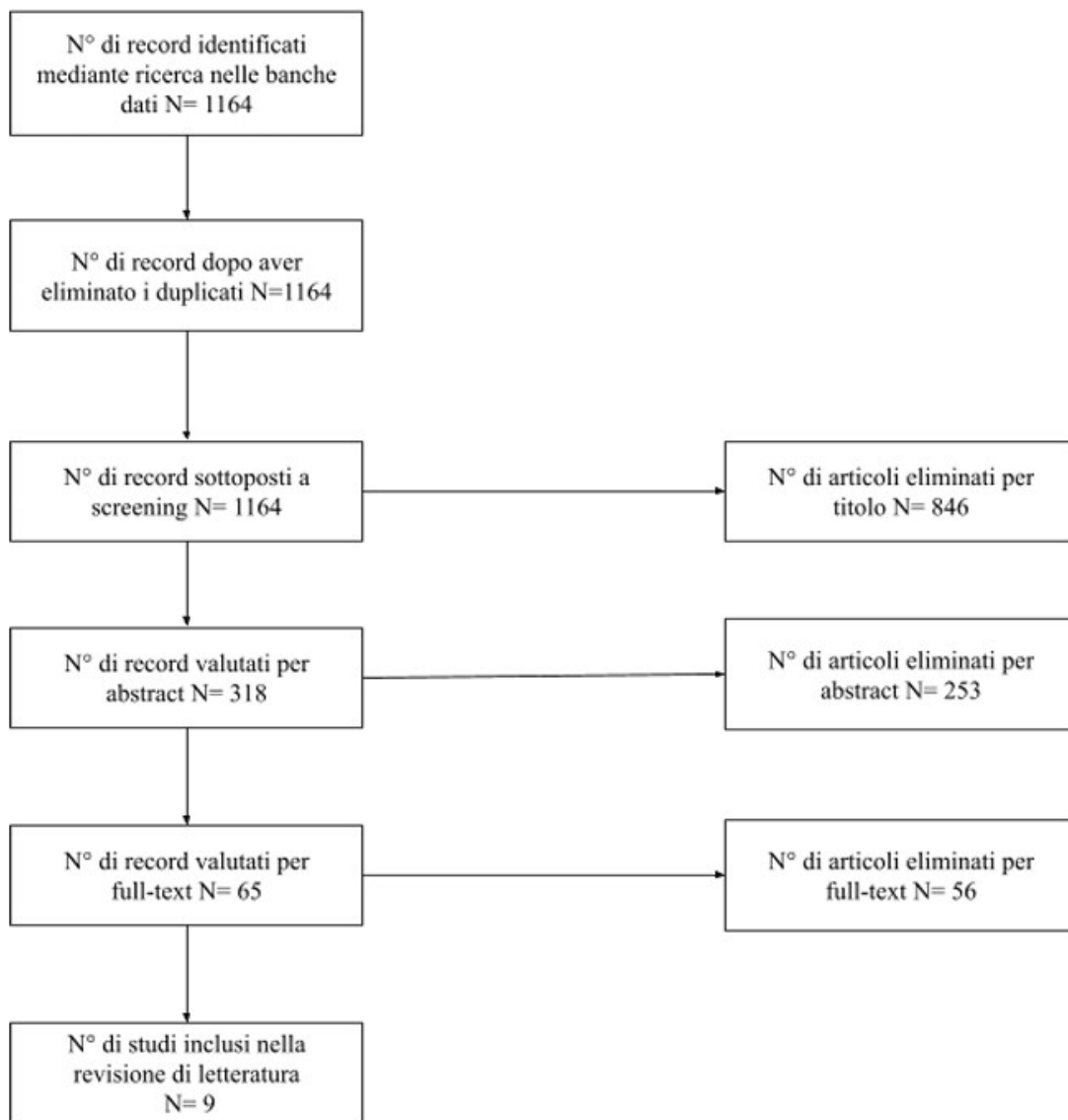
Per una prima valutazione sono stati presi in considerazione gli articoli con titolo correlato o affine all’argomento di tesi, escludendo così le pubblicazioni il cui titolo identificava la non pertinenza rispetto alla ricerca (Figura 2- Step 1).

Successivamente, dalla lettura degli abstract delle pubblicazioni è stata eseguita una seconda selezione (Figura 2-Step2).

