



**e-CAMPUS**  
UNIVERSITÀ

**DOTTORATO DI RICERCA IN**  
Scienze Applicate a Benessere e Sostenibilità

**XXXVIII CICLO**  
COORDINATORE Prof. Carlo Baldari

**Aesthetic Medicine in Palliative Care: improving the quality of life and reducing pain at the end of life through non-pharmacological treatments for a better perception of own image**

**Medicina Estetica in Cure Palliative: migliorare la qualità della vita e ridurre il dolore nel fine vita attraverso trattamenti non farmacologici per una migliore percezione della propria immagine.**

Settore Scientifico Disciplinare:

BIOS-06/A Fisiologia  
MEDS-09/A Oncologia medica  
MEDS-12/A Neurologia  
MEDS-23/A Anestesiologia

**Dottorando**

Dott. Lavinia Valeriani

**Tutor**

Prof. Elena Camisasca

**Co-Tutor**

Prof. Fabrizio Vecchio

## Sommario

|   |    |
|---|----|
| ABSTACT .....   | 3  |
| INTRODUZIONE .....  | 5  |
| 1. BACKGROUND .....   | 7  |
| 1.1 Cure palliative.....  | 7  |
| 1.2 Malato in fase terminale.....                                     | 10 |
| 1.3 Sintomi e Segni .....   | 13 |
| 1.4 Medicina estetica in cure palliative.....                         | 17 |
| 1.5 Qualità della vita .....  | 19 |
| 2. OBIETTIVI .....  | 21 |
| 3. STUDI .....  | 24 |
| 3.1 Studio osservazionale sulla Qualità della Vita.....               | 24 |
| 3.1.1 Introduzione .....  | 24 |
| 3.1.2 Metodi .....  | 29 |
| 3.1.3 Risultati .....   | 31 |
| 3.1.4 Discussione .....   | 32 |
| 3.2 Studio interventistico per migliorare la Qualità della Vita ..... | 35 |
| 3.2.1 Criteri di inclusione.....                                      | 35 |
| 3.2.2 Fasi dello studio .....   | 36 |
| 3.2.3 Questionari utilizzati .....                                    | 36 |
| 3.2.4 Prodotti utilizzati.....  | 45 |
| 3.2.5 Analisi statistiche .....                                       | 46 |
| 3.2.6 Risultati .....   | 47 |
| 3.2.7 Discussione .....   | 55 |
| 4 CONCLUSIONI.....  | 60 |
| 5. Bibliografia.....  | 65 |
| 6. Allegati .....   | 69 |
| A.1 SF36.....   | 69 |
| A.2 Foglietto illustrativo.....                                       | 75 |

## ABSTRACT

This thesis of this PhD in Applied Sciences for Well-Being and Sustainability addresses the topic of Aesthetic Medicine in Palliative Care, specifically how to improve the quality of life and reduce pain in terminally ill patients through non-pharmacological treatments, contributing to a better perception of their self-image. Palliative Care focuses on symptom management and global support, aiming to meet not only the physical needs but also the psychological, social, and spiritual needs of patients and their families. The importance of Palliative Care has emerged since the 1970s and 1980s, with the recognition that every terminally ill patient deserves quality care. Law 38/2010 formalized patients' right to access these services, promoting the formation of multidisciplinary teams capable of providing assistance in both home and structured settings, such as hospices. The latter, in particular, represents an environment where patients can receive continuous care until the end of life, maintaining their dignity.

The concept of a terminally ill patient is defined as an individual with an advanced disease, with no prospects for a cure, who requires support to enhance comfort and quality of life. Patients may experience "total suffering," which includes physical and psychological pain, social difficulties, and spiritual issues. This necessitates an approach that integrates pharmacological therapies with unconventional forms of intervention, such as Aesthetic Medicine, which aims to address body image issues that often afflict cancer patients.

In this context, Aesthetic Medicine should not be viewed as a luxury, but as a key component to improving the quality of life for terminally ill patients. It offers solutions to confront the aesthetic damage caused by illness and treatments like

chemotherapy, which can negatively impact self-esteem and the quality of social relationships. Aesthetic Medicine interventions can help patients shift their focus from the disease to life itself, thereby improving their perception and attitude toward the illness.

The objectives of the PhD program included analyzing the impact of Aesthetic Medicine on objective parameters of quality of life and on patients' attitudes towards their conditions. Observational and interventional studies were conducted, revealing that the integration of Aesthetic Medicine leads to significant improvements in quality of life, symptom management, and pain perception. The statistical analyses confirmed that patients treated with Aesthetic Medicine interventions showed improvements in quality-of-life parameters, reducing symptoms like pain and depression. The research highlighted how appropriate multidisciplinary care, which also integrates Aesthetic Medicine, can enhance the overall well-being of terminal patients, providing holistic and significant support during such a delicate time in their lives.

In conclusion, this study suggests that including Aesthetic Medicine professionals in palliative care teams is not only feasible but could bring significant benefits to patients, improving their quality of life and their approach to the disease.

## INTRODUZIONE

I termini oncologia e fine-vita da sempre provocano una sensazione di timore e di paura nel volto di chiunque l'ascolti, sensazione alimentata ancor più se a ciò si affiancano parole come dolore, depressione, paura, nausea, morte. È soprattutto nella fase terminale che lo scopo principale dell'assistenza verte sul mantenimento delle funzioni fisiologiche del paziente, sul controllo dei sintomi principali come il dolore, la nausea, lo stress psico-fisico; è un momento in cui i piccoli accorgimenti o gesti faranno la differenza nell'accompagnare la persona in questa fase della propria vita. Le cure palliative danno un'ampia assistenza al malato terminale e alla sua famiglia considerando importanti i loro bisogni. Per far ciò si propongono di dare una maggiore qualità della vita nelle sue ultime fasi.

Sono un medico palliativista ma anche un esperto di medicina estetica, molte sono le possibili sinergie tra la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e la Società Italiana di Medicina Estetica (SIME). Questi due ambiti, pur sembrando distinti a prima vista, possono intersecarsi in modi significativi per migliorare la qualità della vita dei pazienti. La SICP si dedica a garantire che i pazienti con malattie progressive e con necessità di cure palliative ricevano un'assistenza adeguata, non solo per alleviare la sofferenza fisica, ma anche per rispondere ai bisogni emotivi, sociali e spirituali. D'altra parte, la SIME opera nel campo della medicina estetica, mirando a migliorare l'aspetto fisico e, conseguentemente, l'autostima dei pazienti.

Le relazioni tra queste due società possono manifestarsi in vari modi. Innanzitutto, è fondamentale riconoscere che migliorare l'aspetto estetico di un paziente, anche in fase terminale o con malattie gravi, può avere un impatto notevole sul suo benessere generale. Trattamenti come la terapia del dolore, i trattamenti dermatologici e le tecniche di medicina estetica possono alleviare non solo il dolore fisico, ma anche la sofferenza psicologica legata all'immagine corporea

deteriorata.

Inoltre, la formazione congiunta tra professionisti della SICP e della SIME può promuovere un approccio olistico alla cura, fornendo agli operatori sanitari competenze per affrontare problemi estetici nei pazienti in fase di cure palliative, contribuendo così a una cura più completa.

Infine, vi è la possibilità di avviare progetti di ricerca congiunti per studiare gli effetti delle pratiche di medicina estetica sulla qualità della vita nei pazienti in cure palliative. Tale collaborazione potrebbe fornire utili indicazioni su come intervenire in modo più efficace in questo importante ambito.

