

SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – SUPSI
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale –DEASS

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di tesi Bachelor (Bachelor Thesis)

**“Difficoltà alimentari durante il trattamento di chemioterapia:
indicazioni alimentari, educazione e ruolo infermieristico.”**

Studente
Ines Filipa Mestre Pelado

Relatore
Carla Pedrazzani

Anno accademico
2016-2017

Luogo e Data
Manno, maggio 2018

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – SUPSI
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale –DEASS

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di tesi Bachelor (Bachelor Thesis)

Titolo

“Difficoltà alimentari durante il trattamento di chemioterapia: indicazioni alimentari, educazione e ruolo infermieristico.”

Studente
Ines Filipa Mestre Pelado

Relatore
Carla Pedrazzani

Anno accademico
2016-2017

Luogo e Data
Manno, maggio 2018

ABSTRACT

Introduzione

In questo lavoro di tesi Bachelor si è affrontato il tema dell'alimentazione correlata al cancro durante il trattamento chemioterapico, un aspetto spesso sottovalutato ma molto complesso. I pazienti possono riscontrare delle difficoltà alimentari legate agli effetti collaterali della chemioterapia, le quali possono venir colmate tramite delle indicazioni generali o più specifiche in base al sintomo che si presenta.

Obiettivi

Gli obiettivi del seguente lavoro di tesi sono quelli di evidenziare quale sia l'alimentazione più adatta che dovrebbe seguire una persona adulta affetta da tumore in trattamento chemioterapico, definire le caratteristiche e gli effetti dell'educazione nutrizionale e riflettere sul ruolo infermieristico in relazione all'alimentazione durante il trattamento chemioterapico.

Metodologia

Per il raggiungimento degli obiettivi si è scelto di svolgere una revisione della letteratura. Gli articoli scientifici sono stati individuati principalmente su tre banche dati: CINAHL (EBSCO), Ovid Nursing Full Text Plus e Pubmed, utilizzando le seguenti parole chiave: "Chemotherapy", "Nutritional education", "Nursing" o "Chemotherapy", "Nutrition" ed "Education".

Da quest'ultime sono stati ricavati 6 articoli ritenuti pertinenti in base a tre criteri di esclusione formulati prima di procedere alla ricerca.

Risultati

L'analisi degli articoli ha evidenziato le diverse caratteristiche che deve avere il processo di educazione nutrizionale durante il trattamento chemioterapico. Ha, inoltre, permesso di far emergere gli effetti sui pazienti di tale educazione, evidenziando risultati positivi sugli outcome dei pazienti.

Conclusioni

Il cancro è ancora oggi una patologia molto presente nella nostra società. Una buona conoscenza delle difficoltà alimentari, degli effetti collaterali provocati dalla chemioterapia e delle corrette indicazioni alimentari in concomitanza ad una consulenza alimentare, può aiutare il paziente ad affrontare in maniera ottimale la malattia e la terapia a cui si sottopone, migliorando il suo benessere fisico e psichico. Il ruolo dell'infermiere, in ambito nutrizionale, è articolato e l'educazione nutrizionale occupa un posto determinante.

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUZIONE | 1 |
| 1.1 Motivazione | 1 |
| 1.2 Scopo e obiettivi | 1 |
| 1.3 Metodologia | 2 |
| 2. QUADRO TEORICO – BACKGROUND | 3 |
| 2.1 Difficoltà alimentari e malnutrizione nel paziente oncologico | 3 |
| 2.2 Problemi alimentari durante il trattamento chemioterapico | 7 |
| 2.3 Vantaggi e principi di una corretta alimentazione | 12 |
| 2.4 Indicazioni alimentari durante la chemioterapia | 16 |
| 3. REVISIONE DELLA LETTERATURA | 20 |
| 3.1 Metodologia della ricerca | 20 |
| 3.2 Tabella riassuntiva degli articoli eleggibili per la revisione | 23 |
| 3.3 Risultati e discussione dei risultati | 27 |
| 4. IL RUOLO INFERMIERISTICO NELL'EDUCAZIONE NUTRIZIONALE AI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO | 32 |
| 5. CONCLUSIONI | 34 |
| 6. BIBLIOGRAFIA | 37 |

1. INTRODUZIONE

1.1 Motivazione

Per lo sviluppo di questo lavoro di tesi è stato scelto un tema inerente l'oncologia. Durante il mio percorso sia personale che professionale mi sono confrontata spesso con persone malate di cancro. Sono inoltre interessata al tema dell'alimentazione poiché presente nella vita quotidiana di ognuno di noi e alimentarsi in modo corretto è di estrema importanza.

A questo punto si è deciso di mettere insieme i due temi e approfondire l'argomento che riguarda l'alimentazione durante il trattamento chemioterapico, con l'intento di ampliare ed incrementare il mio bagaglio culturale e professionale riguardo a questa tematica.

La ragione principale della scelta nasce dalle esperienze personali vissute e dal forte coinvolgimento rispetto all'argomento dell'alimentazione, poiché diverse volte mi sono confrontata con situazioni di disagio e di fragilità da parte dei pazienti per i diversi effetti collaterali che compaiono a causa del trattamento chemioterapico e per come venivano messi a dura prova quando dovevano cambiare completamente lo stile di vita alimentare.

I problemi nutrizionali hanno un elevato peso sulla gestione degli effetti collaterali e non sono da sottovalutare poiché le indicazioni sono molte, a dipendenza delle problematiche che si presentano durante il trattamento.

Ritengo questa questione di grande importanza poiché in vista del percorso professionale intrapreso, avrò l'occasione di interagire con pazienti affetti da tumori.

1.2 Scopo e obiettivi

Lo scopo di questo elaborato è principalmente l'individuazione della relazione che esiste tra il cancro e l'alimentazione, considerando le indicazioni alimentari suggerite durante il trattamento chemioterapico e definendo le caratteristiche e gli effetti dell'educazione nutrizionale. Si sono approfonditi questi temi perché nella nostra professione di curante non basta conoscere le indicazioni alimentari raccomandate ma è fondamentale riflettere sul ruolo infermieristico in relazione all'educazione nutrizionale durante il trattamento chemioterapico, per poter soddisfare i bisogni del paziente tramite le conoscenze e le competenze apprese.

Gli obiettivi specifici del seguente lavoro di tesi Bachelor sono:

- Evidenziare quale sia la relazione tra cancro e alimentazione e le indicazioni alimentari durante il trattamento chemioterapico
- Definire le caratteristiche e gli effetti dell'educazione nutrizionale durante il trattamento chemioterapico
- Riflettere sul ruolo infermieristico in relazione all'educazione nutrizionale durante il trattamento chemioterapico.

1.3 Metodologia

La metodologia che è stata scelta per la redazione della tesi è una revisione di letteratura.

La revisione della letteratura “è una sintesi scritta dello stato delle evidenze su un problema di ricerca”, con l’obiettivo principale di integrare le diverse evidenze scientifiche per offrire una rassegna delle conoscenze e delle lacune della ricerca su quel tema (Polit, Beck, & Palese, 2014).

Per redigere una revisione della letteratura, l'autore recupera attraverso la letteratura molteplici fonti di informazioni e sintetizza i risultati di tutte quelle più rilevanti in un unico articolo. In questo modo una grande quantità di informazioni viene raccolta e trascritta, garantendo così al lettore una comprensione chiara e facile dell’argomento (Green, Johnson, & Adams, 2001).

L'obiettivo di una revisione della letteratura è quello di esporre in modo oggettivo le conoscenze attuali su un argomento e di fondare questo riepilogo sulle ricerche pubblicate precedentemente (Green et al., 2001).

Dal punto di vista organizzativo, pianificare un indice è stato fondamentale per la stesura del quadro teorico poiché ha aiutato a restringere i campi che si vogliono trattare ed approfondire, anche se durante la scrittura del quadro teorico, esso è cambiato alcune volte.

I contenuti scelti per il quadro teorico sono stati: difficoltà alimentari e malnutrizione nel paziente oncologico, problemi alimentari durante il trattamento chemioterapico, vantaggi e principi di una corretta alimentazione, indicazioni alimentari durante la chemioterapia e educazione e consulenza alimentare.

Si è deciso di iniziare il quadro teorico con la tematica delle difficoltà alimentari e della malnutrizione nel paziente malato di cancro per sottolineare quanto l'alimentazione venga colpita dalla malattia oncologica. In seguito, è rilevante identificare quali siano i problemi alimentari che si possono manifestare a causa del trattamento chemioterapico.

Individuando i diversi effetti collaterali durante la chemioterapia e legando essi all’argomento dell'alimentazione era inevitabile scoprire i vantaggi e i principi degli alimenti, suggerendo indicazioni alimentari da applicare durante il trattamento. Infine, per concludere questo capitolo si è deciso di dare brevemente delle spiegazioni rispetto l'educazione e la consulenza alimentare effettuata da parte del personale curante per pazienti e familiari.

2. QUADRO TEORICO – Background

2.1 Difficoltà alimentari e malnutrizione nel paziente oncologico

Il tema dell'alimentazione è rilevante in oncologia in quanto il cancro comporta una varietà di problemi nutrizionali con cambiamenti metabolici e alimentari importanti. I pazienti possono manifestare una prolungata risposta catabolica alla presenza del tumore, con conseguente perdita di peso e atrofia muscolare. Questo può influenzare lo stato di prestazione, lo stato psicologico e la capacità di tollerare e resistere alla chemioterapia (McGinley, 2016).

Secondo Esper & Harb, (2005) la cancerogenesi comporta un'alterazione del metabolismo lipidico con un aumento di tale metabolismo che implica una riduzione dell'energia disponibile associata ad un aumentato consumo (citato in Moreland, 2010, p. 613).

Questi cambiamenti sono direttamente collegati alla qualità della vita dei pazienti e a quella dei loro familiari, ma anche al rischio di mortalità e morbilità per l'individuo (McGinley, 2016).

Quando si considera l'impatto sulla qualità di vita, bisogna considerare la riduzione della forza e dei livelli di energia come conseguenza della perdita di peso, del deperimento muscolare e dell'impatto che questo ha sulla capacità del paziente di mantenere la propria indipendenza con le attività di vita quotidiana (McGinley, 2016).

L'incidenza globale della malnutrizione in caso di cancro varia dal 30% all'85%, con una maggiore prevalenza nei pazienti con tumore gastrico, pancreatico, prostatico, polmonare e a livello del colon. Oltre al tipo, al sito, al grado e allo stadio del cancro, l'incidenza della malnutrizione è anche influenzata dai trattamenti antitumorali e dalle caratteristiche del paziente, tra cui età, sesso e suscettibilità individuale (Argilés, 2005). L'eziologia di base della malnutrizione nei pazienti oncologici è multifattoriale e include anomalie nella funzione gastrointestinale. Queste anomalie gastrointestinali possono essere causate da meccanismi correlati al tumore o terapie antitumorali oltre alle anomalie metaboliche indotte dal tumore (Nicolini et al., 2013).

Le linee guida dell'American Society for Parenteral and Enteral Nutrition definiscono la malnutrizione uno stato nutrizionale acuto, subacuto o cronico, in cui una combinazione di vari gradi di iponutrizione o sottanutrizione con o senza attività infiammatoria, porta a un cambiamento nella composizione corporea e nella diminuzione della funzione.

La malnutrizione è correlata alla malattia cronica quando l'infiammazione è di grado da lieve a moderato ed è correlata a malattia acuta quando c'è una marcata risposta infiammatoria (Nicolini et al., 2013).

La malnutrizione associata al cancro si verifica come conseguenza di uno squilibrio tra i bisogni nutrizionali del paziente, le esigenze del tumore e la disponibilità di nutrienti nel corpo. Questo squilibrio può derivare da un'assunzione inadeguata di cibo, una dieta povera o squilibrata, oppure da bisogni in eccesso, nonostante un buon apporto nutrizionale (Argilés, 2005). La patofisiologia nello sviluppo della malnutrizione è complessa e il cancro stesso contribuisce alla sua crescita (Argilés, 2005).

Si ritiene che sia il tumore che i trattamenti antitumorali, come la chemioterapia, diano luogo ad un ridotto apporto nutrizionale ed anomalie metaboliche, che contribuiscono alla patogenesi della malnutrizione.

Il tumore può rilasciare fattori che causano disturbi metabolici, che contribuiscono allo sviluppo della malnutrizione (Argilés, 2005).

Malattia e malnutrizione sono strettamente collegate e possono svilupparsi rapidamente in un "circolo vizioso", in cui la malattia causa una riduzione dell'assunzione di cibo, malassorbimento e/o aumento della perdita di nutrienti, che a sua volta si traduce in una maggiore suscettibilità alle complicanze. Queste complicazioni si sommano al livello di malattia del paziente, tra cui diminuzione della mobilità, affaticamento, scarsa risposta alla terapia e più complicazioni, che possono ulteriormente ridurre lo stato nutrizionale (Argilés, 2005).

La digestione decompone chimicamente i nutrienti dal cibo in composti che possono essere assorbiti attraverso la parete dell'intestino nel flusso sanguigno per il trasporto intorno al corpo. I nutrienti possono essere classificati come macronutrienti o micronutrienti. I macronutrienti sono consumati in grandi quantità e forniscono energia, compresi carboidrati, proteine e grassi mentre i micronutrienti, come vitamine, minerali e oligoelementi sono consumati in piccolissime quantità. Sono necessari per una vasta gamma di processi essenziali come la crescita, il mantenimento, la protezione e la riparazione del corpo (Argilés, 2005).