Infine, dalla lettura del full-text degli articoli selezionati, sono state individuate le pubblicazioni che rispettavano tutti i criteri di inclusione ed esclusione della ricerca, fino ad arrivare ad una lista finale di n=9 pubblicazioni in full-text, tutte accessibili in formato elettronico (Figura 3-Step3).

Tutti gli articoli identificati erano pubblicati in lingua inglese.

Figura 2. Selezione degli articoli



3.4 Sintesi delle pubblicazioni analizzate

Sono state analizzate 9 pubblicazioni riportanti gli esiti di 9 studi condotti in 7 paesi, rispettivamente: N= 2 Germania, N= 2 Cina, N= 1 Egitto, N= 1 Turchia, N= 1 Iran, N= 1 Malesia e N= 1 Grecia.

Le tipologie di studio incluse sono state:

- N= 6 studi clinici randomizzati
- N= 3 studi interventistici prospettici monobraccio

CAPITOLO 4: RISULTATI

4.1 Pubblicazioni valutate

Dalla revisione di letteratura sono state analizzate 9 pubblicazioni che hanno riportato i dati relativi all'efficacia di interventi non farmacologici volti al miglioramento della qualità di vita nel paziente oncologico in setting palliativo.

Gli interventi riportati in tali pubblicazioni possono essere suddivisi in principali categorie:

- Interventi di riabilitazione fisica;
- Interventi di medicina non convenzionale, quali agopuntura, riflessologia e rilassamento;
- Interventi educativi sui caregivers;
- Interventi di supporto psicologico.

4.2 Interventi di riabilitazione fisica

Nella ricerca sono risultati n=2 articoli che hanno valutato l'impatto sulla qualità di vita di interventi riabilitativi basati su esercizi fisici.

Il primo articolo analizzato riguarda uno studio prospettico che ha valutato come un programma di attività fisica (esercizi di forza e di equilibrio) possa migliorare la qualità della vita nei pazienti terminali. Seppur limitato da una ridotta numerosità dello studio (6 pazienti in totale), i 4 pazienti che sono riusciti a completare il programma hanno riportato un miglioramento numerico della qualità di vita tramite EORTC-QLQ-C30, sebbene il risultato non potesse essere testato statisticamente a causa della bassa numerosità dello studio (David Blum, 2020).

Il secondo articolo identificato riportava i risultati di uno studio quasi sperimentale che ha analizzato l'impatto di un programma di riabilitazione sulla qualità di vita dei pazienti oncologici. Il programma attuato nello studio comprendeva sessioni di fisioterapia in associazione ad assistenza spirituale e psicoeducazione. Tramite la scala

EORTC QLQ-C30 sono stati osservati miglioramenti significativi nella qualità di vita (media pre-test= 44,65 vs, media post-test= 62,73, $p<0,05$), in particolare nei domini del funzionamento fisico, di ruolo, emotivo, cognitivo e sociale. Sono stati osservati miglioramenti significativi anche nel controllo dei sintomi, tra cui affaticamento, nausea, dolore, insonnia, perdita di appetito e dispnea ($p<0,05$). Analogamente tramite scala HADS sono state osservate significative riduzioni nei sintomi di ansia e depressione ($p<0,05$) (Ateya Megahed Ibrahim, 2024).

Articolo, PMID, tipo di studio	Tipo di intervento e campione	Questionari somministrati e valutazione pre-post	Risultati
<p>Titolo: Individual specialist physical activity assessment and intervention in advanced cancer patients on a palliative care ward; a 3 STEPS-study</p> <p>PMID: 32921120</p> <p>Tipo di studio: studio interventistico prospettico monobraccio</p> <p>Blum, D. et al. 2020.</p>	<p>Tipo di intervento: “OTAGO Exercises Program” comprendente tre sessioni a settimana di esercizi di forza ed equilibrio della durata di 20-25 minuti.</p> <p>Campione: n= 6</p>	<p>Questionari: EORTC-QLQ-C30, Distress Thermometer</p> <p>Valutazione pre-post: i partecipanti hanno compilato gli stessi questionari prima, durante e dopo l'intervento. È stata inoltre effettuata un'intervista telefonica ad un mese di distanza per verificare l'aderenza al programma.</p>	<p>Risultati: nei pazienti che sono riusciti a completare l'intervento (n=4) è stata osservata una riduzione numerica del distress e un aumento della qualità di vita valutata secondo i questionari indicati.</p>
<p>Articolo: Impact of comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of</p>	<p>Tipo di intervento: Programma di riabilitazione di 16 settimane che includeva esercizio fisico, psicoeducazione,</p>	<p>Questionari: Quality of Life Questionnaire Core-30, Hospital Anxiety and Depression Scale, Short Form Health</p>	<p>Risultati: sono stati osservati miglioramenti significativi nei punteggi di vari domini della qualità di vita, in</p>