In conclusione, la collaborazione tra la SICP e la SIME rappresenta un'opportunità unica per arricchire l'assistenza sanitaria in Italia. Insieme, possiamo lavorare per garantire che ogni paziente, indipendentemente dall'età o dalla patologia, possa beneficiare di un trattamento che rispetti la sua dignità e favorisca un miglioramento della qualità della vita.

Questo lavoro di tesi ha quindi cercato di valutare l'impatto della medicina estetica nella qualità di vita e capire la possibilità di far sentire a proprio agio, anche dal punto di vista della rappresentazione del proprio corpo verso il mondo esterno, le persone nel fine vita.

Quello che ci si è prefissati di raggiungere è stato di riscontrare un atteggiamento più positivo verso la malattia che magari permetta anche di affrontare in maniera più serena il fine vita. Si è infine cercato di valutare le variazioni di parametri oggettivi della qualità di vita misurati prima e dopo il trattamento per confermare l'efficacia del trattamento anche in situazioni di forte stress psico-emotivo.

Nei capitoli seguenti, si entrerà nello specifico spiegandone le dinamiche, ambientazione e gli effetti avvertiti dai pazienti valutabili tramite apposite scale.

## **1. BACKGROUND**

### **1.1 Cure palliative**

Dal latino “pallium” che significa mantello, palliativo richiama l’idea di avvolgere, riscaldare, contenere, donare, con riferimento ad una persona fragile. Le cure palliative sono destinate a soddisfare i bisogni del malato non guaribile e della sua famiglia, senza tralasciare tutto ciò che potrebbe provocare dolore psico-fisico, sociale e spirituale, contenendo i sintomi più tipici delle malattie irreversibili. Il principio da cui parte il concetto di palliativo è che ogni paziente non guaribile è comunque curabile.

Se non è possibile definire una precisa data di nascita delle cure palliative in Italia, si può però restringere la loro origine in uno spazio temporale preciso tra gli ultimi anni settanta e i primi ottanta del secolo scorso; è possibile poi indicarne il luogo di prima ideazione e applicazione in Italia, ovvero l’Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano.

A differenza di quanto si verificò nei paesi in cui si diffusero inizialmente (Regno Unito, Canada e Australia) in Italia, siamo alla fine degli anni novanta, le cure palliative furono erogate prevalentemente da equipe domiciliari, pressoché del tutto sostenute o gestite direttamente da enti, organizzazioni e associazioni del terzo settore.

Ben presto, molte organizzazioni non profit formarono equipe di medici, infermieri e psicologi dedicate alle cure palliative, inizialmente sostenendole direttamente attraverso campagne di raccolta fondi e solo successivamente, verso la fine degli anni novanta, convenzionandosi con il Servizio Sanitario Nazionale. Nel nostro Paese, pur con un certo ritardo rispetto ad altri paesi europei, le Istituzioni hanno quindi preso coscienza da alcuni anni dei problemi relativi ai pazienti affetti da patologie croniche degenerative a rapida evoluzione con prognosi infausta. Sono state promulgate leggi dello Stato che hanno sancito il diritto della persona malata a ricevere cure palliative di alta qualità. Grazie alla

approvazione infatti della Legge 39 del 1999 e al significativo finanziamento da essa previsto per le regioni che avessero programmato la realizzazione di strutture dedicate a ospitare malati inguaribili giunti alla fine della loro vita, anche in Italia si cominciò a realizzare e inaugurare un numero sempre maggiore di Hospice, riequilibrando progressivamente il rapporto tra cure palliative erogate a domicilio e cure palliative garantite in ricovero residenziale.

Se questa legge diede una spinta poderosa allo sviluppo delle cure palliative in Italia attraverso il finanziamento di un numero crescente di Hospice, dando inizio a quella che può essere considerata la fase moderna, la seconda tappa istituzionale può essere considerata l'inserimento dell'assistenza ai malati terminali in Hospice ma anche la domicilio tra i primi livelli essenziali di assistenza (LEA), approvati per la prima volta nel 2001.

Nel corso del biennio 2007/2008 si crearono finalmente le condizioni ministeriali e politiche affinché venisse raccolta la sfida lanciata da numerosi parlamentari, che negli anni precedenti, avevano proposto e depositato progetti di legge sulle cure palliative e sulla terapia del dolore.

Il Parlamento approvò all'unanimità la Legge 38 del 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Questa legge inoltre afferma che:

- È un diritto del cittadino poter accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Le strutture che erogano cure palliative e terapia del dolore devono rispettare i principi di tutela della **dignità del malato** e della **qualità della vita** fino al suo termine.

La breve storia delle cure palliative in Italia non può prescindere dalla nascita e dallo sviluppo di due importanti soggetti collettivi: Società Italiana di Cure Palliative (SICP) nel 1986 e, più tardi, Federazione Cure Palliative (FCP) nel 1999.

La più recente definizione dell'OMS cita:

“Le cure palliative sono la cura totale prestata alla persona affetta da una malattia non più responsiva alle terapie aventi come scopo la guarigione. Esse implicano una filosofia di cura che pone al centro la persona malata, nel tentativo di garantire la **migliore qualità di vita possibile**; un approccio olistico che, nel rispetto dell'autonomia del malato e delle sue scelte, cerca in ogni modo di controllare il dolore e gli altri sintomi, annullare la sofferenza e **rendere la vita più accettabile**”.

Lo scopo delle cure palliative è quello di:

- **Ottenere** la massima qualità della vita possibile per il paziente e per i suoi familiari.
- **Affermare** il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale.
- Non **prolungare** né **abbreviare** l'esistenza del malato.
- Provvedere al **solievo** dal dolore e degli altri sintomi
- **Integrare** gli aspetti psicologici e spirituali dell'esistenza.
- **Offrire** un sistema di supporto per la famiglia.
- **Garantire** un approccio attraverso un'equipe multidisciplinare in modo da dare tutte le risposte possibili al malato
- **Accompagnare** il malato con un appoggio morale attraverso il dialogo e l'amicizia.
- **Camminare** al suo fianco senza precederlo, né imporgli una strada.
- **Cercare** con lui un significato personale al dramma che sta vivendo.
- **Restare** con lui. Spesso in silenzio. Sempre in ascolto.
- **Aiutare** il malato a reagire, a ricordarsi di essere persona ancora viva, capace ancora di amare e di essere amato. **Stimolarlo** a ritrovare sé stesso come persona libera e responsabile. Ad essere ancora **protagonista** della propria vita, a compiere atti liberi e prendere decisioni proprie.

- **Scoprire** insieme che l'esperienza della malattia può diventare un'occasione per imparare a vivere: che in essa ci si possa scoprire capaci ancora di rapportarsi correttamente con Dio, con gli altri, con sé stessi, con la propria vita, con la propria malattia e con la propria morte.

Una equipe ben formata da persone che arricchiscono la relazione d'aiuto combattendo il dolore che affligge il malato intervenendo sul benessere psico-fisico, sociale, spirituale e familiare. Da qui scaturiscono piani di cura e assistenza personalizzati, a misura di quel malato, adatti per quel specifico momento, in relazione ai familiari che lo accompagnano, in risposta ai suoi bisogni.

La medicina palliativa richiede modelli assistenziali alternativi che prevedono l'implementazione di specifici servizi sul territorio, dall'assistenza domiciliare all'Hospice, integrati con gli ospedali per acuti in un continuum di assistenza.