La malnutrizione si manifesta prima che i segni clinici siano evidenti e, a breve termine, le conseguenze di uno stato nutrizionale scadente potrebbero non essere evidenti. Tuttavia, un apporto nutrizionale inadeguato per un tempo prolungato, altera la composizione corporea (il cui risultato è la perdita di peso) e influisce negativamente sulle funzioni del corpo (Argilés, 2005).

L'inedia prolungata o la malnutrizione si traducono in riduzione della funzione scheletrica, cardiaca e respiratoria dei muscoli, aumento della suscettibilità alle infezioni dovuta a compromissione della funzione immunitaria, scarsa guarigione delle ferite e perdita di massa corporea (Argilés, 2005).

L'apporto nutrizionale inadeguato provoca anche atrofia del rivestimento intestinale, diminuzione delle secrezioni intestinali e cambiamenti nella flora intestinale, che riducono ulteriormente la funzione intestinale e la capacità di ottenere nutrienti (Argilés, 2005).

La malnutrizione associata al cancro si verifica quando i bisogni nutrizionali del paziente non sono soddisfatti a causa della cattiva assunzione di cibo, dell'assorbimento e/o assimilazione e delle maggiori perdite di nutrienti a causa delle modificazioni date dal metabolismo tumorale. Non esiste una definizione universalmente accettata per la malnutrizione associata al cancro, tuttavia, può essere definita come "uno stato di nutrizione in cui una carenza o eccesso (o squilibrio) di energia, proteine e altri nutrienti provoca effetti avversi misurabili sul tessuto, sulla funzione e sui risultati clinici". I processi che portano alla malnutrizione si verificano come conseguenza della malattia di base, in questo caso, del cancro, e sono diversi da quelli osservati nella semplice fame. Sebbene l'obesità sia anche una forma di malnutrizione, questo problema si

concentra sulla denutrizione, che è particolarmente comune nei pazienti con cancro (Argilés, 2005).

Perdita di massa muscolare, compromissione della funzione muscolare, affaticamento, ridotta attività fisica e ridotta capacità funzionale sono stati riportati in pazienti malnutriti. Un basso livello di attività fisica porta ad un ulteriore spreco e debolezza muscolare ed è anche associato ad una diminuzione dell'appetito, che favorisce il declino nutrizionale (Argilés, 2005).

È stato dimostrato che la malnutrizione è correlata con uno scarso rendimento, minore sopravvivenza e aumento della mortalità. In una piccola ma significativa proporzione di pazienti, l'eccessiva perdita di peso può essere essa stessa la causa della mortalità (Argilés, 2005).

Una ridotta risposta al trattamento è stata riportata nei pazienti malnutriti con cancro rispetto a quelli di peso normale. È stato dimostrato che la perdita di peso è correlata ad una diminuzione della risposta alla chemioterapia e un aumento dell'incidenza e della gravità della tossicità correlata al trattamento nei pazienti malnutriti, rispetto a quelli con peso normale e stabile (Argilés, 2005). Il calcolo dei fabbisogni nutrizionali è strettamente dipendente dall'identificazione dello stato nutrizionale, dallo stato metabolico, dalla malattia di base e dal suo trattamento (Nicolini et al., 2013).

Poiché nessun singolo parametro è definitivo per la malnutrizione dell'adulto, l'identificazione di due o più delle seguenti caratteristiche è raccomandata per la diagnosi: assunzione di un apporto energetico insufficiente, perdita di peso, perdita di massa muscolare, perdita di grasso sottocutaneo, accumulo di liquido localizzato o generalizzato che a volte può mascherare perdita di peso, stato funzionale diminuito. Queste caratteristiche distinguono tra malnutrizione grave e non severa. Se il soggetto malnutrito riesce a soddisfare le sue esigenze nutrizionali, si raccomanda di preparare una dieta personalizzata in accordo con le preferenze del paziente. L'intervento di supporto nutrizionale nei pazienti identificati mediante screening e valutazione a rischio di malnutrizione o malnutriti, può migliorare gli esiti clinici (Nicolini et al., 2013).

Anche la malnutrizione associata al cancro può essere costosa per il paziente, compresi i giorni persi dal lavoro a causa di problemi di salute, stanchezza generale, incapacità di svolgere attività normali e cattiva salute prolungata, il che contribuisce alla scarsa qualità della vita. Pertanto, il raggiungimento di un adeguato apporto nutrizionale e il mantenimento di un buono stato nutrizionale lungo tutto il decorso della malattia è vantaggioso per il paziente (Argilés, 2005).

Nei casi più gravi, la malnutrizione può evolvere in cachessia (Argilés, 2005). Si verifica nel 50-80% dei pazienti oncologici (Nicolini et al., 2013), è una forma specifica di malnutrizione caratterizzata da progressiva perdita involontaria di peso con perdita di massa magra, deperimento e debolezza muscolare, edema, compromissione delle risposte immunitarie e declino della funzione motoria e mentale (Argilés, 2005).

La cachessia, colpisce la maggior parte dei pazienti con determinati tumori (pancreatico, gastrointestinale e testa e collo) e ha un impatto negativo significativo sulla prognosi e sulla sopravvivenza (Argilés, 2005).

La cachessia è una sindrome multiorgano, caratterizzata da perdita di peso (almeno il 5%), perdita di massa muscolare e tessuto adiposo e infiammazione (Nicolini et al., 2013).

Le caratteristiche cliniche della cachessia includono anoressia, sazietà precoce, esaurimento delle riserve di grasso scheletrico e sottocutaneo, debolezza muscolare (astenia), edema, affaticamento, disfunzioni immunitarie e diminuzione delle capacità motorie e mentali, compresi declino dell'attenzione e concentrazione (Argilés, 2005).

Inoltre, spesso sviluppano cambiamenti del gusto e avversione al cibo, le quali possono contribuire a ridurre l'assunzione di alimenti (Argilés, 2005).

La malnutrizione e la cachessia nei pazienti oncologici causano morbilità e mortalità considerevoli (Argilés, 2005), rappresentano oltre il 20% di tutti i decessi (Nicolini et al., 2013).

Un'ampia serie di studi condotti in pazienti arruolati in protocolli di chemioterapia dell'Eastern Cooperative Oncology Group ha rivelato che oltre la metà dei pazienti con cancro presenta perdita di peso alla diagnosi (Argilés, 2005). Il 45% dei pazienti oncologici subisce una grave perdita di peso, perdendo circa il 10% della massa corporea prima del trattamento. Sia il grado di perdita di peso che il tempo in cui ciò avviene sono importanti per valutare la gravità della malnutrizione nel singolo paziente (Argilés, 2005).

La chemioterapia può indurre o peggiorare la malnutrizione. Tuttavia, un trattamento oncologico efficace, ad eccezione nei tumori gastrointestinali o nei pazienti che hanno ricevuto diverse linee di chemioterapia, raramente causa una malnutrizione incontrollata. D'altra parte, un trattamento con bassa tossicità e limitata efficacia antitumorale può favorire uno stato di malnutrizione indotto dalla progressione del tumore (Nicolini et al., 2013).

Fornire supporto nutrizionale può essere utile per i pazienti affetti da malnutrizione.

Lo scopo del supporto nutrizionale è di arrestare il declino nutrizionale e ritardare o prevenire lo sviluppo di malnutrizione. Nei pazienti malnutriti e cachettici con cancro avanzato, il supporto nutrizionale mira a migliorare lo stato nutrizionale e la qualità della vita (Argilés, 2005).

Il supporto nutrizionale ha, inoltre, l'obiettivo di assicurare al paziente energia e sostanze nutritive sufficienti per mantenere o migliorare lo stato nutrizionale e la funzione immunitaria, minimizzare i sintomi gastrointestinali e migliorare la qualità della vita (Argilés, 2005).

Poiché le conseguenze del cattivo stato nutrizionale iniziano prima che i segni clinici siano evidenti, un intervento e un supporto precoci nutrizionali possono prevenire l'insorgenza della malnutrizione e lo sviluppo del circolo vizioso. È stato dimostrato che un precoce intervento nutrizionale è essenziale per migliorare la prognosi e l'esito, poiché un intervento tardivo nei pazienti malnutriti può solo prevenire un ulteriore declino piuttosto che invertire la malnutrizione (Argilés, 2005).

L'integrazione nutrizionale orale attraverso alimenti fortificati e supplementi nutrizionali è il metodo più semplice e naturale, non invasivo, per migliorare l'assunzione nutrizionale,

tuttavia, questo è adatto solo per pazienti con una funzione gastrointestinale adeguata, in cui è possibile un'alimentazione normale (Argilés, 2005).

Le strategie di sostegno nutrizionale dovrebbero essere adattate alle esigenze del singolo paziente dopo aver considerato fattori medici, preferenze di gusto e bisogni nutrizionali del paziente (Argilés, 2005).

Fornire ai pazienti malnutriti un supporto nutrizionale è stato associato ad una migliore risposta alla terapia e ad un minor numero di complicazioni correlate al trattamento, nonché miglioramento del sistema immunitario funzione, performance status, esito e qualità della vita (Argilés, 2005).

Poiché la malnutrizione associata al cancro è una condizione multifattoriale, l'assunzione di nutrienti potrebbe non essere sufficiente per invertire o prevenire il declino nutrizionale.

Malnutrizione associata al cancro ha portato a suggerire che integratori alimentari con proprietà antinfiammatorie possono essere utili (Argilés, 2005).

2.2 Problemi alimentari durante il trattamento chemioterapico

Lo scopo del trattamento chemioterapico consiste nell'arrestare o rallentare la crescita delle cellule tumorali, che si sviluppano e proliferano molto rapidamente. Durante questo non vengono danneggiate solo le cellule maligne, ma anche quelle sane, ed è proprio per quest'ultimo fattore che possono insorgere una serie di effetti collaterali, anche di natura nutrizionale (American Cancer Society, 2015).

Non tutti i pazienti avranno difficoltà alimentari durante il trattamento chemioterapico e non si può sapere con certezza quali pazienti soffriranno di problemi nutrizionali e quale sarà la gravità di questi problemi. Si potrebbe soffrire soltanto di alcuni effetti collaterali, oppure si potrebbe non averne affatto. In parte, dipenderà dal tipo e dal sito del tumore, dalla durata e dalle dosi della chemioterapia (American Cancer Society, 2015).

Gli effetti collaterali del trattamento possono essere spesso pronunciati e debilitanti (McGinley, 2016).

È opportuno riconoscere questi sintomi per poter intervenire appropriatamente (Eggert, 2010), molti effetti collaterali si possono controllare e la maggior parte di essi scompare nel tempo dopo la fine del trattamento (American Cancer Society, 2015).

Una delle prime difficoltà che può influenzare l'alimentazione è l'anoressia, un disturbo che consiste nella **perdita dell'appetito**. L'anoressia è presente in quasi la metà dei pazienti al momento della diagnosi ed in una fase successiva della malattia. La prevalenza di questo sintomo si avvicina all'80% (Yarbro C., Wujcik, D. & Gobel, B., 2011). Il paziente riporta una diminuzione del desiderio di alimentarsi e un successivo senso di sazietà precoce (Bonadonna, Robustelli della Cuna & Valagussa, 2004), che è meno presente durante le prime ore del giorno (Yarbro C., et al., 2011). Non mangiare può portare alla perdita di peso e alla malnutrizione e questo può causare debolezza e stanchezza (American Cancer Society, 2015). L'affaticamento spesso interferisce con le attività di vita quotidiana e può limitare la capacità del paziente di cucinare. Questo problema può perdurare a lungo, anche dopo il trattamento (Yarbro C., et al., 2011).

L'anoressia può essere transitoria (Bonadonna et al., 2004), e essere indotta da effetti collaterali quali il dolore, disfagia, nausea e stitichezza. Gestire questi sintomi ed effetti collaterali può aiutare ad aumentare l'appetito così come fare una passeggiata prima di mangiare (American Cancer Society, 2015).

La **stipsi** è un problema comune tra i pazienti con cancro per l'elevata incidenza di possibili cause della stessa come ad esempio una dieta povera in fibre e la chemioterapia. Quest'ultima può determinare sintomi che vanno da una stipsi di grado moderato fino all'ileo paralitico (Bonadonna et al., 2004). La stipsi influisce sulla qualità di vita e può provocare complicazioni pericolose come l'ostruzione intestinale o la perforazione intestinale (Eggert, 2010). Essa viene provocata dall'assunzione di analgesici, specialmente oppioidi, dal cambiamento delle abitudini alimentari e dal poco movimento fisico (American Cancer Society, 2015). È fondamentale, quindi, eseguire una corretta valutazione e gestione di questo sintomo (Eggert, 2010). In questo caso bisognerebbe provare a mangiare alimenti ricchi in fibre, bere molto durante la giornata, mangiare regolarmente e, se possibile, aumentare l'attività fisica (American Cancer Society, 2015).