<p>patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study</p> <p>PMID: 38812027</p> <p>Tipo di studio: studio interventistico prospettico monobraccio</p> <p>Ibrahim, A.M. et al. 2024.</p>	<p>consulenza e componenti che affrontavano preoccupazioni spirituali ed esistenziali.</p> <p>Campione: n= 88 pazienti</p>	<p>Survey, Caregiver Burden Inventory, Beck Anxiety Inventory.</p> <p>Valutazione pre-post: i partecipanti hanno completato gli stessi questionari prima e dopo l'intervento.</p>	<p>particolare nel funzionamento fisico ($p<0,05$), di ruolo ($p<0,05$), emotivo ($p<0,05$), cognitivo ($p<0,05$) e sociale ($p<0,05$). In termini di sintomi, sono stati osservati miglioramenti significativi in termini di affaticamento, nausea, dolore, dispnea, insonnia, perdita di appetito e stitichezza ($p<0,05$). È stata osservata una riduzione di ansia ($p<0,05$) e della depressione ($p<0,05$).</p>
--	--	---	---

4.3 Interventi di medicina non convenzionale quali agopuntura, riflessologia e rilassamento.

Tramite revisione della letteratura sono stati individuati n=2 articoli che hanno riportato i risultati di studi clinici randomizzati che valutavano l'efficacia di interventi di medicina non convenzionale per ridurre il livello di stress ed ansia in questo setting.

Il primo studio clinico randomizzato ha valutato l'impatto della stimolazione elettrica con agopuntura sull'ansia in pazienti affetti da neoplasia polmonare. Un totale di 188 pazienti sono stati randomizzati in 3 gruppi:

- un gruppo trattato con stimolazione con agopuntura elettrica transcutanea;
- un gruppo che ha ricevuto stimolazione muscolare senza agopuntura;
- un gruppo di controllo che ha ricevuto terapia palliativa standard.

I pazienti trattati con agopuntura hanno dimostrato un miglioramento significativo

dell'ansia (valutata mediante Self-Rating Anxiety Scale) dopo 28 giorni ($p<0,001$), mentre non vi è stata una variazione significativa nel gruppo trattato con stimolazione muscolare o con sola terapia standard. In aggiunta, nel primo gruppo è stato osservato un miglioramento della qualità di vita, valutata attraverso la Short Form-16 Health Questionnaire, suggerendo come la riduzione dell'ansia possa portare ad un globale incremento della qualità di vita dei pazienti oncologici (Yin-Qing Hu, 2017).

Il secondo articolo riporta uno studio randomizzato che ha valutato l'impatto di interventi di riflessologia e rilassamento su ansia, dolore, depressione e qualità di vita. Lo studio, che randomizzava i pazienti a ricevere o un intervento di riflessologia o un intervento di rilassamento, ha osservato un miglioramento significativo dell'ansia e della depressione ($p<0,001$) in entrambi i gruppi. Inoltre, il gruppo d'intervento di riflessologia ha ottenuto un miglioramento significativo anche della qualità di vita per la componente fisica e mentale ($p<0,001$) dopo 6 settimane di trattamento rispetto al gruppo di rilassamento. Infine, nel gruppo di riflessologia la componente mentale ha mostrato un miglioramento costante durante tutto il periodo, il che potrebbe derivare dal fatto che la maggior parte delle persone durante questo intervento sperimenta un effetto antistress fin dalla prima seduta di trattamento (Alexandra Mantoudi, 2020).