L'attenzione è rivolta innanzitutto alla persona e poi alla malattia dando risposte specifiche, tempestive, adeguate. La qualità delle prestazioni erogate, con una continuità delle cure fino all'ultimo istante per il paziente e anche dopo la morte, è data da un'equipe formata da medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, operatori socio-sanitari, assistenti spirituali e volontari formati.

## **1.2 Malato in fase terminale**

Un malato in fase terminale è una persona con una malattia incurabile e progressiva, per la quale non esistono più terapie efficaci per la guarigione o per prolungare significativamente la vita. La sua assistenza si concentra sul sollievo dai sintomi, come dolore, nausea e difficoltà respiratorie, e sul supporto globale della persona, per garantirle la migliore qualità di vita possibile e preservare la dignità.

Cosa si intende per fase terminale:

- **Incurabilità:** Non sono più disponibili trattamenti che possano curare la malattia o rallentarne la progressione.
- **Sintomi fisici:** Si manifestano sintomi come dolore, stanchezza, perdita di appetito e nausea, difficoltà respiratorie e, infine, cambiamenti nelle funzioni intestinali e urinarie.
- **Cambiamenti psichici:** Possono comparire confusione, agitazione, depressione o un ritiro sociale.

Come viene gestita l'assistenza:

- **Cure palliative:** L'obiettivo principale è migliorare la qualità di vita, non la cura della malattia.
- **Controllo dei sintomi:** Si utilizzano farmaci e tecniche per alleviare il dolore, la nausea, la stitichezza e altri disagi.
- **Supporto psicologico e spirituale:** Si affrontano paure, ansie, ma anche questioni come rancori o rimorsi.
- **Comunicazione:** È fondamentale che il paziente sia informato sulla sua condizione e sulle opzioni di cura, e che possa partecipare alle decisioni che lo riguardano.
- **Hospice:** Strutture come gli hospice sono specializzate nell'assistenza a lungo termine di pazienti in fase terminale, fornendo un ambiente di supporto e cure integrate.

Quindi, il malato in fase terminale è colui che è affetto da una patologia cronica evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono o sono sproporzionate terapie con l'obiettivo di una stabilizzazione della malattia e/o di un prolungamento della vita. Questa fase temporale viene stabilita indicativamente con un criterio temporale in 90 giorni per il paziente oncologico, mentre per le patologie croniche degenerative non oncologiche sarà necessario individuare altri criteri, non necessariamente di durata di vita residua.

Spesso questi malati sono portatori di una complessa sofferenza, definita “dolore totale”, caratterizzata dalla difficoltà a soddisfare i bisogni primari e dal deteriorarsi dell’identità corporea, dell’equilibrio psicofisico, del ruolo sociale e dello status economico. Non è quindi un paziente come tutti gli altri, ha intrapreso un percorso già noto e deve poter trascorrere il tempo che ha a disposizione con dignità e, se possibile, senza sofferenze fisiche, emotive e psicologiche. Perciò è necessario assicurare cure adeguate, dispensate da personale opportunamente formato.

Il dolore non è solo fisico, invade anche altre sfere della persona umana. Pertanto va curato in tutte le sue dimensioni se si vuole giungere al controllo ottimale di quella fisica. Diversamente si rischia un pericoloso frazionamento che tende a falsare i principi su cui si basa l’approccio alla fase avanzata della malattia.

Il lungo lasso di tempo della fase terminale della malattia viene caratterizzato da un progressivo deterioramento dello stato di salute con la perdita dell’autonomia personale e sociale. L’ospedale è una struttura depersonalizzante che difficilmente viene incontro alle necessità psicologiche del paziente in fase terminale. Il luogo migliore per l’assistenza al malato in fase terminale è il suo domicilio dove può avere il conforto dei suoi familiari senza però, trasformare la casa del malato in una succursale dell’ospedale. La famiglia deve essere educata all’assistenza del paziente poiché al momento della morte c’è bisogno di una sfera rassicurante. L’assistenza domiciliare richiede alle famiglie di far fronte a tutti gli aspetti di cura del paziente. Per aiutare a prepararsi a questi cambiamenti, i pazienti e i caregiver sono invitati a ottenere quante più informazioni possibili attraverso l’equipe che li accompagna in questo cammino.

Un’alternativa alle cure domiciliari, può essere fornito dal ricovero in Hospice dove la persona malata troverà un’equipe altrettanto preparata a soddisfare i suoi bisogni alterati e a supportarlo a mantenere il più possibile la propria autonomia. L’Hospice prima di essere una struttura è una filosofia che si propone di ottimizzare gli obiettivi di cure palliative quando queste non possono essere

erogate al domicilio. L'Hospice fornisce la possibilità al morente di vivere appieno fino alla fine, con dignità e confort. Provvede anche al sostegno della famiglia e degli amici con un servizio di supporto al lutto.

### **1.3 Sintomi e Segni**

La fase terminale di una malattia dura tipicamente ore, giorni o qualche settimana, ma la sua durata è molto variabile a seconda della malattia e delle condizioni individuali del paziente. La diagnosi di malattia non più guaribile, come può essere quella rappresentata ad esempio dal cancro in uno stadio avanzato, rappresenta un evento catastrofico a cui la maggior parte dei soggetti reagisce con una profonda alterazione emozionale, alla quale spesso si associa deflessione dell'umore e sovente, inibizione comportamentale. La percentuale di pazienti terminali con depressione maggiore varia dal 5 al 50% a seconda della fase di malattia, del tipo di umore e di altre variabili di carattere individuale. Con l'evoluzione della patologia, nel corso delle fasi di progressione e in quelle avanzate, i tassi di depressione tendono ad aumentare sino al 77% nei pazienti ospedalizzati<sup>4,7</sup>. Indipendentemente dal tipo di depressione (depressione maggiore, distimia, disturbo di adattamento con umore depresso, depressione secondaria), la deflessione patologica del tono dell'umore comporta un grado di stress maggiore rispetto ai pazienti non depressi, una riduzione del funzionamento fisico, sociale e professionale, una ridotta compliance alle terapie e ai controlli diagnostici, un rischio di suicidio significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale (ma non verso quella psichiatrica) e, verosimilmente, un peggioramento della prognosi oncologica.

Spesso uno stato depressivo può essere scatenato da un'alterazione dell'immagine del proprio corpo; ciò avviene ad esempio a seguito dell'insorgenza di problematiche cutanee legate alla malattia o alle terapie antitumorali. La cute infatti rappresenta l'involucro del corpo e risente, come tutto l'organismo, del

sovertimento causato da questa situazione. I principali problemi cutanei che si possono presentare nella fase avanzata di malattia o a seguito di terapie antitumorali sono<sup>1,3</sup>:

- Manifestazioni paraneoplastiche ovvero un insieme eterogeneo di patologie accomunate dalla contemporaneità o dalla consequenzialità con varie malattie neoplastiche quali: Acanthosis nigricans, Eritema necrotico migrante, Dermatomiosite, Ittiosi acquisita, Pioderma gangrenoso
- Prurito
- Sudorazione
- Tumori e metastasi ulcerate
- Ulcere da pressione
- Cicatrici chirurgiche
- Alterazione della pelle e degli annessi dovute a chemioterapia:
  - Alopecia, perdita parziale o totale dei capelli che quando è legata alla chemioterapia è sempre reversibile, infatti i capelli ricrescono dopo la sospensione della chemioterapia a differenza della radioterapia che causa una perdita permanente di peli o capelli nelle aree cutanee sottoposte a trattamento
  - Eritema, rossore della cute che interessa principalmente viso e tronco
  - Follicolite, infiammazione cutanea tipica del viso e del tronco
  - Xerosi, secchezza della pelle che interessa tutto il corpo
  - Fissurazioni, piccoli tagli della pelle che interessano mani e piedi
  - Iperpigmentazione, colorazione della pelle esposta al sole
  - Epidermolisi essudativa, nelle aree sottoposte a radioterapie
  - Discromie, macchie tipiche del viso e del corpo
  - Teleangectasie, dilatazione di piccole vene del viso e arti inferiori
  - Onicomicosi, micosi delle unghie
  - Perionissi, ferite intorno alle unghie