La **diarrea**, identificata come tre o più episodi di scariche acquose al giorno (American Cancer Society, 2015), può essere un problema significativo nei pazienti sottoposti a chemioterapia (Eggert, 2010), poiché alcuni chemioterapici possono aumentare la peristalsi (American Cancer Society, 2015). Il grado di diarrea di cui il paziente può soffrire dipende in modo diretto da dose e regime di somministrazione della chemioterapia (Bonadonna et al., 2004). La diarrea indotta da chemioterapia si verifica spesso entro 24-96 ore dalla somministrazione di chemioterapici e consiste in feci frequenti, acquose o semisolide. I pazienti che manifestano diarrea durante il trattamento chemioterapico possono monitorare la dose o addirittura interrompere il trattamento ma la mancata somministrazione di farmaci nei tempi prestabiliti può provocare esiti negativi nei pazienti. I sintomi associati spesso includono dolore addominale, crampi, tenesmo, dolore perineale e incontinenza fecale e ciò può alterare la qualità di vita dei pazienti (Eggert, 2010). La diarrea non controllata richiede un intervento rapido poiché potrebbe portare a disidratazione, potenziali squilibri elettrolitici, insufficienza renale, calo ponderale, deficit nell'apporto calorico e a debolezza (Bonadonna et al., 2004). La perdita di peso, evidenziata nella maggior parte dei pazienti, è conseguente alla paura di ingerire degli alimenti e della conseguente diarrea dopo pasto. Si può far fronte alla diarrea cronica modificando le proprie abitudini di vita. Quando inizia a presentarsi la diarrea, sono raccomandati cambiamenti dietetici, come frequenti pasti piccoli e ricchi di proteine, evitando cibi piccanti, ricchi di grassi, ricchi di fibre, caffeina, alcol, succhi di frutta, alimenti contenenti lattosio, verdure crucifere (Eggert, 2010).

Gli obiettivi del trattamento della diarrea sono il ripristino della normale funzione intestinale, la riduzione del rischio di complicazioni, il mantenimento della funzionalità, del comfort e della qualità di vita del paziente. Un intervento tempestivo è importante per prevenire gravi conseguenze. L'educazione del paziente è fondamentale per la

diagnosi precoce e per la gestione della diarrea indotta dalla chemioterapia (Eggert, 2010).

L'**astenia** è un sintomo soggettivo (Bonadonna et al., 2004). È un problema molto comune nelle persone malate di cancro (American Cancer Society, 2015) ed è l'effetto collaterale più frequente durante il trattamento chemioterapico (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017). L'astenia non migliora con il riposo (American Cancer Society, 2015) e può intensificarsi principalmente nelle prime 36-48 ore dopo la seduta chemioterapica (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017). Le persone con astenia non hanno energia, si sentono depressi, hanno difficoltà a concentrarsi, riferiscono sonnolenza, letargia, affaticabilità, perdita di motivazione ed esaurimento (Bonadonna et al., 2004) e considerano faticoso eseguire le semplici attività di vita quotidiana che normalmente si svolgono senza problemi (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017).

L'astenia può avere molte cause, tra cui i trattamenti, non alimentarsi abbastanza, la mancanza di sonno, la depressione, i bassi valori ematici ed alcuni farmaci (American Cancer Society, 2015). Essa può scomparire in modo graduale alla fine del trattamento, ma alcuni pazienti dopo alcuni mesi o anni riferiscono di sentirsi ancora stanchi (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017).

Un'alimentazione adeguata aiuta a far fronte all'astenia (American Cancer Society, 2015), come anche limitare le attività che richiedono energie, diminuire le attività non strettamente necessarie per il paziente, grazie al supporto di una figura d'aiuto e una migliore programmazione del proprio tempo, volto ad evitare questa sensazione di eccessiva stanchezza. Inoltre, sono raccomandati adeguati periodi di riposo e di attività fisica, infatti, si è rilevato che l'essere inattivi ed il troppo riposo peggiorano l'astenia. D'altro canto la lettura e forme moderate di esercizi diminuiscono o attenuano il livello di astenia nei pazienti sottoposti al trattamento chemioterapico (Bonadonna et al., 2004).

Un altro effetto collaterale che spesso deriva dalla chemioterapia e si lega al tema dell'alimentazione è la **xerostomia**, sintomo temporaneo che può influenzare la qualità di vita dei pazienti (Eggert, 2010). Le ghiandole che producono saliva possono irritarsi, produrne in quantità minore o possono rendere la saliva molto densa ed appiccicosa (American Cancer Society, 2015). Una bocca asciutta può aumentare il rischio di carie, infezioni, sensazione di soffocamento, difficoltà a parlare e provocare disfagia dolorosa, diminuendo in questo modo l'apporto nutrizionale e aumentando la perdita di peso (Eggert, 2010). Nel caso di persone che fumano e bevono alcool, la secchezza delle fauci può peggiorare. In questo caso si consiglia di bere molti liquidi durante tutta la giornata e aumentare il consumo di alimenti umidi. Un elemento fondamentale per migliorare questo effetto collaterale è lavare i denti frequentemente e sciacquare diverse volte la bocca con il bicarbonato di sodio, sale ed acqua per mantenerla pulita e prevenire le infezioni (American Cancer Society, 2015).

La **mucosite** è considerata una delle complicanze più comuni e potenzialmente gravi legate alla chemioterapia (Ministero della Salute, 2014). È una sindrome infiammatoria delle mucose del tratto gastrointestinale che può presentarsi in diverse forme, come ad esempio: gastrite, stomatite, esofagite, ecc. La mucosite orale distrugge la funzione e l'integrità della cavità orale, influenzando sullo stato funzionale e sulla qualità di vita (Eggert, 2010). Può causare dolore, difficoltà a parlare e a deglutire, compromettendo di conseguenza l'assunzione di alimenti e liquidi. Essa, per i pazienti, può avere un impatto significativo sull'alimentazione (McGinley, 2016). Ai pazienti deve essere insegnata l'importanza dell'igiene orale, del mantenimento dell'integrità della mucosa, e dell'umidità della bocca e delle labbra (Eggert, 2010). I gargarismi con il bicarbonato di sodio, sale ed acqua alleviano i disturbi a livello della gola (American Cancer Society, 2015).

La **nausea e il vomito**, sono due degli effetti collaterali più temuti del trattamento chemioterapico e più presenti rispetto ad altri (Eggert, 2010). Sono sintomi molto comuni nei pazienti oncologici. Avere nausea non significa necessariamente presenza di vomito (American Cancer Society, 2015).

La nausea è un effetto collaterale soggettivo ed è spesso legata a sintomi fisici come vertigini, pallore, sudorazione e avversione agli alimenti (Bonadonna, et al., 2004).

La nausea dipende dal sito del tumore e dallo stadio della malattia (McGinley, 2016).

Se causata da chemioterapia, la nausea si presenta il giorno del trattamento e può durare per diversi giorni a seconda di quali farmaci si assumono (American Cancer Society, 2015).

Il vomito dato da chemioterapia è determinato dalla stimolazione diretta o indiretta dei chemorecettori per l'emesi (Bonadonna et al., 2004).

Oltre a influire negativamente sulla qualità della vita dei pazienti, la nausea e il vomito indotti dalla chemioterapia possono influenzare negativamente la compliance al trattamento e, potenzialmente, la sopravvivenza complessiva al cancro. La nausea e il vomito indotti dalla chemioterapia rimangono pertanto un problema significativo per i pazienti (Eggert, 2010). La terapia antiemetica resta la risorsa fondamentale per il paziente al fine di migliorare la sensazione di nausea e vomito indotta dalla chemioterapia (American Cancer Society, 2015).

Generalità del paziente (età e sesso), dose, durata del trattamento, regime chemioterapico, tipo di somministrazione, l'orario di assunzione dei pasti, consumo di altre sostanze, le possibili risposte emotive e altre variabili psicologiche del paziente sono importanti elementi da considerare per pianificare al meglio la suddetta terapia antiemetica perché possono essere fattori incisivi per l'incidenza, intensità e persistenza dei sintomi (Bonadonna et al., 2004).

La **disfagia** può, purtroppo, essere una conseguenza del cancro e del suo trattamento a causa dei numerosi muscoli coinvolti e dell'eccessiva produzione di muco (American Cancer Society, 2015). La disfagia è un sintomo doloroso per i pazienti e può influire notevolmente sulla qualità della vita dei pazienti. Esistono tre diversi tipi di disfagia: di trasferimento, di transito e ostruttiva. Con il termine "disfagia di trasferimento" si fa

riferimento a un problema correlato alla funzionalità dell'oro-faringe, provocando nel soggetto numerose difficoltà nel trasferimento del cibo dall'orofaringe all'esofago, mentre la "disfagia di transito" è la difficoltà di trasferimento dall'esofago allo stomaco a seguito di un corretto trasferimento da orofaringe a esofago.

La disfagia ostruttiva è più frequente nei pazienti con cancro, in particolare il cancro esofageo. Nell'esofago, spesso il tumore blocca il lume esofageo, impedendo il passaggio degli alimenti. Nei pazienti con cancro all'esofago, la disfagia si manifesta secondariamente, quando l'80-90% del lume è ormai occluso. I pazienti sono a rischio di malnutrizione e di possibile aspirazione (Eggert, 2010).

Le complicanze della disfagia comprendono disidratazione, perdita di peso, formazione di fistole, compromissione delle vie aeree, polmonite da aspirazione e irritazione bronchiale. I pazienti con disfagia sono a rischio di malnutrizione (Eggert, 2010).

Si consiglia di mangiare alimenti morbidi o addirittura liquidi ricchi in calorie e ad alto contenuto proteico quando non si riesce ad effettuare pasti regolari per soddisfare le esigenze nutrizionali. Per migliorare la deglutizione si può ricorrere ad uno specialista, che insegna tecniche efficaci per diminuire la tosse e il soffocamento quando si mangia e si beve, per il miglioramento della deglutizione (American Cancer Society, 2015).

Le **alterazioni gustative ed olfattive** sono provocate dalla malattia stessa e dalle terapie a cui si è sottoposti (American Cancer Society, 2015). Secondo Bernhardson et al. il 75% dei pazienti che si sottopongono alla chemioterapia, presentano questo sintomo (citato in McGinley, 2016, p.64). Le alterazioni gustative influenzano l'appetito e la dieta. I pazienti descrivono le alterazioni della percezione del gusto, come una totale perdita di esso o un'avversione per alcuni alimenti, ad esempio un'avversione per la carne di maiale, la carne al sangue ed il caffè (Bonadonna et al., 2004). Spesso le alterazioni gustative vengono descritte come un gusto amaro o metallico, gusto diverso dal solito e meno intenso (American Cancer Society, 2015). Questo può avere un impatto significativo sulla qualità della vita e provoca considerevole disagio ai pazienti (McGinley, 2016).

Molti alimenti possono venir considerati insipidi o "cattivi" (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017). La percezione del dolce e del salato possono risultare alterati, quindi bisognerebbe dolcificare i cibi dolci e salare maggiormente gli alimenti salati al fine di avvertirne il gusto (American Cancer Society, 2015). Il gusto è un senso complesso, su cui influisce anche la vista, l'odorato e lo stato emotivo (Bonadonna et al., 2004).

Per quanto riguarda le alterazioni olfattive, a volte, ciò che può dare più fastidio sono i deodoranti e i profumi più intensi.

Queste due alterazioni non sono considerate permanenti, quindi sono destinate a scomparire a trattamenti conclusi (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017).

Come tutti gli effetti collaterali che riguardano il cavo orale, bisognerà mantenere costantemente una bocca pulita, aspetto che aumenta il senso del gusto (American Cancer Society, 2015).

Alcune persone presentano un **aumento di peso** durante il trattamento. Questo accade specialmente nelle persone affette da tumore al seno, alla prostata o all'ovaio, in

seguito alle terapie ormonali. Questi medicinali possono provocare ritenzione idrica, perciò può essere utile fare riferimento ad un dietista per modificare l'alimentazione e diminuire il consumo di sale. L'aumento di peso può essere provocato anche dalla diminuzione dell'attività fisica e dalla maggiore assunzione di cibo, poiché alcuni pazienti ritengono che mangiare di più aiuta a sentirsi meno nauseati. Altre persone invece aumentano il consumo di cibo in seguito allo stress e alla preoccupazione conseguente al tumore e alla terapia (American Cancer Society, 2015).

Dignam et al. sostengono che l'obesità è un fattore di rischio per innumerevoli tumori, anche se sembra dare protezione contro la tossicità associata al trattamento. Un indice di massa corporea (BMI) superiore a 35kg/m² (classificati come gravemente obesi) è un fattore prognostico negativo (citato in McGinley, 2016, p.60).

2.3 Vantaggi e principi di una corretta alimentazione

Quando si è malati di cancro, l'alimentazione ha un ruolo importante, poiché sia la malattia che la chemioterapia possono incidere e cambiare il modo di mangiare, influenzando il modo in cui il corpo tollera certi alimenti e le sostanze nutritive (American Cancer Society, 2015).

È opportuno considerare che i tumori e la chemioterapia non richiedono un vero e proprio cambiamento delle abitudini alimentari ma è fondamentale seguire una alimentazione sana (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017).

Attuando una dieta sana sin dall'inizio, si affronta la terapia con le riserve necessarie per aiutare a mantenere le forze e a prevenire l'integrità cutanea (American Cancer Society, 2015).

Per chi non segue un'alimentazione equilibrata durante il trattamento chemioterapico, cambiare le proprie abitudini alimentari è un aspetto fondamentale poiché aiuta il sistema immunitario a combattere eventuali infezioni (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017), riducendone il rischio (American Cancer Society, 2015), aiuta a limitare o prevenire la malnutrizione, aiuta ad evitare una perdita indesiderata di peso, ad affrontare i possibili effetti collaterali delle cure (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017), può aiutare a fare in modo che i pazienti si sentano meglio, conservando la propria forza ed energia, favorendo la guarigione e il recupero più velocemente (American Cancer Society, 2015).

Mangiare bene significa assumere una varietà di alimenti per assimilare i nutrienti di cui il corpo ha bisogno. Le sostanze nutritive che il corpo di un paziente necessita sono diversi da persona a persona (American Cancer Society, 2015).

È fondamentale che l'alimentazione fornisca al corpo calorie e sostanze nutritive per l'energia, la riparazione, il recupero e la guarigione (American Institute for Cancer Research, nd).