Articolo, PMID, tipo di studio	Tipo di intervento e campione	Questionari somministrati e valutazione pre-post	Risultati
<p>Articolo: The effectiveness of electrical acupuncture stimulation in reducing levels of self-reported anxiety of lung cancer patients during palliative care: a pilot study</p> <p>PMID: 28894706</p>	<p>Tipo di intervento: Transcutaneous Electrical Acupuncture Stimulation, applicata per una durata di 7 giorni</p> <p>Campione: n=188 divisi in 3 gruppi (n=51 gruppo intervento agopuntura, n=75 gruppo intervento</p>	<p>Questionari: Self-Rating Anxiety Scale, Short Form-16 Health Questionnaire, Karnofsky Performance Scale Index.</p> <p>Valutazione pre-post: i partecipanti hanno completato lo stesso questionario pre e</p>	<p>Miglioramento significativo dell'ansia nel gruppo trattato con agopuntura ($31,17\pm 7,55$ vs. $27,86\pm 6,73$, $p<0,001$) rispetto al gruppo di controllo e di stimolazione muscolare.</p> <p>Miglioramento</p>

<p>Tipo di studio: studio clinico prospettico randomizzato</p> <p>Hu, Y. Q. et al. 2017.</p>	<p>stimolazione muscolare, n=62 gruppo controllo).</p>	<p>post-intervento.</p>	<p>nella qualità della vita (57,13 nell'ottavo giorno vs. 60,12 nel ventottesimo) nel gruppo con agopuntura rispetto agli altri gruppi.</p>
<p>Articolo: Complementary therapies for patients with cancer reflexology and relaxation in integrative palliative care. A randomized controlled comparative study</p> <p>PMID: 32924560</p> <p>Tipo di studio: studio clinico prospettico randomizzato</p> <p>Mantoudi, A. et al. 2020.</p>	<p>Tipo di intervento: Interventi di riflessologia e rilassamento della durata di 30 minuti per un periodo di sei sessioni settimanali.</p> <p>Campione: n= 80 pazienti divisi in due gruppi (n=40 gruppo di intervento riflessologia, n=40 gruppo di intervento rilassamento).</p>	<p>Questionari: Greek Hospital Anxiety and Depression Scale, Short Form Health Survey, Greek Brief Pain Inventory.</p> <p>Valutazione pre- post: La valutazione in due periodi (a 4 e 6 settimane dall'inizio dell'intervento) utilizzando gli stessi questionari.</p>	<p>Entrambi i gruppi hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo di ansia e depressione ($p < 0,001$).</p> <p>Per quanto riguarda la qualità di vita, a 4 settimane i due gruppi hanno mostrato simili effetti (riflessologia= 38.83 ± 11.10 e rilassamento = 39.38 ± 11.36), mentre dopo 6 settimane la componente fisica e mentale hanno mostrato un miglioramento nel gruppo di riflessologia rispetto al gruppo di rilassamento ($p < 0,001$).</p>

4.4 Interventi educativi sui caregivers

Sebbene i caregivers svolgano un ruolo fondamentale nell'assistenza dei pazienti

oncologici, spesso possono avere competenze e conoscenze non adeguate, con conseguente sviluppo di problemi emotivi, fisici e sociali che possono riflettersi anche sul paziente.

Nella revisione è stato individuato n=1 studio interventistico prospettico monobraccio che ha valutato l'effetto di un intervento educativo rivolto ai caregivers sulla qualità di vita dei pazienti e dei caregiver stessi. L'intervento consisteva in lezioni da 45 minuti, ad una settimana di distanza, nelle quali veniva consegnato un manuale con riferimenti alle linee guida per le cure palliative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del National Institute for Health and Care Excellence e l'International Nursing Diagnosis.

Il contenuto riguardava argomenti quali la cura generale del corpo, la nutrizione, l'esercizio fisico, il supporto psicologico, i farmaci e il controllo dei sintomi.

Rispetto al basale, i pazienti hanno presentato un miglioramento della funzione emotiva ($p<0,001$), ad una diminuzione dei sintomi di affaticamento e nausea-vomito ($p<0,005$) e ad una diminuzione dei livelli di ansia ($p<0,001$) dei pazienti.

Una limitazione importante di questo studio riguarda il fatto che gli interventi educativi siano stati effettuati solo in ambito ospedaliero poiché era in corso l'ospedalizzazione dei pazienti e che pertanto non potesse essere escluso che la variazione nella sintomatologia presentata dai pazienti potesse dipendere anche da altri fattori, non legati all'intervento. Inoltre, a causa del decesso del 39,9% dei pazienti, è stato possibile eseguire una valutazione della qualità di vita e sintomatologia solo dopo tre settimane dell'intervento, il che potrebbe risultare un periodo di tempo troppo breve (Çalık, Kıymet Yeşilçiçek, 2022).