- Eritrodisestesia, rossore e modificazioni sensibilità mani e piedi
- Tricomegalia, ciglia più grosse e rigide

Inoltre, come già specificato, il malato in fase terminale presenta un dolore cronico che si manifesta in una forma complessa, nota come “dolore totale”. Questo termine descrive la sofferenza globale del paziente, includendo aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali. In particolare, il dolore cronico è spesso presente nei pazienti oncologici e non può essere trattato esclusivamente con farmaci. È necessario adottare un approccio multidisciplinare che coinvolga l'intero team curante e prenda in considerazione tutte le dimensioni della vita del malato. Le cure palliative si rivelano fondamentali per alleviare la sofferenza e devono integrare terapie farmacologiche con supporto psicologico e altre forme di terapia complementare. In questo modo, è possibile affrontare in modo globale la complessità del dolore nel malato terminale, focalizzandosi sulla gestione del dolore fisico, psicologico e sociale.

Infine concetto di Qualità della Vita (Quality Of Life -QOL-) in pazienti terminali è multifattoriale e viene influenzato da molteplici aspetti, che vanno oltre la semplice presenza o assenza di dolore fisico. Quando un malato entra in una fase avanzata della malattia, i sintomi fisici, come il dolore cronico, non solo rappresentano un'importante componente della sua esperienza, ma si intrecciano con fattori psicologici, sociali e spirituali, contribuendo a un deterioramento complessivo della QOL.

Per quanto riguarda gli aspetti fisici, il dolore è una manifestazione comune nei malati terminali e può assumere forme diverse, come dolore acuto o cronico, neuropatico o nocicettivo. La presenza di tali sintomi può limitare la mobilità, ridurre l'appetito e causare affaticamento. Questi fattori fisici, se non adeguatamente gestiti, possono condurre a una limitazione dell'autonomia,

portando il paziente a sentirsi imprigionato nel proprio corpo, con la percezione di una vita che si accorcia e diventa sempre più inaccettabile. Inoltre, effetti collaterali dei trattamenti, come nausea, vomito e stanchezza, possono complicare ulteriormente la situazione.

Per quanto riguarda gli aspetti psicologici, il dolore, oltre a essere un sintomo fisico, ha anche profonde implicazioni psicologiche. La sua presenza continua può generare ansia, depressione e sentimenti di impotenza. Questo vissuto emotivo può appesantire ulteriormente la situazione, facendo sì che il paziente lotti non solo contro la malattia, ma anche contro la propria mente e le emozioni negative che ne derivano. La paura della morte e l'incertezza sul futuro possono amplificare questi sentimenti, contribuendo a una bassa QOL.

Per gli aspetti sociali, il malato terminale affronta anche delle sfide sociali ed economiche significative. La progressione della malattia può portare a un allontanamento dalle attività sociali e da relazioni importanti. I legami con familiari e amici possono essere messi a dura prova, sia a causa della necessità di assistenza continua che per l'incapacità di partecipare a eventi familiari e sociali. Questa solitudine può aggiungere un ulteriore strato di sofferenza, portando il paziente a sentirsi isolato e non compreso.

Considerando gli aspetti spirituali, la dimensione spirituale è fondamentale nel contesto delle cure palliative. Molti pazienti riflettono sul senso della vita, sulla propria esistenza e sulla morte. Le domande esistenziali possono emergere, portando a un bisogno di esplorare e trovare conforto in credenze religiose o filosofiche. La difficoltà nell'affrontare questi aspetti può contribuire a un peggioramento della QOL, mentre una buona gestione del supporto spirituale può avere un impatto positivo.

L'adozione di un approccio multidisciplinare nelle cure palliative è cruciale per affrontare questo quadro complesso. Medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri e religiosi, insieme, possono lavorare per alleviare il dolore fisico,

fornire supporto psicologico e sociale e affrontare le questioni spirituali. L'utilizzo di piani di trattamento personalizzati che integrano farmaci, terapia fisica, consulenze psicologiche e supporto spirituale può rappresentare un passo importante verso il miglioramento della QOL.

In sintesi, il malato terminale vive una profonda esperienza di sofferenza totale, in cui il peggioramento della qualità della vita è spesso una diretta conseguenza della malattia e dei suoi impatti. Un approccio olistico e centrato sul paziente può aiutare a mitigare questo peggioramento, fornendo supporto in tutte le dimensioni della sua esistenza, e restituendo dignità e serenità nel difficile cammino verso la fine della vita.

#### **1.4 Medicina estetica in cure palliative**

La Medicina Estetica<sup>3</sup> si rivolge essenzialmente a chi vive con disagio la propria vita per un inestetismo mal accettato. La medicina estetica in Italia non può prescindere dalla nascita e dallo sviluppo di un importante soggetto collettivo che è la Società Italiana di Medicina Estetica (SIME) fondata nel 1975.

Si tratta, in sostanza, di una medicina per la qualità della vita, per la salute come espressione del benessere psico-fisico, una medicina fondamentale preventiva e poi correttiva. Ad un compito prettamente di supporto che si potrebbe definire la “cura del frivolo”, intendendo tutto quello che esula dalle terapie propriamente dette, oggi la Medicina Estetica può anche intervenire terapeuticamente, per prevenire o contenere una serie di danni causati non solo dal prolungato allettamento ma anche dalla radioterapia, dalla chemioterapia, e soprattutto dai nuovi farmaci, che trovano nella cute il bersaglio privilegiato dei loro effetti indesiderati.

C'è chi lo considera un lusso inutile e chi invece ne fa una malattia nella malattia: guardarsi allo specchio, per un paziente in fase terminale, può non essere un

momento facile. Capelli, pelle e unghie spesso risentono delle terapie anti cancro e, insieme alle cicatrici lasciate dai bisturi, finiscono a volte per segnare (non solo fisicamente) i pazienti, la loro grinta, il piacere di stare con gli altri.

Il malato oncologico per la malattia e per gli effetti indesiderati delle terapie antitumorali è frequentemente colpito nell'immagine. La vita di relazione può essere pertanto compromessa a causa dei danni estetici legati alla malattia e/o alle terapie, quali cicatrici chirurgiche, perdita dei capelli, alterazioni della pelle, che non sempre si risolvono al termine dei trattamenti.

Non è frequente inoltre che le diagnosi di tumore, spesso inaspettata e psicologicamente devastante, porti ad un atteggiamento di oblio nei confronti dell'aspetto fisico per indirizzare tutte le proprie risorse all'ottenere la guarigione. La Medicina Estetica nel malato oncologico ha lo scopo di valorizzare la sua immagine esterna per spostare l'attenzione dalla malattia alla vita intorno alla malattia. Questa disciplina trova spazio in tutto l'iter terapeutico con finalità diverse: dalla prevenzione al trattamento dei danni delle terapie antineoplastiche, all'aiuto in fase avanzata-terminale, sempre a salvaguardia della migliore qualità di vita possibile.