Con ciò, si considera che è essenziale assumere alimenti di tutti i tipi ma nel giusto rapporto e nella giusta quantità, vale a dire; proteine, grassi, carboidrati, acqua, vitamine e sali minerali, e così via (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017).

Le proteine

Le proteine sono essenziali per la crescita, per la riparazione dei tessuti e per mantenere sano il sistema immunitario. Quando il corpo non ha abbastanza proteine, potrebbe colpire i muscoli per trovare ciò di cui ha bisogno. Questo richiede più tempo per riprendersi dalla malattia e può ridurre la resistenza alle infezioni.

Le persone malate di cancro spesso hanno bisogno di più proteine rispetto al solito. Dopo la chemioterapia, solitamente, è necessaria una quantità extra di proteine per guarire i tessuti e aiutare a combattere le infezioni (American Cancer Society, 2015).

Negli alimenti ricchi di proteine sono inclusi il pesce, pollame, carne rossa magra, uova, latticini a basso contenuto di grassi, burro di noci e noci, fagioli secchi, piselli, lenticchie e alimenti a base di soia (American Cancer Society, 2015). Inoltre, i cereali e soprattutto i legumi, sono anche buone fonti di proteine (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

I grassi

Nell'alimentazione è opportuno introdurre una determinata quantità di grassi, ma è importante non esagerare. La quantità di grassi che garantisce uno stato di salute buono dipende da soggetto a soggetto, dall'età, dal sesso e dallo stile di vita (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003). I grassi svolgono un ruolo fondamentale, sono una fonte ricca di energia per il corpo che a sua volta li scompone e li utilizza per immagazzinare energia, isolare i tessuti e trasportano alcune vitamine attraverso il sangue (American Cancer Society, 2015).

Un eccessivo consumo di grassi nell'alimentazione aumenta il rischio d'insorgenza di obesità, di malattie cardiovascolari e di tumori.

Il diverso tipo di lipidi può avere conseguenze importanti su nutrizione e salute degli individui (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Per l'uomo, alcuni grassi vengono considerati più importanti rispetto ad altri, per esempio i grassi monoinsaturi e polinsaturi dovrebbero essere la prima scelta rispetto ai grassi saturi e ai grassi trans poiché quest'ultimi hanno un effetto negativo maggiore sul cuore e sul colesterolo (American Cancer Society, 2015).

I grassi monoinsaturi si trovano principalmente nell'olio d'oliva extra vergine, nella colza e nell'olio d'arachidi, mentre i grassi polinsaturi vengono considerati gli oli vegetali come quello di girasole, mais e semi di lino, i polinsaturi sono anche i grassi principali presenti nei frutti di mare (American Cancer Society, 2015). Quest'ultimi sono chiamati grassi insaturi, non aumentano il livello di colesterolo nel sangue e potrebbero, in alcune forme di tumore, svolgere un ruolo di prevenzione (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Gli alimenti di origine animale come carne e pollame, latte intero, latte a ridotto contenuto di grassi, formaggio e burro sono invece denominati come grassi saturi, nei quali appartengono anche alcuni oli vegetali come quello di cocco e di palma (American Cancer Society, 2015) che a differenza dei grassi insaturi, fanno aumentare il livello di colesterolo nel sangue (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Meno del 10% delle calorie che si assumono dovrebbero provenire dai grassi saturi (American Cancer Society, 2015).

Infine, i grassi trans, vengono trasformati da oli vegetali in solidi, tramite una reazione chimica, come per esempio la margarina o il grasso solido vegetale o animale utilizzato per cucinare. Questo tipo di grassi lo si può trovare anche in alimenti di origine animale, come i latticini e può portare all'aumento delle lipoproteine a bassa densità (LDL), diminuendo le lipoproteine ad alta intensità (HDL). Si consiglia quindi di evitare i grassi trans il più possibile (American Cancer Society, 2015).

Carboidrati

Per quanto riguarda i carboidrati, questi sono la fonte d'energia principale del corpo, forniscono ciò di cui esso ha bisogno per il corretto funzionamento degli organi e per l'attività fisica (American Cancer Society, 2015). Durante un pasto, per un'alimentazione sana, circa il 60% delle calorie dovrebbe derivare da carboidrati. Essi sono importanti perché vengono facilmente assorbiti ed utilizzati dall'organismo, senza produrre scorie metaboliche, rifornendo energia alle cellule (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

La frutta, la verdura e i cereali integrali, le quali sono le migliori fonti di carboidrati, forniscono anche vitamine e minerali, fibre e fitonutrienti necessari alle cellule del corpo. Gli alimenti considerati cereali integrali sono il pane, le farine e ovviamente i cereali.

Per i pasti, si possono utilizzare come primo piatto o come contorno alcuni cereali a grani interi, come ad esempio la quinoa, il riso integrale o l'orzo (American Cancer Society, 2015).

Diversi studi sostengono che numerose malattie, ad esempio le malattie cardiovascolari, svariate forme di tumore, malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e cataratte sono protette da una alimentazione ricca di frutta, ortaggi, legumi e cereali (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Le fibre si trovano in quasi tutti i prodotti vegetali, fanno parte dei carboidrati complessi insieme all'amido. Il corpo umano non digerisce le fibre di cui esistono due tipi: la fibra insolubile, contenuta soprattutto nei cereali integrali, nelle verdure e ortaggi (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003) che aiuta ad eliminare più velocemente i rifiuti alimentari dal corpo e la fibra solubile, presente specialmente nei legumi e nella frutta, la quale si lega all'acqua nelle feci per aiutare le stesse a mantenersi morbide (American Cancer Society, 2015). I carboidrati semplici vengono assorbiti e digeriti più facilmente, quali il saccarosio, il glucosio, il fruttosio ed il lattosio (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Altre fonti di carboidrati sono le patate, il riso, la pasta, il mais, i piselli e fagioli.

I dolci, come caramelle e bevande zuccherate, possono essere fonte di carboidrati ma forniscono una quantità minore in termini di vitamine, minerali o fitonutrienti (American Cancer Society, 2015).

Acqua

L'acqua è presente in maggior quantità nel nostro organismo ed è essenziale per il mantenimento della vita (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003). Tutte le cellule del corpo, per funzionare, hanno bisogno di acqua (American Cancer Society, 2015).

Un ruolo essenziale nella digestione, assorbimento, trasporto e impiego di nutrienti è ricoperto dall'acqua, che entra nella struttura delle varie sostanze agendo da solvente.

Un altro processo importante svolto dall'acqua è l'eliminazione delle scorie metaboliche e la regolazione della temperatura corporea. Dal momento in cui, come ogni sostanza chimica presente nell'organismo, viene espulsa e consumata, è importante la sua costante reintegrazione attraverso l'alimentazione (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Il primo sintomo della disidratazione è la xerostomia (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003), ed essa avviene quando non si assumono abbastanza liquidi o si perdono liquidi tramite il vomito o la diarrea, se questo succede, i liquidi e i minerali possono modificare il bilancio idrico. Di conseguenza, è essenziale assumere ulteriori liquidi (American Cancer Society, 2015).

Oltre a dover bere almeno 1,5/2 litri d'acqua al giorno, si può assumere acqua anche attraverso gli alimenti: (American Cancer Society, 2015) frutta, verdura, ortaggi e latte costituiscono oltre l'85% di acqua, mentre la carne, il pesce le uova ed i formaggi freschi ne contengono il 50-80%. Un buon consiglio è quello di bere lentamente, in quantità minori e frequentemente, in particolare per le persone più anziane (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Vitamine e sali minerali

La maggior parte delle vitamine e dei sali minerali si trova negli alimenti. Per far funzionare il corpo nella maniera più corretta ha bisogno di quantità relativamente piccole.

Un'alimentazione equilibrata con abbastanza calorie e proteine, solitamente fornisce molte vitamine e sali minerali (American Cancer Society, 2015). Ciò che assicura un rilevante apporto di vitamine e minerali è il consumo di frutta e ortaggi in quantità adeguate (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Durante il trattamento chemioterapico può essere consigliata l'assunzione giornaliera di un supplemento di vitamine e minerali (American Cancer Society, 2015).

Quando si è malati di cancro, si ha la tendenza ad assumere elevate dosi di vitamine, sali minerali e altri integratori alimentari per potenziare il sistema immunitario o addirittura distruggere le cellule tumorali ma bisogna prestare molta attenzione poiché alcune di queste sostanze possono essere dannose, rendendo meno efficace il trattamento di chemioterapia (American Cancer Society, 2015).

Antiossidanti

Negli antiossidanti sono comprese le vitamine A, C ed E, selenio e zinco, ed alcuni enzimi che assorbono e si attaccano ai radicali liberi, impedendo di attaccare le cellule sane (American Cancer Society, 2015). Inoltre negli antiossidanti troviamo i carotenoidi,

i composti fenolici e i tocoferoli (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

La frutta e la verdura sono considerate buone fonti di antiossidanti e quindi vengono consigliate a quelle persone che ne vogliono aumentare l'assunzione (American Cancer Society, 2015). Alcuni componenti della frutta, degli ortaggi e dei legumi svolgono un'azione di protezione (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2003).

Fitonutrienti

Si ritiene che i fitonutrienti e i fitochimici, che sono composti vegetali, abbiano un fattore di protezione per la salute. Essi si possono trovare in piante, nella frutta e verdura, o alimenti derivati da piante come ad esempio il tofu ed il thè (American Cancer Society, 2015).

I fitonutrienti sono sostanze chimiche presenti negli alimenti a base vegetale di cui non si ha la necessità per la sopravvivenza ma che potrebbero promuovere la salute (American Cancer Society, 2015).

Per quanto concerne l'assorbimento di sostanze fitochimiche, è meglio assumere alimenti che li contengono invece di prendere integratori o pillole (American Cancer Society, 2015).

Erbe

Per centinaia di anni, le erbe sono state utilizzate per curare la malattia, con diversi risultati e ad oggi molti prodotti sono a base di erbe. Molti dei prodotti che contengono erbe sono considerati innocui e ad uso sicuro ma altri possono causare dannosi effetti collaterali. Alcuni di essi possono addirittura interferire con il trattamento chemioterapico (American Cancer Society, 2015).

2.4 Indicazioni alimentari durante la chemioterapia

La nutrizione svolge un ruolo molto importante (McGinley, 2016) e le linee guida nutrizionali sostengono che per una sana alimentazione bisognerebbe consumare molta frutta e verdura, prodotti integrali, limitando il consumo di carne rossa, specialmente quelle trattate o ricche di grassi. Bisognerebbe eliminare il grasso, lo zucchero, l'alcool e il sale (American Cancer Society, 2015).

Secondo McGrath, Adams & Glanville, nella fase di trattamento, il cibo può essere utilizzato come mezzo di controllo, sia per gestire la malattia e/o controllare gli effetti collaterali del trattamento stesso (citato in McGinley, 2016, p.64).

Quando si è in trattamento chemioterapico a volte è difficile seguire queste indicazioni, soprattutto se insorgono effetti collaterali o semplicemente non ci si sente bene (American Cancer Society, 2015).

Durante la chemioterapia, a dipendenza del tumore e degli effetti collaterali, potrebbe essere necessario modificare la dieta ma questo può richiedere, a volte, di mangiare cose che normalmente non sono raccomandate quando si è in buona salute. Bisogna capire quale sia l'alimentazione più adeguata per fare in modo che il corpo si senta

bene (American Cancer Society, 2015).

Secondo l'American Institute for Cancer Research (nd.) è essenziale rispettare una dieta sana, essere fisicamente attivi e mantenere un peso corporeo adatto alla propria costituzione fisica, sia durante che dopo il trattamento (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017).

Oltre alle indicazioni alimentari specifiche per determinati effetti collaterali è importante tenere in considerazione che mentre è in corso il trattamento il sistema immunitario si indebolisce, aumentando il rischio di infezioni. Se durante un periodo di tempo i globuli bianchi sono bassi, bisognerebbe cambiare dieta per evitare batteri nocivi e malattie di origine alimentare (American Institute for Cancer Research, nd).

Per quanto concerne la modalità di assunzione dei cibi, la prima indicazione importante che bisognerebbe mettere in atto, durante il trattamento chemioterapico, è di mantenere un'alimentazione varia ed equilibrata (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017), mangiando diverse volte durante la giornata in porzioni piccole e lasciando un tempo limitato tra un pasto e l'altro. Questo aspetto aiuta ad aumentare l'appetito, a diminuire il senso di nausea e vomito, a prevenire eventuali scariche diarroiche (American Cancer Society, 2015) e a controllare il possibile aumento di peso. Per quest'ultimo bisogna considerare di mangiare solamente quando si presenta fame fisica, cioè un segnale inviato dal corpo quando si stanno esaurendo le riserve di energia (American Institute for Cancer Research, nd). È inoltre importante ricordarsi di mangiare qualcosa prima del trattamento e di mangiare alla stessa ora ogni giorno specialmente in caso di stipsi (American Cancer Society, 2015). Ricordarsi di lavare i denti e la lingua regolarmente, soprattutto prima di mangiare, di sciacquare la bocca più volte al giorno con bicarbonato di sodio e di sale o un risciacquo senza alcool è opportuno non solo per le alterazioni gustative ma anche in caso di mucosite (American Institute for Cancer Research, nd).