Articolo; PMID, tipo di studio	Tipo di intervento e campione	Questionari somministrati e valutazione pre-post	Risultati
Articolo: The effect of an educational palliative care intervention on the	Tipo di intervento: interventi educativi sui caregivers della durata di 45 minuti	Questionari: EORTC QLQ-C30, Short Form Health Survey, Beck Anxiety	Miglioramento della funzione emotiva relativa alla qualità di vita ($p<0,001$),

quality of life of patients with incurable cancer and their caregivers PMID: 34761298 Tipo di studio: interventistico prospettico monobraccio Çalık, K.Y. et al 2022.	inerenti la cura del corpo, l'esercizio fisico, il supporto psicologico, i farmaci e il controllo dei sintomi. Campione: n=35 pazienti, n=35 caregivers.	Inventory, Caregivers Burden Inventory. Valutazione pre-post: i partecipanti hanno completato gli stessi questionari prima e dopo l'intervento.	miglioramento significativo nel dominio della nausea ($p<0,005$) e dell'ansia ($p<0,001$) nei pazienti.
--	---	--	---

4.5 Interventi di supporto psicologico

Tramite revisione sistematica sono stati individuati n=4 articoli che riportavano i risultati di 4 studi clinici randomizzati che valutavano interventi basati sul supporto psicologico, di cui 2 focalizzati sulla Dignity Therapy, 1 sulla Mindfulness ed 1 di musicoterapia.

La Dignity Therapy è un intervento finalizzato a volgere l'attenzione sul disagio psicologico e fisico dei pazienti, incoraggiandoli a parlare delle loro vite e degli eventi importanti che hanno vissuto e trovando un significato ed un obiettivo nelle ultime fasi della vita.

I risultati di questi due studi hanno mostrato come la terapia della dignità abbia avuto effetti significativi nel miglioramento della qualità di vita ed un aumento della dignità nei gruppi sperimentali rispetto ai gruppi di controllo. In un articolo è stato inoltre rilevato anche un miglioramento di sintomi fisici come nausea, vomito ed insonnia (Mahsa Zaki-Nejad, 2020), (Yu-Chi Li, 2020).

Gli interventi di Mindfulness sono invece volti al miglioramento del benessere psicologico e della consapevolezza e alla riduzione dello stress e della sofferenza spirituale. Questi tipi di interventi possono risultare utili nei pazienti oncologici in fase palliativa, andando a spostare l'attenzione dalla sofferenza ad un altro oggetto.

Uno studio ha valutato l’impatto di sessioni di cinque minuti di “mindfulness of love”, interventi di meditazione in cui ai pazienti veniva richiesto di rilassare il corpo, chiudere gli occhi e ripetere frasi positive nella loro mente. I pazienti che hanno ricevuto tale intervento hanno riportato un miglioramento negli score di sofferenza e di qualità di vita rispetto al gruppo di controllo che riceveva solo sessioni di “supportive listening” (Min Ai Lim, 2021).

Nel secondo studio veniva invece proposto un intervento di musicoterapia in cui, attraverso l’ascolto di una canzone biograficamente significativa e con specifiche domande, il paziente era portato a riflettere su sentimenti e ricordi. Dall’analisi è emerso un miglioramento statisticamente significativo della sofferenza e del disagio e un aumento del benessere spirituale e dell’integrità dell’ego. Al contrario, non è stato evidenziato un miglioramento significativo della qualità di vita, probabilmente per la breve durata degli interventi e la mancanza di follow-up a lungo termine a causa del decesso dei pazienti. I pazienti nel periodo di fine vita riferiscono comunemente un alto livello di disagio psicologico, emotivo e spirituale, in cui anche una breve diminuzione potrebbe risultare di estrema importanza (Marco Warth, 2021).

Articolo, PMID, tipo di studio	Tipo di intervento e campione	Questionari somministrati e valutazione pre-post	Risultati
<p>Articolo: The effects of Dignity Therapy on the quality of life of patients with cancer receiving palliative care</p> <p>PMID: 33014739</p> <p>Tipo di studio: studio clinico prospettico randomizzato</p>	<p>Tipo di intervento: Tre sessioni da 30-60 minuti riguardanti la Dignity Therapy (una serie di domande aperte che incoraggiano i pazienti a parlare delle loro vite).</p> <p>Campione: n=50 pazienti divisi in due gruppi (n=25 gruppo di intervento, n=25</p>	<p>Questionari: Quality of Life-Core-15-Palliative.</p> <p>Valutazione pre-post: La valutazione è avvenuta prima dell'intervento e successivamente due settimane dopo la fine.</p>	<p>Miglioramento significativo nella qualità della vita rispetto al gruppo di controllo ($p<0,001$), in particolare nel funzionamento fisico ($p=0,01$) e nel funzionamento emotivo ($p<0,001$).</p> <p>Miglioramento significativo di nausea-vomito</p>