I danni sulla pelle della chemioterapia o radioterapia non possono essere evitati, ma un intervento prima e durante il trattamento può aiutare a contenere gli effetti. La prevenzione e il trattamento prevedono le stesse modalità, ma bisognerebbe non attendere che i sintomi si manifestino, a questo punto infatti il danno metabolico si sarebbe già realizzato e quindi è più difficile fermarlo o recuperarlo. Fondamentale per la prevenzione ed il trattamento della tossicità cutanea è l'attenta detersione e idratazione della cute.

La cute sottoposta all'azione della radioterapia si comporta come quando viene esposta al sole in maniera intensa e senza protezione. Il danno è in relazione anche al tipo di pelle, all'intensità del trattamento, all'area trattata, al numero delle sedute, alla durata dell'allettamento, ma anche a una serie di provvedimenti che se messi in atto prima o durante il trattamento possono migliorare la tolleranza

dello stesso.

Non è possibile annullare completamente gli effetti indesiderati dell'azione radiante sulla pelle, ma una accurata manutenzione quotidiana cosmetologica, può ridurre l'entità e la durata dei danni. In corso di radioterapia è necessaria anche una protezione dai raggi solari in caso di esposizione al sole anche breve e in città. In genere il danno da questo tipo di terapie non si manifesta subito ma compare con lentezza per poi peggiorare successivamente. Non sempre è un danno grave ma è impossibile prevedere la sua entità ed è quindi importante la protezione della cura sin da prima dell'inizio del trattamento.

Qualora questo non fosse possibile e il danno è già manifesto si ricorre alla cosmesi rapportata all'entità del danno presente sulla cute che si allinea spesso al numero delle applicazioni praticate.

Questa manutenzione può portare al rallentamento della evoluzione della lesione e ad un recupero parziale del danno. La vita di relazione può essere pertanto compromessa a causa dei danni estetici, con un conseguente peggioramento anche dal punto di vista della qualità della vita.

### **1.5 Qualità della vita**

Per quanto intuitivamente facile da presupporre, il termine di qualità della vita si presta a diverse possibili interpretazioni, soprattutto in ambito sanitario dove si è tentato da molto tempo di dare una definizione che non sia solo soggettiva, ma che raccolga anche elementi di tipo oggettivo creando molto spesso confusione. Questo perché il termine "qualitativo" ha di per sé un elevato livello di astrazione e complessità.

Tra le molte definizioni disponibili quella di Campbell<sup>6</sup> del 1976 ha il pregio di mettere in evidenza il fatto che la qualità della vita è un qualcosa di soggettivo, legato al benessere di un individuo prendendo in considerazione molti fattori.

L'OMS ha dato questa definizione: "*qualità della vita è la percezione soggettiva*

*che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni.”* Inoltre l’OMS ci ricorda che la salute va oltre l’assenza/presenza di malattia. Ne è derivata una molteplicità di strumenti proposti alla misurazione della qualità della vita correlata alla salute prendendo in considerazione solo quegli aspetti della vita modificabili attraverso gli interventi dell’operatore sanitario.

Infine si può presupporre che sia un insieme di aree e dimensioni dell’esperienza umana che non riguardano solo le condizioni fisiche ed i sintomi, ma anche la capacità dell’individuo di funzionare visto da un punto di vista olistico.

La qualità della vita riguarda quindi un concetto ad ampio spettro che è modificabile in maniera complessa, dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello d’indipendenza, dalle relazioni sociali e dalle interazioni con il proprio specifico contesto ambientale. Pertanto il concetto di salute gioca un ruolo importante e non può essere solo espresso in termini di presenza o assenza di malattia, ma deve essere definito nel modo più ampio possibile fino ad assumere i termini di capacità di funzionare nella vita di tutti i giorni dal punto di vista fisico, psicologico e sociale.

## 2. OBIETTIVI

In situazioni particolari come quelle dei malati in fase terminale, l'attenzione si concentra innanzitutto sulla persona, e solo in secondo luogo sulla malattia, cercando di fornire risposte specifiche, tempestive e adeguate. La qualità delle prestazioni erogate è garantita da un'equipe composta da medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, operatori socio-sanitari, assistenti spirituali e volontari formati. Questa squadra, ben preparata e coesa, arricchisce la relazione d'aiuto e affronta il dolore del malato intervenendo sul suo benessere psico-fisico, sociale, spirituale e familiare.

Da questa collaborazione nascono piani di cura personalizzati, adatti alle esigenze specifiche del paziente e tenendo conto del supporto dei familiari che lo accompagnano. La medicina palliativa richiede modelli assistenziali alternativi, che comprendano l'implementazione di servizi specifici sul territorio, dall'assistenza domiciliare agli hospice, integrati con gli ospedali per acuti in un continuum di assistenza. È fondamentale che l'attenzione rimanga sempre rivolta innanzitutto al malato e poi alla sua malattia, fornendo risposte tempestive e adeguate.

Lo scopo principale di questo percorso di dottorato è stato quello di comprendere se l'integrazione di un esperto di medicina estetica all'interno di un'equipe multidisciplinare possa contribuire significativamente a migliorare la qualità di vita dei malati terminali. In contesti in cui la sofferenza fisica e il deterioramento della salute possono influenzare negativamente la percezione di sé, l'approccio della medicina estetica rappresenta una dimensione innovativa e complementare nelle cure palliative.

In particolare, l'endpoint primario di questa ricerca è stato la valutazione

dell'impatto della medicina estetica sulla qualità di vita dei pazienti terminali. Si è posto l'accento sull'importanza del benessere psicologico e sull'autopercezione, mirando a far sentire i pazienti più a loro agio nella rappresentazione del proprio corpo e nell'immagine percepita dal mondo esterno. Interventi di medicina estetica, come la cura della pelle, l'ottimizzazione dell'aspetto estetico e il miglioramento dell'autoefficienza nelle tecniche di cura personale, possono aiutare a ridurre l'ansia legata all'aspetto fisico, contribuendo a un maggiore senso di dignità e valore personale.

Tra gli endpoint secondari, si è cercato di riscontrare un atteggiamento più positivo verso la malattia. L'idea è che un miglioramento nell'autopercezione possa favorire un approccio più sereno e accettante nei confronti della fine vita. La medicina estetica, contribuendo a valorizzare l'immagine di sé, potrebbe trasformare le esperienze emotive dei pazienti, promuovendo una visione del ciclo vitale che rimane positiva anche nei momenti difficili.

Come scopo secondario di questo studio, si è inteso valutare parametri oggettivi della qualità della vita. A tal fine, è stata effettuata una comparazione tra scale cliniche comunemente utilizzate in fase terminale e scale specifiche della qualità della vita, le quali sono meno frequentemente adottate nella pratica clinica. L'obiettivo di questa analisi è stato triplice: in primo luogo, si è cercato di comprendere in che misura le scale attualmente utilizzate nella pratica clinica riescano a catturare aspetti significativi della qualità della vita dei pazienti in fase terminale; in secondo luogo, si è valutata l'affidabilità e la validità delle scale specifiche della qualità di vita in un contesto in cui le esperienze e le necessità dei pazienti possono differire notevolmente rispetto a quelle di popolazioni più generali o in condizioni di salute. Infine, questa valutazione ha fornito indicazioni preziose sui parametri da considerare per l'obiettivo primario di questo percorso di dottorato.

Il quadro teorico su cui si basa questa ricerca è che la qualità della vita non è solo determinata dalla gestione dei sintomi fisici, ma anche dalla percezione di sé e dalla propria identità. Secondo la letteratura esistente, un atteggiamento positivo e una buona autopercezione possono effettivamente influenzare il decorso della malattia, migliorare la resilienza e favorire legami sociali e supporto emotivo. Di conseguenza, l'inclusione della medicina estetica nell'equipe di cura palliativa potrebbe non solo rispondere ai bisogni estetici dei pazienti, ma anche rinforzare il loro stato psicologico e il loro benessere generale.