Per evitare l'indebolimento del sistema immunitario si dovrebbe lavare la frutta e la verdura fresca con il bicarbonato (American Cancer Society, 2015). Non meno importante è evitare di mangiare piatti che non sono preparati in casa (American Institute for Cancer Research, nd). In contraddizione a quest'ultimo suggerimento, in caso di astenia è utile, invece, consumare pasti pronti come alimenti surgelati, frutta e verdura, per un determinato lasso di tempo (American Cancer Society, 2015). Il momento migliore è cucinare quando non c'è presenza di astenia, si consiglia in seguito di congelare i pasti in diverse porzioni pronte all'uso (American Institute for Cancer Research, nd).

Un suggerimento specifico per la nausea ed il vomito è quello di mangiare seduti, in posizione retta (American Institute for Cancer Research, nd).

Per la perdita dell'appetito, si consiglia di mangiare il pasto più grande quando si è affamati e rendere gli alimenti più piacevoli, curando il modo in cui i piatti vengono preparati, ascoltando musica, guardando la televisione o mangiando in compagnia (American Cancer Society, 2015).

Assumere liquidi è importante, soprattutto durante la chemioterapia. È necessario bere un litro e mezzo di liquidi al giorno, tra i quali tè, tisane, succhi di frutta e zuppe (Associazione Italiana di Oncologia Medica, 2017). Mantenere una buona idratazione è indispensabile poiché la disidratazione può incrementare l'astenia (American Institute for Cancer Research, nd). Si consiglia di bere al di fuori dei pasti per evitare il senso di sazietà (American Cancer Society, 2015). Questi aspetti sono essenziali per svariati effetti collaterali, tra cui la perdita dell'appetito, la nausea e il vomito, la stipsi, l'astenia, la diarrea, la mucosite e l'aumento di peso (American Institute for Cancer Research, nd).

Si considera utile in tutti i casi, oltre all'aspetto della possibile diminuzione dei globuli bianchi durante il trattamento, di evitare di bere acqua non testata, da laghi, fiumi, torrenti o sorgenti e cambiare il filtro regolarmente in caso di utilizzo di acqua filtrata (American Institute for Cancer Research, nd).

Assumere bevande chiare, a temperatura ambiente o refrigerante potrebbe far tollerare meglio la nausea ed il vomito (American Institute for Cancer Research, nd) e ostacola la disidratazione (American Cancer Society, 2015). Quando il vomito non è sotto controllo, evitare di bere e mangiare, ma fare piccoli sorsi di succo di mirtillo o brodo. Si potrebbero sgranocchiare alimenti semplici come salatini o cracker (American Institute for Cancer Research, nd). Il risciacquo del cavo orale è un aspetto rilevante per il vomito (American Cancer Society, 2015).

Per la stipsi le bevande calde possono aiutare a stimolare il movimento intestinale ma esse, insieme alle bevande gassate fanno l'effetto contrario in caso di diarrea. Per quanto riguarda l'aumento di peso bisognerebbe limitare o addirittura evitare l'assunzione di bevande a base di zucchero come quelle analcoliche, sportive o alla frutta (American Cancer Society, 2015).

Rispetto alle caratteristiche generali degli alimenti, si raccomanda di mangiare cibi morbidi e insipidi in piccole quantità in presenza di nausea, vomito e diarrea (American Cancer Society, 2015). Al contrario, per le alterazioni del gusto e dell'odore si suggerisce di evitare alimenti insipidi (Bonadonna et al., 2004). Per quest'ultimo effetto collaterale e per la nausea è utile provare ad assumere alimenti a temperatura più fresca, piuttosto che calda (McGinley, 2016) poiché hanno meno aromi. Per i cambiamenti del gusto e dell'olfatto, al contrario della nausea, si suggerisce di marinare e speziare i cibi per nascondere i sapori strani e in caso di alimenti salati o amari, aggiungere piccole quantità di zucchero (American Institute for Cancer Research, nd).

Invece, per quanto concerne la mucosite, viene consigliato di assumere alimenti umidi, morbidi (American Institute for Cancer Research, nd) e freddi che potrebbero essere più tollerabili rispetto a quelli caldi (McGinley, 2016), accompagnati da salse, condimenti o sughi, evitando cibi secchi, grossolani o ruvidi. Si dovrebbe testare la temperatura degli alimenti (caldi, freddi o ghiacciati) per trovare la temperatura più lenitiva (American Institute for Cancer Research, nd).

La tipologia di alimenti che vengono consigliati sono in relazione agli effetti collaterali che si possono presentare durante la chemioterapia. Quando si presenta fame

improvvisa si consiglia di iniziare a mangiare alimenti ad alto contenuto proteico e sperimentare integratori nutrizionali. Questa indicazione viene suggerita specialmente per l'effetto collaterale della perdita dell'appetito (American Cancer Society, 2015).

Sia per la diarrea che per la nausea ed il vomito si dovrebbero evitare cibi grassi, piccanti, fritti o molto dolci (American Institute for Cancer Research, nd). È rilevante bere e mangiare alimenti ricchi di sodio e potassio (American Cancer Society, 2015) e seguire una dieta di fibre idrosolubili, limitando il latte e prodotti da esso derivati, tranne lo yogurt che contiene fermenti vivi ed attivi poiché esso riequilibra la flora batterica intestinale (American Institute for Cancer Research, nd). È opportuno, inoltre, diminuire l'assunzione di alimenti ricchi di fibre, in cui sono inclusi noci e semi, frutta e verdure crude, pane integrale e cereali. Si suggerisce di evitare cibi con forti aromi in caso di nausea e vomito (American Institute for Cancer Research, nd).

Aumentare il consumo di alimenti ricchi di fibre come cereali integrali, verdure fresche e cotte, frutta fresca e secca e cibi contenenti bucce, noci, semi e fagioli secchi è fondamentale in presenza di stipsi (American Institute for Cancer Research, nd.). Aggiungere lentamente questi alimenti alla dieta per evitare il gonfiore ed i gas (American Cancer Society, 2015).

Sono vivamente sconsigliati il consumo di alcol, agrumi, caffeina, aceto, cibi piccanti e acidi (ad esempio i pomodori) se si manifesta mucosite e in caso di cambiamenti del gusto e dell'olfatto bisognerebbe preferire cibi che piacciono, eliminando la carne rossa e cucinando maggiormente carne bianca, pesce, fagioli, burro di noci o uova (American Institute for Cancer Research, nd). Si consiglia inoltre di marinare la carne in succhi di frutta o vino, cuocerla in salse forti come curry o agrodolce, condire gli alimenti con spezie ed erbe come pepe, cumino o rosmarino per aggiungere sapore. Gli alimenti dal sapore forte come frutta fresca, succhi di frutta e dolci bolliti amari possono essere rinfrescanti (McGinley, 2016).

Per evitare l'aumento di peso si consiglia di concentrarsi sugli alimenti a basso contenuto di calorie e ricchi di fibre per aiutare a sentirsi sazio, come frutta e verdura, cereali integrali e fagioli. Includere piccole quantità di alimenti ipercalorici per una maggior soddisfazione personale e riempire la maggior parte del piatto con alimenti vegetali a basso contenuto calorico (American Institute for Cancer Research, nd.). Limitare gli spuntini ad alto contenuto calorico tra i pasti, scegliere metodi di cottura a basso contenuto di grassi ed ipercalorici, come la cottura alla griglia e al vapore, scegliere prodotti lattiero-caseari a basso contenuto di grassi, ridurre il burro, la maionese e altri grassi aggiunti (American Cancer Society, 2015).

Infine, evitare alimenti crudi o poco cotti di origine animale, inclusi carne di maiale, pollo, selvaggina, uova e pesce è indicato nel momento in cui diminuiscono i globuli bianchi (American Institute for Cancer Research, nd).

Si può ricorrere a terapie non farmacologiche, riducendo tensioni emotive o ansie che portano facilmente ad un disturbo intestinale. Per contrastare la nausea ed il vomito si può ricorrere a tecniche di distrazione, rilassamento o meditazione (Bonadonna et al., 2004).

L'attività fisica è fondamentale per numerosi effetti collaterali. Cercare di ottenere una regolare attività fisica aiuta a ridurre l'affaticamento, controllare l'aumento di peso e migliora l'umore (American Institute for Cancer Research, nd). Variazioni di peso durante la chemioterapia sono normali (American Cancer Society, 2015). Per le persone in aumento di peso, l'attività fisica regolare contribuisce ad alleviare lo stress. Camminare un'ora prima dei pasti aiuta lo stimolo della fame, se possibile fare brevi passeggiate o esercizi regolarmente aiuta a contrastare la stipsi e l'astenia, oppure dare priorità alle attività da dover svolgere, fare i compiti più importanti quando si ha piena energia (American Cancer Society, 2015).

Un'altra indicazione può essere la richiesta d'aiuto al personale curante, se possibile, per impostare un regime intestinale individualizzato. Per la perdita dell'appetito si consiglia di chiedere aiuto ai familiari e ai caregiver per quanto riguarda l'acquisto degli alimenti e la preparazione di essi, di consultare un dietista per un piano alimentare personalizzato ed in alcuni casi, consultare il medico per la prescrizione di un farmaco che stimola l'appetito (American Institute for Cancer Research, nd). Una persona astenica dovrebbe accettare l'aiuto dei familiari e amici per la preparazione dei pasti e controllare i servizi di consegna (American Institute for Cancer Research, nd).

3. REVISIONE DELLA LETTERATURA

3.1 Metodologia della ricerca

Il lavoro di ricerca si è sviluppato partendo dalla formulazione delle seguenti domanda di ricerca:

“Quali sono gli elementi che caratterizzano l'educazione nutrizionale durante il trattamento chemioterapico? Quali sono i suoi effetti nel paziente oncologico? Qual è il ruolo dell'infermiere nel processo educativo sulla nutrizione?”

Partendo da questa è stato definito il PIO (*Patient group, Intervention, Outcome*):

- P: pazienti adulti affetti da tumore in trattamento chemioterapico
- I: educazione nutrizionale
- O: outcome clinici e benessere

Questo primo ed importante passaggio ha concesso di evidenziare gli elementi di maggior importanza del lavoro di tesi e, fondamentalmente, quali sono state le parole chiave utilizzate in seguito durante la ricerca degli articoli per la revisione della letteratura.

Per rispondere agli scopi ed obiettivi del lavoro di ricerca sono state consultate principalmente 3 diverse banche dati, le quali hanno permesso di trovare articoli scientifici inerenti e necessari per affrontare la domanda di ricerca.

Le banche dati consultate sono state **CINHAL** (EBSCO), **Pubmed** e **Ovid Nursing Full Text Plus**. Inizialmente per ognuna di queste sono stati ricercati articoli utilizzando le seguenti **parole chiave**:

- “Chemotherapy”
- “Nutritional education”
- “Nursing”

In **Pubmed** sono stati rilevati 142 articoli ma dai titoli trovati solamente uno si è presentato pertinente. In seguito, dopo una valutazione più accurata è stato escluso dalle scelte. È stato individuato un articolo pertinente nell’area degli articoli simili che è stato poi utilizzato per la revisione della letteratura.

In **Ovid**, è stato recuperato, su cinque articoli, uno legato all’obiettivo della revisione di letteratura.

Inizialmente in **CINHAL** (EBSCO) tramite queste parole chiave non sono stati trovati articoli, quindi si è deciso di utilizzare solamente due delle tre parole chiave: “chemotherapy” AND “nutritional education” ed “chemotherapy AND “nutrition” AND “education”.

Con questa modifica nella ricerca, sono stati individuati 82 articoli. Si sono così identificati quattro articoli.

L’**operatore booleano** utilizzato per unire i termini di ricerca è stato sempre “**AND**”.

Sono stati utilizzati dei criteri di esclusione:

- popolazione: l’età pediatrica.
- contenuto: testi che non avessero a che vedere con il trattamento chemioterapico (esempio: chirurgia, radioterapia, etc.) o legati agli effetti collaterali.
- completezza del testo: versione in *full-text*.
Sono stati considerati unicamente articoli rintracciabili in versione integrale, con l’obiettivo di possedere dati e risultati completi.

Questa ricerca ha permesso di individuare un totale di sei articoli nelle tre banche dati consultate, utilizzando i criteri di esclusione espressi, con lo scopo di individuare gli articoli più pertinenti.

I risultati degli articoli selezionati non sono stati valutati criticamente. Sono stati letti in seguito con maggior attenzione e sono stati estrapolati dati e contenuti inerenti la modalità dell’educazione nutrizionale durante il trattamento chemioterapico e gli effetti nei pazienti oncologici.

I sei articoli sono stati descritti e riassunti in una tabella e le informazioni sono state presentate mettendo in evidenza:

- la fonte: autori dell’articolo, anno di pubblicazione e titolo
- il disegno di studio

- la popolazione e l'ampiezza del campione
- gli obiettivi della ricerca
- i metodi utilizzati con riferimento alla modalità dell'intervento educativo
- i risultati relativi agli effetti

I risultati e la loro discussione vengono presentati in chiusura del lavoro proponendo anche una riflessione sul ruolo infermieristico rispetto all'educazione nutrizionale durante il trattamento chemioterapico.