Zaki-Nejad, M. et al. 2020.	gruppo di controllo).		($p=0,02$), insonnia ($p<0,001$), appetito ($p=0,02$) e stitichezza ($p<0,001$).
<p>Articolo: The effectiveness of Dignity Therapy as applied to end of life patients with cancer in Taiwan: A quasi-experimental study</p> <p>PMID: 32335317</p> <p>Tipo di studio: studio clinico prospettico randomizzato</p> <p>Li, Y. C. et al. 2020.</p>	<p>Tipo di intervento: “Dignity Therapy”</p> <p>Campione: n=27 divisi in due gruppi (n=16 gruppo di intervento, n=14 gruppo di controllo).</p>	<p>Questionari: Inventory Mandarin version, Demoralization Scale Mandarin Version, Patient Health Questionnaire-9.</p> <p>Valutazione pre-post: La valutazione è stata effettuata in tre diversi momenti: prima dell'intervento, al 7° giorno e al 14° dopo l'intervento.</p>	<p>Miglioramento significativo nel gruppo d'intervento per i domini relativi alla dignità (post-test 1 $p=0,002$ e post-test 2 $p=0,027$), demoralizzazione (post-test 1 $p=0,025$ e post-test 2 $p<0,032$) e depressione (post-test 2 $p<0,032$)</p>

<p>Articolo: The effect of 5 - min of mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: A randomized study.</p> <p>PMID: 33913192</p> <p>Tipo di studio: studio clinico prospettico randomizzato</p> <p>Lim, M. A. et al. 2021.</p>	<p>Tipo di intervento: “5-min mindfulness of love”.</p> <p>Una sessione di 5 minuti di meditazione in cui veniva richiesto di rilassare il corpo, chiudere gli occhi e ripetere frasi positive nella propria mente.</p> <p>Campione: n=30 gruppo di intervento, n=30 gruppo di controllo.</p>	<p>Questionari: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy, Suffering Pictogram.</p> <p>Valutazione pre-post: I partecipanti hanno ripetuto gli stessi questionari prima e dopo l'intervento.</p>	<p>Miglioramenti nel punteggio di sofferenza totale ($p=0,007$) e nella qualità di vita spirituale ($p=0,000$) rispetto al gruppo di controllo.</p> <p>Miglioramenti significativi relativi alla riduzione di preoccupazione ($p=0,027$), rabbia ($p=0,047$), non accettazione ($p=0,018$) e sensazione di vuoto ($p=0,047$).</p>
---	---	---	---

			Miglioramento significativo nei domini riguardanti la FACIT-sp-12: significato ($p=0,006$), pace ($p=0,001$) e fede ($p=0,015$).
<p>Articolo: “Song Of Life” results of a multicenter randomized trial on the effect of biographical music therapy in palliative care. PMID: 33876660</p> <p>Tipo di studio: studio clinico prospettico randomizzato</p> <p>Warth, M. et al. 2021.</p>	<p>Tipo di intervento: “Song Of Life”. intervento di rilassamento di musicoterapia della durata di tre sessioni da 20-30 minuti che lavora con una canzone biograficamente significativa.</p> <p>Campione n=104 pazienti divisi in due gruppi (n=52 gruppo di intervento, n=52 gruppo di controllo).</p>	<p>Questionari: McGill Quality of Life Questionnaire, Brief Measure of Generativity and Ego.Integrity, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being, Distress Thermometer, Feedback Questionnaire.</p> <p>Valutazione pre- post: La valutazione post-intervento è avvenuta con versioni modificate del Feedback Questionnaire per la valutazione della percezione e soddisfazione del trattamento.</p>	<p>Non differenze significative nei due gruppi per il dominio psicologico della qualità di vita; miglioramento del benessere spirituale e dell’integrità dell’ego in entrambi i gruppi ($p=0,04$ e $p<0,01$).</p> <p>Il disagio momentaneo è risultato significativamente inferiore nel gruppo di intervento “SOL”, ma in maniera non statisticamente significativa</p>