In sintesi, questo progetto di dottorato ha posto in luce come la sinergia tra medicina estetica e medicina palliativa possa costituire un valore aggiunto nelle cure per malati terminali, aprendo la strada a una pratica clinica più completa e centrata sulla persona. La ricerca ha il potenziale di stimolare ulteriori studi e discussioni sull'importanza dell'immagine corporea e sul suo impatto sulla qualità della vita, incoraggiando una visione olistica e multidisciplinare nelle cure palliative.

### 3. STUDI

#### 3.1 Studio osservazionale sulla Qualità della Vita

*Valeriani L, Carrano B, Vecchio F. Quality of life in end of life. Geroscience. 2025 Jul 12. doi: 10.1007/s11357-025-01781-9. Epub ahead of print. PMID: 40650715.*

##### 3.1.1 Introduzione

Valutare la qualità della vita (QOL) nei pazienti in fase terminale è davvero cruciale, poiché implica comprendere gli effetti complessivi delle malattie terminali sui processi di invecchiamento sia fisiologici che patologici. Le malattie terminali comportano spesso un significativo declino della salute e della funzionalità, portando a diverse sfide che possono influenzare la QOL. Infatti, le valutazioni della QOL forniscono approfondimenti sul benessere fisico, emotivo e sociale<sup>8</sup>, aiutando i fornitori di assistenza sanitaria a personalizzare gli interventi e il supporto per soddisfare le esigenze uniche dei pazienti<sup>9</sup>. Nella cura di fine vita, concentrarsi sulla QOL è fondamentale non solo per la gestione dei sintomi, ma anche per migliorare l'esperienza complessiva del paziente e la sua dignità durante questo periodo difficile<sup>10</sup>. La qualità della vita (QOL) è spesso definita come "il valore assegnato alla durata della vita, modificato da disabilità, stati funzionali, percezioni e opportunità sociali influenzati da malattia, infortunio, trattamento o politiche."<sup>11,12</sup> La valutazione della qualità di vita correlata alla salute (QOL) è un elemento essenziale della valutazione sanitaria. Centinaia di strumenti generici e specifici per la QOL sono stati sviluppati<sup>13,14</sup>.

La valutazione della qualità della vita (QOL) nei pazienti in fase terminale è diventata un aspetto sempre più importante dell'assistenza sanitaria, particolarmente perché trascende le misure tradizionali del successo del trattamento e abbraccia una visione più completa di cosa significhi vivere con una

malattia terminale<sup>15</sup>. In questo contesto, la valutazione della QOL va oltre il semplice prolungamento della vita; essa comprende la valutazione del benessere fisico, emotivo, sociale e spirituale, che sono componenti critiche in grado di influenzare sostanzialmente l'esperienza e la soddisfazione di un paziente durante il tempo rimanente. Questo approccio riflette un cambiamento fondamentale nei paradigmi dell'assistenza sanitaria, in cui il focus non è più esclusivamente sui risultati clinici, come i tassi di sopravvivenza o la progressione della malattia, ma piuttosto su come il trattamento e gli interventi possono migliorare la qualità complessiva della vita di un individuo, anche quando quella vita è inevitabilmente limitata<sup>8</sup>. Inoltre, comprendere la qualità della vita per i pazienti in fase terminale è vitale per guidare le decisioni di trattamento e le strategie di cura, personalizzate per soddisfare le esigenze e le preferenze uniche di questi individui<sup>16</sup>. Ad esempio, la valutazione continua della QOL può informare i fornitori di assistenza sanitaria su quanto sia stata efficace la gestione dei sintomi, se le misure di controllo del dolore sono adeguate e quanto bene funzionano i sistemi di supporto psicosociale. Queste informazioni non solo permettono ai team di assistenza sanitaria di adattare gli interventi per mitigare la sofferenza, ma incoraggiano anche la partecipazione e l'impegno dei pazienti nelle discussioni riguardanti le loro preferenze e priorità di cura<sup>17</sup>. In sostanza, valutare la QOL consente un approccio più incentrato sul paziente, garantendo che la cura sia allineata a ciò che il paziente apprezza di più durante questo momento critico.

Inoltre, l'importanza della valutazione della qualità della vita (QOL) è sottolineata dal fatto che può influenzare significativamente sia gli esiti di morbidità che di mortalità<sup>18</sup>, poiché i pazienti che sperimentano una qualità di vita superiore spesso riportano una maggiore soddisfazione per le loro cure, una miglior aderenza ai protocolli di trattamento e, in definitiva, un'esperienza di fine vita più dignitosa. Questo dinamico intreccio tra qualità della vita e risultati clinici evidenzia la necessità per i sistemi sanitari di investire in strumenti e metodologie di

misurazione della QOL robusti che possano catturare le molteplici dimensioni della realtà di un paziente, che spesso includono sfide legate al dolore, al disagio emotivo, all'isolamento sociale e alle preoccupazioni esistenziali<sup>19</sup>. L'applicazione di strumenti di QOL sia generici che specifici per malattia in questo contesto fornisce preziose informazioni; mentre le misure generiche consentono una comprensione ampia della qualità di vita legata alla salute attraverso diverse popolazioni, le valutazioni specifiche per malattia possono individuare problemi unici a determinate condizioni, facilitando così un approccio più sfumato alla cura. Ognuno di questi strumenti di misurazione offre vantaggi e limitazioni distinti, tuttavia mostrano generalmente una buona correlazione in termini di capacità di catturare elementi essenziali dell'esperienza di salute e malattia di un paziente. In ultima analisi, una valutazione completa della qualità della vita nei pazienti in fase terminale non solo aiuta i fornitori di assistenza sanitaria a offrire cure ottimali, ma arricchisce anche le conversazioni riguardanti le cure palliative e il supporto, allineando gli obiettivi sanitari con le esigenze olistiche delle persone che affrontano la fine della vita<sup>15</sup>. La Karnofsky Performance Status Scale (KPSS)<sup>20</sup> funge da strumento di valutazione prezioso offrendo una misura del livello funzionale di un paziente valutata da un clinico. Aiuta a valutare il grado di indipendenza e la capacità di svolgere attività quotidiane, che è particolarmente rilevante negli ambienti oncologici dove le limitazioni fisiche possono influenzare i piani di cura. Al contrario, il questionario Short Form-36 (SF-36)<sup>21</sup> fornisce una prospettiva riportata dal paziente sulla QOL legata alla salute in diversi domini, inclusi il funzionamento fisico, il benessere emotivo e il coinvolgimento sociale. Catturando le esperienze soggettive dei pazienti, lo SF-36 consente una comprensione completa del loro benessere, favorendo una comunicazione più efficace tra pazienti e fornitori di assistenza sanitaria.