3.2 Tabella Riassuntiva degli articoli eleggibili per la revisione

| AUTORE/ANNO/TITOLO | DISEGNO DI STUDIO | POPOLAZIONE E CAMPIONE | OBIETTIVI | METODI E MODALITÀ DI INTERVENTO | RISULTATI |
|--|---|--|--|---|--|
| Moreland, S.S. (2010) Nutrition Screening and Counseling in Adults With Lung Cancer: A Systematic Review of the Evidence | Revisione sistematica della letteratura | Pazienti con cancro ai polmoni sottoposti a chemioterapia | Evidenziare le prove di efficacia sullo screening nutrizionale e sulla consulenza a pazienti e famigliari. | Ricerca degli articoli sulle banche dati: Pubmed, CINHALL, CancerLit. Stringhe di ricerca utilizzando le parole: cancro ai polmoni, nutrizione e chemioterapia. Criteri di inclusione: età adulta | La preoccupazione sullo stato nutrizionale dei pazienti con cancro sottoposti a terapia è stata e continua ad essere una sfida. Tutti gli articoli hanno commentato la necessità di monitorare lo stato nutrizionale nei pazienti con cancro. In otto degli articoli recensiti sono stati studiati screening per carenze nutrizionali di pazienti con carcinoma polmonare. Lo stato nutrizionale è stato valutato da un dietologo in quattro degli otto studi. I diari alimentari sono stati citati come una limitazione in due studi perché i pazienti o i familiari non possono riportare l'assunzione di cibo in modo accurato. Entrambi gli studi raccomandavano la consulenza dietetica perché i benefici venivano visti in pazienti che ricevevano importanti informazioni nutrizionali. |
| Lin, J.X et al. (2017) A multidisciplinary team approach for nutritional interventions conducted by specialist nurses in patients with advanced colorectal | RCT | Pazienti con cancro del colon-retto sottoposti a chemioterapia. 110 partecipanti suddivisi casualmente in 2 gruppi: 55 partecipanti per gruppo di controllo e 55 per | Evidenziare l'effetto di un intervento nutrizionale multidisciplinare sul peso del paziente e sui livelli di albumina sierica e prealbumina. | I pazienti nel gruppo di controllo hanno ricevuto una dieta normale, mentre quelli del gruppo di intervento hanno ricevuto ricette individuali sviluppate da un gruppo di infermieri professionisti, | Differenza significativa nel peso del paziente e nei livelli di albumina sierica e prealbumina prima e dopo l'intervento nutrizionale nel gruppo di intervento. Nel gruppo di controllo, il peso non è cambiato durante il trattamento di controllo. Il livello di albumina sierica è leggermente migliorato dopo 12 cicli di chemioterapia, simili ai risultati della prealbumina. C'erano differenze statisticamente significative nei |

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|---|--|
| cancer undergoing chemotherapy | | gruppo intervento. | | medici clinici, dietisti, assistenti familiari e pazienti stessi. | livelli sierici di albumina e prealbumina tra l'intervento e i gruppi di controllo dopo l'intervento nutrizionale. Tuttavia, non vi era alcuna differenza statisticamente significativa di peso tra i gruppi dopo l'intervento nutrizionale. |
| Xie, F.L et al. (2017) Beneficial Effect of Educational and Nutritional Intervention on the Nutritional Status and Compliance of Gastric Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Randomized Trial | RCT | 144 pazienti con tumore gastrico suddivisi in 72 pazienti per gruppo di intervento e 72 pazienti per gruppo di controllo. | Indagare l'effetto di interventi educativi e nutrizionali sullo stato nutrizionale e sulla compliance dei pazienti con cancro gastrico sottoposti a chemioterapia postoperatoria. | Il gruppo di intervento ha ricevuto interventi nutrizionali intensivi individualizzati ed educativi durante l'intero corso di chemioterapia. Il gruppo di controllo ha ricevuto cure nutrizionali di base e educazione sanitaria durante il ricovero tramite un gruppo multidisciplinare. | Gli interventi hanno migliorato significativamente l'apporto calorico e di ferro entro 24 ore dopo la prima sessione di chemioterapia e hanno migliorato il peso dei pazienti, l'emoglobina, le proteine totali sieriche e i livelli di albumina durante l'intero corso di chemioterapia. Il tasso di compliance con la chemioterapia era significativamente più alto nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo (73,61% vs 55,56%, P=0,024). Una combinazione di interventi nutrizionali ed educativi ha fornito effetti benefici sullo stato nutrizionale e sulla compliance dei pazienti gastrici sottoposti a chemioterapia post-operatoria. |
| Isenring, E. et al. (2008) Preliminary results of patient satisfaction with nutrition handouts versus dietetic consultation in oncology outpatients receiving chemotherapy | Studio osservazionale trasversale | 61 pazienti con tumore sottoposti a chemioterapia ambulatoriale | Identificare il rischio nutrizionale e determinare la soddisfazione del paziente con interventi nutrizionali | È stato utilizzato uno strumento di screening della malnutrizione. I pazienti identificati a rischio moderato sono stati valutati per ricevere consigli nutrizionali sull'aumento dell'apporto energetico e proteico. Quelli ad alto rischio hanno ricevuto consulenza | 20 pazienti (33%) sono stati identificati come a rischio nutrizionale, 7 erano ad alto rischio e hanno ricevuto un consulto dietetico mentre 13 erano a rischio moderato e hanno ricevuto delle dispense con indicazioni nutrizionali. I 20 pazienti identificati come a rischio sono stati contattati per completare il questionario di soddisfazione sui servizi nutrizionali ma solo 18 pazienti hanno completato il questionario (7 revisione della dieta e 11 indicazioni nutrizionali). Per la soddisfazione complessiva dei servizi nutrizionali ricevuti dai pazienti che frequentano l'unità di chemioterapia, l'89% |

| | | | | | |
|---|----------------------|--|---|---|---|
| | | | | <p>nutrizionale e supporto da un dietista. È stata valutata la soddisfazione dei pazienti attraverso dei questionari.</p> | <p>dei pazienti ritiene che i servizi siano "buoni" (13) e "molto buoni" (3). Le informazioni nutrizionali sono state giudicate utili da 15 pazienti, hanno soddisfatto le aspettative di 17 pazienti e la soddisfazione complessiva è stata valutata positivamente. I pazienti che avevano ricevuto nuove indicazioni hanno registrato una soddisfazione complessiva più elevata nei servizi nutrizionali rispetto ai pazienti che hanno ricevuto consigli nutrizionali.</p> |
| <p>Wang, Y. (2014)</p> <p>Nutrition assessment and management among gastrointestinal cancer patients receiving chemotherapy in a medical oncology ward: a best practice implementation project</p> | <p>Audit clinico</p> | <p>Pazienti con tumore gastrointestinale sottoposti a chemioterapia ricoverati in un reparto di oncologia medica (n=30).</p> | <p>Implementare le migliori pratiche nella valutazione e gestione della nutrizione. Valutare lo stato nutrizionale dei pazienti con carcinoma gastrointestinale sottoposti a chemioterapia con uno strumento di screening validato. Stabilire una cooperazione multidisciplinare per la gestione della nutrizione nei pazienti con cancro gastrointestinale sottoposti a chemioterapia.</p> | <p>Questo progetto ha utilizzato una strategia di revisione pre e post implementazione, diviso in 3 fasi, utilizzando l'applicazione pratica del sistema di prove cliniche dell'Istituto Joanna Briggs. I criteri di audit si basano sulle migliori prove disponibili. Il programma è stato suddiviso in tre fasi ed è stato condotto per un periodo di sei mesi nel Reparto di Oncologia Medica dell'Università di Shanghai.</p> | <p>I tassi di compliance di tutti i criteri sono migliorati. I tassi di compliance hanno raggiunto il 100% in "strumento di screening convalidato", "educazione del paziente" e "consulenza dietetica" dopo l'implementazione delle migliori pratiche.</p> |

| | | | | | |
|---|------------|---|---|--|--|
| <p>Zaid, Z.A et al. (2016)</p> <p>Improving the Nutritional Status of Patients with Colorectal Cancer Undergoing Chemotherapy through Intensive Individualised Diet and Lifestyle Counseling</p> | <p>RCT</p> | <p>Pazienti con tumore del colon-rettile sottoposti a chemioterapia.</p> <p>42 partecipanti suddivisi in 2 gruppi di 22 partecipanti per gruppo intervento e 20 partecipanti per gruppo di controllo.</p> | <p>Esaminare gli effetti di una consulenza dietetica individualizzata intensiva sullo stile di vita, sull'assunzione alimentare e sullo stato nutrizionale nei pazienti</p> | <p>Programma di 8 settimane di consulenza intensiva e individualizzata per dieta e stile di vita, seguito da un altro periodo di post-intervento di 8 settimane senza consulenza dietetica e stile di vita. Confronto con un braccio di controllo con cure usuali.</p> | <p>Il 67% dei pazienti era malnutrito. Nel gruppo intervento, la prevalenza della malnutrizione è scesa dal 72,7% al 27,3% a otto settimane dall'intervento. Questo rappresenta un cambiamento ampio e clinicamente significativo. Nel gruppo di controllo, la prevalenza della malnutrizione o a rischio di malnutrizione era ancora al 75% alla fine delle sedici settimane.</p> |
|---|------------|---|---|--|--|

3.3 Risultati e discussione dei risultati

La ricerca ha portato a pochi risultati poiché il tema dell'alimentazione in relazione al trattamento chemioterapico è poco analizzato rispetto ad altri tipi di trattamento. Inoltre gli articoli presentano spesso campioni piccoli e poco rappresentativi oppure disegni di studio non prospettici (Isenring et al., 2008). In letteratura, inoltre, è difficile studiare interventi di tipo psicoeducativo o di counseling proprio perché non standardizzati (Yarbro, Wujcik & Gobel, 2011). Dato il numero esiguo di risultati, si è scelto di trattare in un unico paragrafo i risultati e la loro discussione.

In tutti e sei gli articoli analizzati emerge l'importanza della **consulenza alimentare**.

Nel testo di Isenring et al. (2008) il consulto dietetico viene considerato di estrema rilevanza in particolare per i pazienti che sono identificati ad alto rischio di malnutrizione. Anche in Wang Y. (2014) si sottolinea l'importanza della consulenza alimentare soprattutto in questa tipologia di pazienti.

Secondo Isenring et al. (2008), i pazienti prediligono una consulenza rispetto a delle semplici indicazioni nutrizionali. La consulenza alimentare è qualcosa di personalizzato che risponde ai bisogni specifici del paziente e permette di dare spiegazioni complete e raccomandazioni nutrizionali adatte e specifiche a ciascun paziente (Isenring et al. 2008). I pazienti attraverso una consulenza alimentare hanno l'opportunità di discutere problemi nutrizionali specificatamente rilevanti per la loro condizione e situazione (Isenring et al., 2008).

Attraverso una consulenza alimentare è possibile coinvolgere attivamente il paziente nel processo di pianificazione (Isenring et al. 2008).

Nel processo di consulenza rientra una raccolta di informazioni rispetto a quali siano le abitudini alimentari del paziente e il suo stato di salute in generale. La richiesta di queste informazioni può richiedere del tempo e può avvenire in modo più o meno approfondito a seconda dei contesti in cui si attua. L'infermiere deve raccogliere una serie di informazioni rispetto alla dieta che vanno ad integrare la valutazione nutrizionale del paziente.

È importante individuare degli interventi di autocura che il paziente può avere adottato e capire che tipo di conoscenze vi sono alla base. Se il curante ritiene che questi tipi di interventi non siano di natura pericolosa può essere utile cercare di integrarli nel piano di cura (Yarbro et al., 2011).

Nello studio di Wang Y. (2014), si sottolinea l'importanza di una consulenza dietetica svolta prima dell'inizio del trattamento chemioterapico con un piano nutrizionale iniziale formulato al momento del ricovero. Zaid et al. (2016) evidenziano i benefici di una consulenza dietetica svolta precocemente.

La letteratura propone dei programmi di pre-riabilitazione subito dopo la diagnosi che prevedono un piano riabilitativo in cui è considerata anche la consulenza alimentare. I pazienti che partecipano ad una pre-riabilitazione sperimentano con minor probabilità

alcuni effetti collaterali dei trattamenti oncologici e possono ritornare alle loro abitudini di vita più velocemente (Pirschel, 2016).

In Lin et al. (2017) si sottolinea l'importanza della continuità e frequenza con cui i consulti dietetici vengono proposti, consulti frequenti comportano dei benefici migliori (Xie et al., 2017). È importante fare educazione nutrizionale ai pazienti e ai famigliari al momento della dimissione e garantire una consulenza anche attraverso dei follow-up telefonici post-dimissione (Xie et al., 2017).

Per quanto concerne i contenuti della consulenza, secondo Wang Y, (2014) è importante che i pazienti acquisiscano alcune conoscenze nutrizionali di base, apprendano la relazione tra nutrizione, cancro e chemioterapia e comprendano alcuni problemi nutrizionali comuni che possono verificarsi durante la chemioterapia. L'educazione nutrizionale deve considerare l'importanza dell'assunzione nutrizionale durante il trattamento ed una guida ai famigliari sulla preparazione dei pasti. Durante l'intervento educativo va fornito e spiegato l'eventuale piano nutrizionale che è stato definito (Xie et al., 2017).

Ai pazienti può essere fornito del materiale informativo ma è importante che questo sia discusso con essi e con i loro famigliari al fine di assicurarsi che i contenuti siano compresi. Ai pazienti possono essere forniti degli elenchi di alimenti, per esempio ipercalorici o ad alto contenuto proteico, che possono essere consultati in modo rapido al domicilio (Moreland, 2010). È utile fornire al paziente del materiale informativo rispetto ai sintomi correlati ai problemi alimentari (Yarbro et al., 2011).

Non sempre l'utilizzo di diari alimentari si rivela utile per una registrazione accurata dell'assunzione di cibo (Moreland, 2010).

Nella revisione di letteratura di Moreland S. (2010) emerge come il counselling nutrizionale migliori la qualità della vita dei pazienti, rafforzi la risposta alla terapia e aumenti il tasso di sopravvivenza. In Zaid et al. (2016) si dimostra come una consulenza intensiva sulla dieta e sullo stile di vita, migliori lo stato nutrizionale dei pazienti affetti da carcinoma colon-rettale alla fine del loro trattamento chemioterapico.