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le patologie oncologiche rappresentano una delle principali cause di morte nel mondo, e la loro incidenza è in progressivo aumento. Tale fenomeno comporta un incremento nella richiesta di cure palliative, un ambito che richiede un'attenzione sempre maggiore alla complessità e alla fragilità del paziente. I pazienti oncologici in fase terminale necessitano di un'assistenza multidimensionale e altamente personalizzata, che vada oltre la gestione dei sintomi fisici per includere anche i bisogni psicologici, sociali e spirituali. La complessità di questi bisogni richiede una presa in carico integrata, in cui il ruolo dell'infermiere emerge come centrale.

L'infermiere si trova spesso in prima linea nell'assistenza ai pazienti terminali e, proprio per il rapporto di vicinanza che instaura con il paziente e la famiglia, è in grado di rilevare tempestivamente i cambiamenti nei bisogni e nelle condizioni del paziente. Questa figura rappresenta non solo un supporto operativo, ma anche emotivo, fungendo da mediatore tra il paziente, i familiari e il team sanitario. L'infermiere, infatti, è colui che ha il contatto più diretto e frequente con il paziente, e questa vicinanza consente una maggiore comprensione delle esigenze individuali, che possono variare considerevolmente da un paziente all'altro e nel tempo.

La revisione della letteratura ha permesso di identificare diversi interventi volti al miglioramento della qualità di vita nel paziente oncologico in setting palliativo e di terminalità. Negli studi analizzati, interventi di riabilitazione fisica, uso di terapie complementari (come agopuntura e riflessologia) e il supporto psicologico (mediante dignity therapy e mindfulness) si sono dimostrati efficaci nel ridurre sintomi quali ansia e depressione e si sono associati ad un miglioramento nella qualità di vita e nel benessere spirituale dei pazienti. L'efficacia di questi interventi è stata osservata anche con sedute brevi, della durata variabile tra 5 e 30 minuti, evidenziando come anche un piccolo impegno temporale possa contribuire a significativi miglioramenti nel benessere complessivo del paziente. Questi interventi, inoltre, vanno a sostenere la dimensione psicologica e spirituale, spesso trascurata ma fondamentale in pazienti che si trovano ad affrontare il fine vita.

Sebbene i caregivers svolgano un ruolo fondamentale nell'assistenza dei pazienti oncologici, solo un articolo è andato a valutare l'efficacia di un intervento educativo rivolto ad essi sulla qualità di vita dei pazienti oncologici, riportando un miglioramento significativo nell'ambito dei sintomi e dei livelli di ansia di quell'ultimi. Sebbene tali risultati siano incoraggianti, sottolineano la necessità di ulteriori studi per potenziare e meglio definire l'efficacia di questo tipo di interventi.

La valutazione della qualità di vita dei pazienti oncologici è un ulteriore elemento di grande importanza per garantire un'assistenza adeguata e personalizzata. L'utilizzo di scale come la QLQ-C15-PAL, specifica per le cure palliative, e la MQOL che prende in considerazione l'aspetto psicologico, spirituale e sociale, permette una misurazione più accurata dei bisogni e del livello di benessere del paziente. Queste scale aiutano gli operatori sanitari a rilevare aree critiche su cui intervenire, migliorando la qualità dell'assistenza e adattandola alle esigenze specifiche di ciascun individuo. In questo contesto, l'infermiere svolge un ruolo chiave: attraverso l'utilizzo di questi strumenti, è in grado di monitorare costantemente la qualità di vita del paziente e di adattare gli interventi in modo tempestivo e mirato.

In conclusione, emerge chiaramente l'importanza di un approccio olistico e multidisciplinare nell'assistenza ai pazienti oncologici in fase terminale. L'infermiere, in particolare, rappresenta un cardine non solo per la vicinanza fisica al paziente, ma anche per la capacità di comprenderne i bisogni complessi e di fornire un supporto personalizzato. È fondamentale che i programmi di formazione infermieristica includano una preparazione specifica per affrontare i bisogni emotivi, psicologici e spirituali dei pazienti, così come la formazione dei caregiver, riconoscendoli come parte integrante del processo di assistenza. Solo attraverso un'assistenza integrata e personalizzata sarà possibile garantire una qualità di vita dignitosa e soddisfacente anche nella fase finale della malattia.