In questo studio, miravamo a confrontare due strumenti di valutazione generici: la Karnofsky Performance Status Scale (KPSS) e il Short-Form-36 Health Survey

(SF-36), all'interno della nostra popolazione in fase terminale. Il KPSS è una scala di valutazione medica che garantisce una valutazione oggettiva dello stato clinico del paziente. È stata originariamente progettata per valutare la qualità della vita nei pazienti sottoposti a chemioterapia per il cancro, ma da allora è stata utilizzata in diverse condizioni patologiche. È forse lo strumento di qualità della vita (QOL) più comunemente usato<sup>20</sup>. La scala varia da punteggi di 0 (corrisponde alla morte) a 100, il che implica una piena capacità funzionale di svolgere le normali attività quotidiane senza evidenza clinica (sintomi o segni) di malattia. Un punteggio inferiore a 70 rappresenta una capacità funzionale che richiede assistenza, ma il paziente potrebbe comunque occuparsi della maggior parte delle proprie esigenze personali, mentre punteggi sotto 50 rappresentano incapacità che richiede ospedalizzazione o istituzionalizzazione<sup>22,23</sup>. Alcuni dei suoi svantaggi sono il fatto che è indipendente dal giudizio del paziente e il fatto che lo stato psicologico è minimizzato. Hutchison et al.<sup>24</sup> hanno anche sollevato interrogativi sulla riproducibilità dei punteggi causata da una scarsa affidabilità tra i valutatori.

Il SF-36<sup>7</sup>, in contrasto con molti altri strumenti di valutazione della salute, adotta un approccio multidimensionale per valutare la qualità della vita, il che significa che considera vari aspetti del benessere di un individuo piuttosto che concentrarsi solo su uno o due indicatori di salute specifici. Questo strumento comprensivo esamina otto dimensioni distinte della qualità della vita, che includono il funzionamento fisico, che si riferisce alla capacità di un individuo di svolgere attività fisiche quotidiane senza limitazioni; le limitazioni di ruolo dovute a problemi di salute fisica, che valuta l'estensione con cui le sfide legate alla salute fisica influenzano la capacità di un individuo di svolgere attività lavorative e quotidiane; e il dolore corporeo, che si concentra sull'intensità del dolore avvertito e sul grado in cui esso interrompe il normale funzionamento nella vita quotidiana.

In aggiunta, il SF-36 include una valutazione delle percezioni sulla salute

generale, catturando come gli individui percepiscono il proprio stato di salute complessivo in relazione a potenziali problemi di salute; la vitalità, che misura i sentimenti di energia rispetto alla fatica e può indicare quanto bene una persona sente di gestire la propria salute; e il funzionamento sociale, che valuta l'effetto della salute fisica ed emotiva sulle attività sociali e sulle interazioni con gli altri. Lo strumento valuta anche le limitazioni di ruolo dovute a problemi emotivi, offrendo spunti su come le difficoltà psicologiche o emotive possano ostacolare la capacità di una persona di partecipare ai propri ruoli abituali; e infine, include una dimensione di salute mentale che abbraccia aspetti del disagio psicologico, come ansia e depressione, oltre al benessere psicologico e alla resilienza.

Per ottenere questa valutazione completa, il SF-36 utilizza un questionario di 36 elementi, progettato specificamente come un miglioramento rispetto agli strumenti precedenti, comprese le scale SF-8<sup>25</sup> e SF-20<sup>26</sup>, che avevano un numero inferiore di elementi e dimensioni e, di conseguenza, fornivano un'esplorazione meno approfondita della qualità della vita correlata alla salute. Questo design accurato consente una comprensione sfumata della salute complessiva di un individuo riconoscendo l'interconnessione tra fattori fisici, emotivi e sociali, fornendo così preziose informazioni per i fornitori di assistenza sanitaria e i ricercatori nel comprendere gli impatti più ampi delle condizioni di salute sulla vita e sul benessere delle persone<sup>23</sup>. Entrambe le scale di valutazione generiche sono state impiegate per valutare la qualità della vita (QOL) in pazienti con malattie in fase terminale in diverse popolazioni. Tuttavia, a nostra conoscenza, attualmente non ci sono rapporti documentati sulla correlazione di queste scale nei pazienti in fase terminale. Questo mette in evidenza la necessità del nostro studio, che mira a confrontare la Karnofsky Performance Status Scale (KPSS) e il Short-Form 36 Health Survey (SF-36) in una coorte di pazienti in fase terminale con punteggi Karnofsky compresi tra 30 e 40.

### 3.1.2 Metodi

#### Soggetti e criteri diagnostici

Sono stati arruolati 68 pazienti, le caratteristiche dei pazienti erano le seguenti: pazienti in fase terminale oncologici e/o affetti da patologie croniche degenerative, età media  $73.2 \pm 1.3$  SE (Standard Error), Karnofsky medio  $37.5 \pm 0.6$  SE, ESAS medio  $10.9 \pm 1.3$  SE.

#### Karnofsky

La Karnofsky Performance Status Scale<sup>20</sup> funge da "indice di attività" che valuta la condizione fisica di un paziente, la capacità funzionale e la prognosi dopo interventi terapeutici. È composta da domande rivolte al paziente e, sulla base delle loro risposte, la qualità della vita è rappresentata come una percentuale di uno stato di salute normale, con il 100% che indica una salute ottimale.

#### SF-36

Il questionario SF-36 (Short Form Health Survey)<sup>21,27</sup> è uno degli strumenti più riconosciuti e ampiamente utilizzati per misurare la qualità della vita (QOL) negli ultimi anni<sup>21</sup>. Comprende otto scale multi-item che valutano vari aspetti della salute, comprendendo sia i domini fisici che quelli mentali. Queste scale includono: Funzionamento Fisico (PF), Ruolo Fisico (RP), Dolore Corporeo (BP), Salute Generale (GH), Vitalità (VT), Funzionamento Sociale (SF), Ruolo Emozionale (RE) e Salute Mentale (MH).

In cinque delle scale incluse nel questionario SF-36—cioè Funzionamento Fisico

(PF), Ruolo Fisico (RP), Funzionamento Sociale (SF), Ruolo Emozionale (RE) e Dolore Corporeo (BP)—la valutazione della salute è fondamentalmente concettualizzata in termini di assenza di limitazioni o disabilità, con il punteggio massimo possibile di 100 che rappresenta uno stato in cui non vengono osservate limitazioni o disabilità nei soggetti valutati. Questo sistema di punteggio serve a evidenziare il grado in cui gli individui sono in grado di svolgere attività quotidiane senza alcuna restrizione, enfatizzando quindi un senso di benessere e capacità funzionale.

Al contrario, ci sono tre scale aggiuntive all'interno dello SF-36 —Salute Generale (GH), Vitalità (VT) e Salute Mentale (MH)— che adottano un approccio "bipolare" alla misurazione, il che consente di catturare uno spettro più ampio di stati di salute che comprendono esperienze sia positive sia negative. Per queste scale bipolari, un punteggio intermedio di 50 è indicativo di una situazione in cui i soggetti non riportano limitazioni o disabilità; tuttavia, raggiungere il punteggio massimo di 100 dipende dal fatto che gli individui abbiano non solo vissuto condizioni di salute positive, ma anche valutato la propria salute in modo molto favorevole. Pertanto, mentre le cinque scale sopra menzionate si concentrano prevalentemente sull'assenza di problemi di salute, le scale bipolari facilitano una comprensione più sfumata della salute considerando le valutazioni positive insieme all'assenza di limitazioni.

#### Analisi statistica

È stata eseguita un'analisi della varianza a due vie (ANOVA) per la valutazione del SF-36 tra i fattori Karnofsky (Alto e Basso) e gli otto concetti di salute seguenti: Funzionamento Fisico (PF), Ruolo Fisico (RP), Dolore Corporeo (BP), Salute Generale (GH), Vitalità (VT), Funzionamento Sociale (SF), Ruolo Emozionale (RE), Salute Mentale (MH). È stata applicata la correzione di

Greenhouse e Geisser<sup>28</sup> per evitare la violazione dell'assunzione di sfericità nell'ANOVA a misure ripetute. Il livello di significatività è stato fissato a 0.05 nel test post hoc di Duncan<sup>29</sup>. E' stata eseguita la correlazione di Pearson tra ciascun concetto del SF-36 e gli indici di Karnofsky per testare la presenza di una correlazione focalizzata sulla qualità della vita, includendo Karnofsky e le 8 scale che, attraverso il test SF-36, per consentire di misurare gli otto diversi concetti relativi allo stato di salute, sia fisico che mentale.