Due degli studi nell'articolo di Moreland S. (2010) raccomandano la consulenza dietetica per i benefici che comporta (Bass & Cox, 1995; Ovesen et al, 1993). Negli studi di Esper e Harb (2005) e Molina et al. (2008) si sottolinea però l'importanza di affiancare alla consulenza anche una serie di altri interventi nutrizionali affinché si possano ottenere una serie di effetti positivi nel paziente (citato in Moreland, 2010, p.610).

Nello studio di Xie et al. (2017), emerge l'importanza di associare all'educazione, degli interventi nutrizionali personalizzati ed intensivi. Questi comportano un miglioramento dell'apporto calorico, del peso, migliori valori negli esami di laboratorio (emoglobina, albumina e proteina sierica) e una riduzione del numero delle sospensioni di trattamento chemioterapico per la presenza di effetti collaterali. Inoltre, questa tipologia di interventi favorisce una miglior compliance del paziente (Xie et al., 2017).

L'OMS definisce l'educazione terapeutica come un processo che "permette al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera

ottimale con la sua malattia. (...) È finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita” (citato in d’Ivernois & Gagnayre, 2006).

L’educazione terapeutica “equipaggia il malato di conoscenze e di abilità pratiche che gli permettono di gestire la malattia in collaborazione con il curante. Essa comporta “un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai pazienti”. Viene considerata “un’attività complessa articolata in più fasi che includono la diagnosi educativa, la definizione di obiettivi, la scelta di appropriate strategie d’insegnamento/apprendimento e la valutazione di ogni intervento” (Rossato, Rigoli, Boffo, Bonadiman & Marcolongo, 2001).

Secondo Rossato et al. (2001), l’obiettivo principale del curante è quello di educare il paziente a capire la propria malattia e terapia, portandolo ad essere il protagonista del proprio percorso, facendolo collaborare nelle cure e a prendersi a carico il proprio stato di salute.

La consulenza alimentare deve caratterizzarsi proprio come un momento di educazione terapeutica.

Per quanto riguarda l’**interprofessionalità**, essa viene approfondita in tre articoli.

Nello studio di Lin et al. (2017) è stato analizzato un approccio multidisciplinare per interventi di natura nutrizionale. I pazienti ricevevano ricette individualizzate realizzate da un team multidisciplinare composto da infermieri specializzati, medici, dietisti, famigliari e pazienti stessi. Gli infermieri specializzati avevano il compito di valutare lo stato nutrizionale entro le prime 48 ore. Il dietista si occupava di calcolare il fabbisogno energetico dei pazienti, mentre era di competenza medica l’impostazione del trattamento enterale e/o parenterale. Dopo aver eseguito una valutazione completa delle abitudini del paziente, dell’assunzione alimentare, della chemioterapia, degli effetti collaterali a livello gastrointestinale e dei cambiamenti nei livelli di prealbumina sierica, i pazienti e i famigliari ricevevano un’educazione nutrizionale individualizzata dagli infermieri specializzati. L’intervento nutrizionale avveniva una settimana prima del trattamento chemioterapico e le diete dei pazienti venivano continuamente adattate in funzione dello stato nutrizionale (Lin et al., 2017).

Questo tipo di approccio si è dimostrato utile nel mantenimento del peso corporeo e delle riserve nutrizionali, offrendo sollievo dai sintomi e migliorando la qualità di vita dei pazienti. Il miglioramento si è verificato dopo sei cicli di chemioterapia e si è mantenuto fin dopo i dodici cicli (Lin et al., 2017).

Inoltre l’approccio multidisciplinare ha migliorato i livelli di prealbumina nei pazienti con cancro colon-rettale sottoposti a chemioterapia, senza alcuna variazione di peso. Lin et al. (2017) suggeriscono che un team multidisciplinare composto prevalentemente da infermieri specializzati può migliorare efficacemente la nutrizione nei pazienti con tumore avanzato.

L’interprofessionalità può essere definita “il processo di sviluppo e mantenimento di efficaci relazioni di lavoro tra più professionisti che comprende i pazienti e i familiari per

favorire outcome di cura ottimali. La collaborazione comprende rispetto, fiducia, una presa di decisioni condivisa e partnership” (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Per fare in modo che ci possa essere un'effettiva collaborazione interprofessionale è necessario che i ruoli vengano chiariti, che ci sia un buon funzionamento del team, una leadership collaborativa e un focus centrato sul paziente e la famiglia oltre che ad una comunicazione di tipo interprofessionale (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Nell'articolo di Wang (2014) si sottolinea l'importanza di una collaborazione multidisciplinare per la gestione degli aspetti nutrizionali nei pazienti sottoposti a chemioterapia. Questa collaborazione è utile per i pazienti ma anche per le diverse figure professionali. I nutrizionisti possono fornire una consulenza specialistica ai pazienti e ai familiari quando hanno dei problemi a livello nutrizionale a cui medici ed infermieri non riescono a dare una risposta.

L'utilizzo di una documentazione condivisa può favorire una buona collaborazione tra i diversi professionisti (Wang, 2014).

È rilevante fornire al personale curante una formazione inerente i temi legati alla nutrizione con l'obiettivo di migliorare la valutazione dello stato nutrizionale ed educare i pazienti e i famigliari rispetto ai temi dell'alimentazione e della prevenzione della malnutrizione (Wang, 2014).

Lo stato nutrizionale dei pazienti può essere valutato dalle diverse figure professionali (medici, infermieri e dietisti/nutrizionisti) (Moreland, 2010), l'elemento importante da evidenziare è la condivisione tra i vari professionisti dei dati che emergono per la definizione di obiettivi condivisi al fine di pianificare il piano di cura dei pazienti.

In Yarbro et al. (2011) si sottolinea l'importanza per aspetti legati alla nutrizione, della collaborazione tra infermieri, medici, dietisti, farmacisti, logopedisti e assistenti sociali con la partecipazione del paziente e della famiglia quale parte integrante. Senza la loro partecipazione nello stabilire gli obiettivi e nella scelta del metodo, è improbabile che qualsiasi tipo di intervento possa avere successo. Gli interventi devono essere basati su degli obiettivi realistici e tenere conto delle possibili implicazioni etiche (Yarbro et al., 2011).

La **valutazione dello stato nutrizionale** viene analizzata in quattro articoli.

Nell'articolo di Moreland (2010) si evidenzia che il mantenimento di un'alimentazione adeguata è parte integrante del processo di trattamento del cancro.

Lo screening nutrizionale è il processo di valutazione delle caratteristiche e dei fattori di rischio che predispongono alle carenze. Per completare lo screening è necessaria una valutazione nutrizionale completa (Moreland, 2010).

Wang (2014) sottolinea l'importanza di utilizzare per la valutazione dello stato nutrizionale uno strumento di screening validato, approvato e raccomandato da organizzazioni nazionali ed internazionali per identificare i pazienti a rischio di

malnutrizione. Si evidenzia il valore di eseguire uno screening al momento dell'ammissione (Wang, 2014).

In diversi studi lo strumento più utilizzato è l'NRS-2002 (Wang, 2014; Lin et al., 2017).

Lo strumento valuta lo stato nutrizionale (alterazioni del peso corporeo negli ultimi 3 mesi e i cambiamenti nell'assunzione degli alimenti nella settimana precedente), la gravità della malattia e l'età se maggiore o uguale ai 70 anni. Le linee guida ESPEN raccomandano che il peso, il livello di albumina sierica e l'indice di massa corporea (BMI) possano essere utilizzati per lo screening nutrizionale (Lin et al., 2017).

È importante che venga fatta una valutazione in cui sia considerata la malnutrizione e la terapia antitumorale al fine di evitare l'ulteriore aggravamento della malnutrizione dovuto a complicanze (Lin et al., 2017).

Le informazioni importanti da ottenere nel processo di screening sono le variazioni di peso, il consumo di cibo e le recenti modifiche, lo stato funzionale, le misure antropometriche, i cambiamenti di dieta, i livelli di attività, i sintomi correlati al cancro, l'esame obiettivo e l'eventuale utilizzo di prodotti nutrizionali alternativi o complementari. Devono essere valutati anche gli indicatori biochimici, come l'albumina sierica (Moreland, 2010; Yarbrow, Wujcik & Gobel, 2011).

Comprendere le cause alla base delle carenze nutrizionali consente agli infermieri di promuovere le fonti alimentari più efficaci per contrastare il cancro e gli effetti collaterali del trattamento (Moreland, 2010).

In Brown (2002) si raccomanda che lo screening venga fatto al momento della diagnosi per individuare i pazienti a maggior rischio di carenze (ad es. pazienti con una perdita di peso superiore al 5% nell'ultimo mese o più del 10% di peso perdita negli ultimi sei mesi) (citato in Moreland, 2010, p.610). Secondo Watterson et al. (2009) è stata rilevata una maggiore prevalenza di malnutrizione prima dell'inizio del trattamento, pertanto identificare i pazienti a rischio di malnutrizione e ottimizzare la gestione dei sintomi per invertire o prevenire la malnutrizione durante il trattamento è essenziale nell'assistenza ai pazienti (citato in Zaid et al., 2016, p.76).

Si raccomanda di iniziare la valutazione entro 48 ore dall'ammissione o dalla diagnosi di cancro e con l'inizio della terapia, il cambio di terapia o un cambiamento di peso del 2% - 5% (McMahon & Brown, 2000; Shils, 1979, citati in Moreland, 2010, p. 609).

In Brown (2002) si sottolinea l'importanza di continuare a monitorare lo stato nutrizionale (citato in Moreland, 2010, p.610).

Dagli articoli analizzati è emerso maggiormente l'aspetto legato alle tecniche e meno rispetto al legame tra nutrizione e sociologia.

Il paziente va preso in cura non solo per le necessità fisiche che presenta ma anche nelle altre sfere. Si può considerare la nutrizione come un bisogno biologico, che ha a sua volta una risposta sociale. Questa risposta può risultare modificata dalla situazione di malattia quindi va preso in considerazione anche questo aspetto. Viene alterato lo stile di vita e le abitudini dei pazienti, i quali devono affrontare una fase di adattamento

alla nuova situazione. La letteratura attuale non considera ancora questi aspetti ma si focalizza più specificatamente sugli elementi nutrizionali in senso stretto.

4. IL RUOLO INFERMIERISTICO NELL'EDUCAZIONE NUTRIZIONALE AI PAZIENTI IN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO

La nutrizione fa parte dell'area di responsabilità degli infermieri e poiché influenza la mortalità e la morbilità, è importante che i curanti si sentano responsabili e svolgano un'adeguata assistenza nutrizionale ai pazienti. Nell'ambito del ruolo infermieristico sembrerebbe che l'educazione nutrizionale non sia una priorità e spesso viene posta in secondo piano (Bjerrum, Tewes & Pedersen, 2011).

La denutrizione è associata ad un aumentato rischio di complicanze, aumento della mortalità, aumento dei costi di ospedalizzazione e riduzione della qualità della vita per i pazienti. Ci sono una serie di cause per la denutrizione, ma un apporto dietetico insufficiente gioca un ruolo importante. L'assunzione di cibo può essere aumentata identificando fattori importanti per il rischio nutrizionale del singolo paziente, migliorando la composizione del cibo e monitorando l'assunzione di cibo (Bjerrum et al., 2011).

Per garantire una migliore assistenza nutrizionale durante la degenza ospedaliera, la European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) ha sviluppato linee guida basate su evidenze scientifiche per una buona assistenza nutrizionale. Gli infermieri svolgono un ruolo importante nell'attuazione di queste linee guida nella pratica clinica quotidiana (Bjerrum et al., 2011).

Per Bjerrum et al. (2011), i curanti valutano il rischio nutrizionale, identificano la necessità di una corretta alimentazione, forniscono assistenza durante i pasti, monitorano l'assunzione, trovano soluzioni pertinenti se la quantità di cibo richiesta non viene consumata e forniscono educazione.

Gli infermieri dovrebbero considerare le cure nutrizionali una loro responsabilità e assumersi prontamente l'obbligo di pianificare e attuare interventi per prevenire la malnutrizione.

Bisogna sottolineare però, che vi è consenso sul fatto che l'area di responsabilità degli infermieri nell'ambito dell'assistenza nutrizionale non è chiaramente definita.

Sebbene gli argomenti nutrizionali vengano insegnati durante la formazione infermieristica di base, molti infermieri diplomati/laureati considerano di non avere sufficienti conoscenze sul tema (Bjerrum et al., 2011). Infatti la formazione infermieristica, negli ultimi 50 anni non ha sviluppato in modo rilevante tematiche relative all'ambito della nutrizione (Murphy & Girot, 2013).

È importante avere una buona formazione ed un atteggiamento positivo nei confronti dell'alimentazione. Le conoscenze e gli atteggiamenti possono facilitare o ostacolare la motivazione dei cambiamenti comportamentali.

Dopo una formazione di base rispetto il tema dell'educazione alimentare gli infermieri sono in grado di far fronte alle esigenze dei pazienti e si sentono più tranquilli e fiduciosi del loro ruolo come infermieri (Bjerrum et al., 2011).

Oltre alla formazione di base, è importante fare formazione continua e trovare delle

strategie di collaborazione con altre figure, in particolare con i nutrizionisti (Henning, 2009).

Gli infermieri sono coloro che hanno maggior contatto con i pazienti per fornire informazioni nutrizionali facendo per altro da tramite tra paziente e medico (Henning, 2009).