Bibliografia

AIOM-AIRTUM (2022). I numeri del Cancro in Italia 2022. Intermedia Editore.

Blum, D., Schuetz, C., Jensen, W., Wannke, L., Ketels, G., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2020). Individual specialist physical activity assessment and intervention in advanced cancer patients on a palliative care ward; the 3STEPS-study. *Annals of palliative medicine*, 9(6), 4315–4322. <https://doi.org/10.21037/apm-19-472>

Bökberg, C., Behm, L., & Ahlström, G. (2019). Quality of life of older persons in nursing homes after the implementation of a knowledge-based palliative care intervention. *International journal of older people nursing*, 14(4), e12258. <https://doi.org/10.1111/opn.12258>

Çalık, K. Y., Küçük, E., & Halimoğlu, B. (2022). The effect of an educational palliative care intervention on the quality of life of patients with incurable cancer and their caregivers. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2427–2434. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06672-1>

Chen, J., You, H., Liu, Y., Kong, Q., Lei, A., & Guo, X. (2021). Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine*, 100(1), e24264. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024264>

Ministero della Sanità. (1994). *Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n.9.

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (2010) Legge n.38 (Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n.65).

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2019). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*. FNOPI.

Hinkle, J., Wiener, L., Altschuler, A., Brock, K. E., Casperson, M., Chao, C. R., Fisher, L., Kushi, L. H., Lakin, J. R., Lefebvre, A., Schwartz, C. M., Shalman, D. M., Wall, C. B., & Mack, J. W. (2023). What Constitutes Quality of Life? Perspectives of Adolescents and Young Adults With Advanced Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*, 21(12), 1243–1250. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.7067>

Hu, Y. Q., Wu, Y. F., & Hou, L. L. (2017). The Effectiveness of Electrical Acupuncture Stimulation in Reducing Levels of Self-reported Anxiety of Lung Cancer Patients during Palliative Care: A Pilot Study. *Iranian journal of public health*, 46(8), 1054–1061

Ibrahim, A. M., Wahba, N. M. I., Zaghmir, D. E. F., Mersal, N. A., Mersal, F. A., Ali, R. A. E., Eltaib, F. A., & Mohamed, H. A. H. (2024). Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study. *BMC nursing*, 23(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>

Kyranou, M., & Nicolaou, M. (2021). Associations between the spiritual well-being (EORTC QLQ-SWB32) and quality of life (EORTC QLQ-C30) of patients receiving palliative care for cancer in Cyprus. *BMC palliative care*, 20(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00830-2>

Li, Y. C., Feng, Y. H., Chiang, H. Y., Ma, S. C., & Wang, H. H. (2020). The Effectiveness of Dignity Therapy as Applied to End-of-Life Patients with Cancer in Taiwan: A Quasi-Experimental Study. *Asian nursing research*, 14(4), 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.04.003>

Lim, M. A., Ang, B. T., Lam, C. L., Loh, E. C., Zainuddin, S. I., Capelle, D. P., Ng, C. G., Lim, P. K., Khor, P. Y., Lim, J. Y., Huang, S. Y., Low, G. Q. J., Gan, X. Y., & Tan, S. B. (2021). The effect of 5-min mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: A randomized controlled study. *European journal of cancer care*, 30(5), e13456. <https://doi.org/10.1111/ecc.13456>

Mantoudi, A., Parpa, E., Tsilika, E., Batistaki, C., Nikoloudi, M., Kouloulis, V., Kostopoulou, S., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2020). Complementary Therapies for Patients with Cancer: Reflexology and Relaxation in Integrative Palliative Care. A Randomized Controlled Comparative Study. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 26(9), 792–798. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0402>

Organizzazione Mondiale della Sanità (1990). Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1996). What quality of life?

van Laarhoven, H. W., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K. C., Verhagen, C. A., & Prins, J. B. (2011). Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer nursing*, 34(4), 302–314. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f9a040>

Warth, M., Koehler, F., Brehmen, M., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Kessler, J. (2021). "Song of Life": Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care. *Palliative medicine*, 35(6), 1126–1136. <https://doi.org/10.1177/02692163211010394>

Zaki-Nejad, M., Nikbakht-Nasrabadi, A., Manookian, A., & Shamshiri, A. (2020). The Effect of Dignity Therapy on the Quality of Life of Patients with Cancer Receiving Palliative Care. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25(4), 286–290.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_51_19