Gli infermieri hanno un ruolo rilevante rispetto alla nutrizione ma anche più in generale nella sensibilizzazione di programmi di riabilitazione e pre-riabilitazione (Pirschel, 2016). L'infermiere svolge un ruolo chiave nell'educazione nutrizionale perché l'alimentazione fa parte dei outcomes dei pazienti. L'infermiere come educatore nutrizionale ha un ruolo vitale nel sistema sanitario sia da un punto di vista della prevenzione che della malattia (Henning, 2009).

Il ruolo infermieristico considera in particolare il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia nella definizione degli obiettivi di cura e di un piano alimentare individualizzato (Bjerrum et al., 2011).

Considerando che la popolazione oncologica è sempre più una popolazione anziana, il tema della nutrizione/alimentazione diventa fondamentale data la maggior predisposizione di queste persone alla perdita di peso e ad avere una dieta povera di proteine. Il ruolo di consulente che può assumere l'infermiere diventa quindi fondamentale anche in considerazione della continuità di cura di questi pazienti.

Secondo Henning (2009), quando gli infermieri sono più coinvolti negli interventi nutrizionali, anche la salute dei pazienti migliora.

Se si considera i pazienti come individui complessi, l'importanza di un intervento precoce sul tema della nutrizione diventa chiara (Henning, 2009).

L'infermiere che si prende la responsabilità di assumere un ruolo di educatore e ricercatore rispetto al tema dell'alimentazione può sviluppare ulteriormente la propria autonomia professionale (Henning, 2009).

Ritengo importante sottolineare anche il ruolo infermieristico rispetto al profilo SUP e le sue competenze.

Tra i diversi ruoli vi è quello di apprendente e insegnante: "gli infermieri si impegnano per l'apprendimento permanente basandosi sulla pratica riflessiva, lo sviluppo, la trasmissione e l'applicazione del sapere basato su prove di efficacia. Pertanto mantengono e sviluppano le proprie competenze professionali mediante l'apprendimento continuo in base alle conoscenze scientifiche" (Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere (KFH), 2011).

Rispetto al mio lavoro di Bachelor questo ruolo è strettamente legato al tema poiché l'infermiere è il curante più vicino al paziente, quello che istruisce e accompagna il paziente nel suo percorso di malattia. Ha il compito di mantenersi sempre aggiornato e questo comporta una formazione di base e continua riguardo all'argomento della nutrizione in ambito oncologico. Una cura basata sull'evidenza scientifica significa tenersi costantemente aggiornati sul progresso scientifico in modo da poter offrire un'assistenza di qualità.

Vale a dire, conoscere con precisione ciò che si sta facendo e le difficoltà che sta affrontando il paziente sottoposto al trattamento chemioterapico.

Legato al ruolo di apprendente e insegnante si può considerare anche quello di comunicatore. Questa competenza SUP “risulta utile per una migliore presa a carico del paziente, nella documentazione del caso, nella condivisione del sapere a livello multi professionale e per una gestione di eventuali conflitti e nella loro risoluzione. Sviluppare rapporti di fiducia è un elemento fondamentale per un buon svolgimento della professione. Questo deve essere presente sia nel rapporto infermiere-paziente, sia tra membri dell'équipe” (Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere (KFH), 2011).

In ambito oncologico la multidisciplinarietà è fondamentale, mira alla collaborazione tra le diverse figure professionali come parte integrante dello sviluppo di un piano di cura e per una presa a carico ottimale. Questo, abbiamo visto essere un aspetto fondamentale nella presa carico degli aspetti nutrizionali del paziente. “Il compito dell'infermiere come membro di un gruppo di lavoro è quello di partecipare in modo efficace ed efficiente a gruppi interdisciplinari e interprofessionali. Deve saper coordinare e sostenere i collaboratori del team, partecipare alle decisioni complesse” (Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere (KFH), 2011).

Per ultimo e non meno importante c'è il ruolo di esperto in cure infermieristiche. “L'infermiere oltre a essere responsabile del paziente, lo è anche della sua famiglia e/o dei caregivers. Offre una consulenza aggiornata e basata su conoscenze scientifiche rispettando il codice deontologico e i principi etici. L'infermiere inoltre rileva le necessità ed esegue le cure preventive, terapeutiche e palliative così da offrire cure di qualità, efficaci, efficienti e continuative” (Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere (KFH), 2011).

Questo ruolo esplicita l'importanza della valutazione infermieristica, della gestione dei sintomi e l'attenzione verso problematiche rilevanti come quella dell'alimentazione.

Il personale curante è un punto fondamentale per il paziente, l'infermiere è una “guida”, sta accanto al paziente durante tutto il periodo del trattamento, con lo scopo di ridurre gli effetti collaterali e migliorare lo stato fisico e morale del paziente. È essenziale che gli infermieri riconoscano nel paziente il disagio che può insorgere e l'obiettivo deve essere mirato all'accompagnamento della persona in modo da evitare che manifesti un senso di perdita di controllo della situazione e ansia. Affronterà così la quotidianità sapendo di poter rivolgersi a figure competenti.

5. CONCLUSIONI

Generalmente, la tesi di laurea permette ad ogni studente di approfondire con maggiore interesse e dedizione un argomento specifico della materia studiata, ma credo che in questo scritto ci sia di più.

Il tema dell'alimentazione ha suscitato molto interesse da parte mia e mi ha permesso di entrare a pieno all'interno della tematica dimostrando quanto un'attenzione al tema

dell'alimentazione, permetta al paziente di ottenere risultati ben visibili sia a livello di risultati che a livello personale, per corpo e mente.

Inoltre questo lavoro mi ha messo di fronte ad un aspetto che, scrivendo ed entrando nello specifico degli argomenti, delle espressioni cliniche, diagnosi e degli effetti delle cure si sorvola sempre uno dei punti fondamentali della malattia; lo stato d'animo del paziente.

Nella nostra professione ci occupiamo di assistere il malato, ma penso che spesso ci fermiamo solo a ciò che esso ci fa vedere.

Grazie a questo lavoro, per molti versi molto "tecnico", oltre a migliorare la mia conoscenza personale inerente all'argomento della chemioterapia e dell'alimentazione, ho davvero capito e riflettuto su quanto indipendentemente dalla cura e dal metodo scelto per l'assistenza al malato, uno dei ruoli più significativi della nostra professione è quello di aiutare a far fronte ai cambiamenti con la positività necessaria per rendere il percorso meno doloroso.

Credo che il lato umano sia la parte più complessa della cura, perché entrano in gioco molti fattori, dal coinvolgimento emotivo al desiderio di affrontare insieme ai pazienti la situazione rendendola meno dolorosa per coloro che sulla propria pelle devono gestire nuove emozioni e situazioni.

Ovviamente oltre a questa considerazione, sono dell'opinione che il lavoro svolto permetta ad ogni studente di capire meglio cosa sta affrontando e gli faccia capire cosa lo aspetterà realmente quando la formazione volgerà a termine.

Grazie a questo lavoro di laurea ho avuto occasione di valutare e interpretare molti aspetti delle cure adottate e di quanto anche solo piccole attenzioni possano portare a grandi benefici.

A mio avviso, l'alimentazione è, spesso e purtroppo, una tematica posta in secondo piano e non solo nell'ambito dell'oncologia. Mi è capitato di vedere nei miei stage precedenti, che anche nei reparti di chirurgia e medicina, la nutrizione non fosse considerata una priorità assistenziale.

Rimane comunque un tema importante, da non minimizzare e che incide fortemente sulla qualità di vita dei pazienti. Può comportare grosse difficoltà alla quotidianità, per questo motivo ritengo opportuno che i curanti devono e possono intervenire precocemente e fare in modo che la nutrizione non incida maggiormente in modo negativo sulla qualità di vita.

Il ruolo dell'infermiera non si limita all'assistenza del paziente ma è qualcosa di molto più grande, il continuo impegno a sostenere in modo globale ogni persona che ne sente il bisogno.

È necessario mettersi in discussione ogni giorno mettendo a disposizione le proprie conoscenze per aiutare a trovare dei metodi che più si addicono ad ogni singolo degente. Questo lavoro mi ha permesso di capire ancora meglio quanto nella nostra professione sia importante fare formazione continua anche una volta usciti dall'università. Continuare a formarsi è fondamentale per crescere non solo a livello professionale e svolgere al meglio il proprio ruolo, ma anche a livello personale, con

l'obiettivo di crescere e aprire la mente rispetto al mondo che ci circonda poiché la persona è un individuo complesso ed unico.

È stato un lavoro duro e molto impegnativo, perché uno scritto come un lavoro di tesi, comporta dedizione, organizzazione e serietà, non solo per la valenza accademica, ma anche perché credo faccia parte del percorso di vita che ogni studente deve affrontare. La tesi di laurea è un lavoro che porteremo con noi per sempre, sarà sempre il lavoro di Tesi e non un semplice lavoro scolastico, per questo ho potuto affrontare questo impegno con la serenità e la voglia di poter creare qualcosa di importante.

6. BIBLIOGRAFIA

American Cancer Society. (2015). Nutrition for the Person With Cancer During Treatment: A Guide for Patients and Families. Disponibile in: <https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/staying-active/nutrition/nutrition-during-treatment.html>

American Institute for Cancer Research. Nd. HEAL Well: A Cancer Nutrition Guide. Disponibile in: <http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/education/heal-well-guide.pdf>

Argilés, J.M. (2005). Cancer-associated malnutrition. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, S39-S50. Doi: 10.1016/j.ejon.2005.09.006

Associazione Italiana di Oncologia Medica. (2017). *Chemioterapia 100 domande 100 risposte. La guida per conoscere una delle armi fondamentali nella lotta al cancro*. Brescia: Intermedia.

Bonadonna, G. & Robustelli Della Cuna, G. (2004). *Medicina Oncologica*. Milano: Masson

Bjerrum, M., Tewes, M. & Pedersen, P. (2011). Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 81-89. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00906.x

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). A National Interprofessional Competency Framework. Disponibile in: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere (KFH). (2011). Competenze finali per le professioni sanitarie SUP: Disponibile in: <http://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche.html>

d'Ivernois, J.F. & Gagnayre, R. (2006). *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*. Milano: McGraw-Hill.

Eggert, J. (2010). *Cancer Basics*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2001). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of sports chiropractic and rehabilitation*, 15(1), 5–19.

Henning, M. (2009). Nursing's role in nutrition. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27(5), 301-206.

Isenring, E., Cross, G., Kellett, E., & Koczwara, B. (2008). Preliminary results of patient satisfaction with nutrition handouts versus dietetic consultation in oncology outpatients receiving chemotherapy. *Nutrition & Dietetics*, 65, 10-15. Doi: 10.1111/j.1747-0080.2007.00170.x

Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Disponibile in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_652_allegato.pdf

Lin, J.X., Chen, X.W., Chen, Z.H., Huang, X.Y., Yang, J.J., Xing, Y.F., Yin, L.H., Li, X., & Wu, X.Y. (2017). A multidisciplinary team approach for nutritional interventions conducted by specialist nurses in patients with advanced colorectal cancer undergoing chemotherapy. *Medicine*, 96:26, 1-4. Doi: 10.1097/MD.00000000000007373

McGinley, E. (2016). The provision of nutritional advice in patients with cancer. *JNC*, 30(5), 60-66.

Ministero della Salute, Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione. (2014). Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica. Disponibile in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2139_allegato.pdf

Moreland, S.S. (2010). Nutrition Screening and Counseling in Adults With Lung Cancer: A Systematic Review of the Evidence. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 609-614. Doi: 10.1188/10.CJON.609-614

Murphy, J.L. & Girot, E. A. (2013). The importance of nutrition, diet and lifestyle advice for cancer survivors – the role of nursing staff and interprofessional workers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1539-1549. Doi: 10.1111/jocn.12053

Nicolini, A., Ferrari, P., Masoni, M.C., Fini, M., Pagani, S., Giampietro, O., & Carpi, A. (2013). Malnutrition, anorexia and cachexia in cancer patients: A mini-review on pathogenesis and treatment. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 67, 807-817. Doi: 10.1016/j.biopha.2013.08.005

Pirschel, C. (2016). The power of prehabilitation. Interventions before treatment can help improve care and outcomes. *ONS CONNECT*. May: 12-16.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Palese, A. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica (1a ed. italiana sulla 8a ed. americana)*. Milano: McGraw-Hill.

Rossato, E., Rigoli, A.M., Boffo, G., Bonadiman, L. & Marcolongo, R. (2001). *Educazione terapeutica. Una risorsa per malati e curanti*. Venezia: Marsilio Editori.

Wang, Y. (2014). Nutrition assessment and management among gastrointestinal cancer patients receiving chemotherapy in a medical oncology ward: a best practice implementation project. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 12(5), 466-483.

Xie, F.I., Wang, Y.Q., Peng, L.F., Lin, F.Y., He, Y.L., & Jiang, Z.Q. (2017). Beneficial Effect of Educational and Nutritional Intervention on the Nutritional Status and Compliance of Gastric Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Randomized Trial. *Nutrition and Cancer*, 69(5), 762-771. Doi: 10.1080/01635581.2017.1321131

Yarbro, C.H., Wujcik, D., & Gobel, B.H. (2011). *Cancer Nursing principles and practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Zaid, Z.A., Jackson, K., Kandiah, M., & Cobiac, L. (2016). Improving the Nutritional Status of Patients with Colorectal Cancer Undergoing Chemotherapy through Intensive Individualised Diet and Lifestyle Counseling. *Mal J Nutr*, 22(1), 65-79.