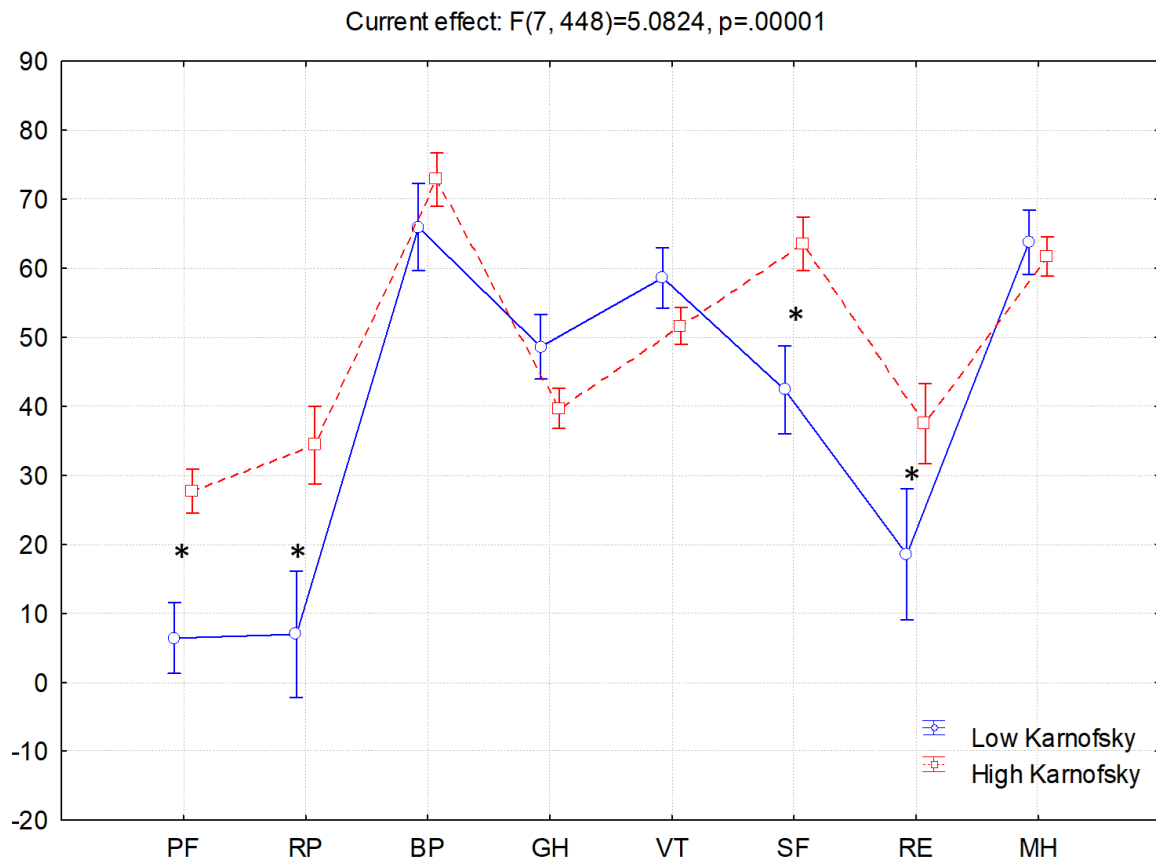
### **3.1.3 Risultati**

C'è stata un'interazione di significato statistico ( $F(7.448)=5.0824$ ;  $p<0.00001$ ) tra tutti i fattori, cioè Karnofsky (Alto e Basso) e gli otto concetti di salute: Funzionamento Fisico (PF), Ruolo Fisico (RP), Dolore Corporeo (BP), Salute Generale (GH), Vitalità (VT), Funzionamento Sociale (SF), Ruolo Emozionale (RE), Salute Mentale (MH). Il test post hoc di Duncan ha mostrato una differenza significativa nei concetti di Funzionamento Fisico (PF) ( $p<0.009528$ ), Ruolo Fisico (RP) ( $p<0.000680$ ), Funzionamento Sociale (SF) ( $p<0.013288$ ) e Ruolo Emozionale (RE) ( $p<0.022030$ ); in particolare, entrambi i risultati in ciascun paziente erano migliori nel gruppo di pazienti con Alto Karnofsky, come è evidente anche dalla figura rappresentativa 1.

#### Correlazione statistica

Non è stata rivelata alcuna correlazione tra Karnofsky e le età dei partecipanti. È stata trovata una correlazione negativa tra Karnofsky e ESAS (rivelazione dei sintomi) ( $r=-0.3081$ ,  $p=0.0030$ ). Infine, in linea con il focus principale dello studio sulla correlazione della qualità della vita, come rivelato dal Karnofsky e dai concetti di SF-36, l'ampiezza del Karnofsky è stata correlata con i valori di ciascun concetto. È stata trovata una correlazione positiva significativa con Funzionamento Fisico (PF) ( $r=0.4392$ ,  $p=0.0002$ ), Ruolo Fisico (RP) ( $r=0.3316$ ,

$p=0.0061$ ), Funzionamento Sociale (SF) ( $r=0.3702$ ,  $p=0.0020$ ) e Ruolo Emozionale (RE) ( $r=0.2584$ ,  $p=0.0348$ ).



**Figura 1:** Significatività statistica dell'interazione SF-36 ( $F(7.448)=5.0824$ ;  $p<0.00001$ ) tra tutti i fattori, ovvero tra Karnofsky (Alto e Basso) e le seguenti otto dimensioni di salute: Funzionamento fisico (PF), Ruolo fisico (RP), Dolore corporeo (BP), Salute generale (GH), Vitalità (VT), Funzionamento sociale (SF), Ruolo emotivo (RE), Salute mentale (MH).

### 3.1.4 Discussione

Valutare la qualità della vita (QOL) nei pazienti in fase terminale è diventato uno strumento essenziale per monitorare i risultati dei trattamenti, poiché si è dimostrato che influisce significativamente su morbilità e mortalità. Le valutazioni della QOL possono essere condotte utilizzando una varietà di

strumenti<sup>13,14</sup>, tra cui misure generali e specifiche per malattia, che possono essere oggettive, soggettive, basate sulla soddisfazione o sul funzionamento. Queste valutazioni possono essere ulteriormente categorizzate in misure di stato funzionale, stato di salute, benessere e soddisfazione del paziente. Ciascuna categoria ha i propri vantaggi e svantaggi, come la facilità di interpretazione, l'applicabilità a diverse popolazioni, la validazione tra gruppi eterogenei e la capacità di confrontare i risultati.

Molti ricercatori utilizzano strumenti multipli per catturare varie dimensioni della QOL, come raccomandato da Gill e Feinstein<sup>30</sup>. Sebbene la Scala di Performance Karnofsky (KPSS)<sup>20</sup> sia principalmente dipendente dal medico, richiedendo un input minimo da parte del paziente, il questionario SF-36<sup>21</sup> si basa fortemente sull'autovalutazione del paziente del proprio stato di salute. L'SF-36 è noto per la sua completezza, concisione e validità provata, anche tra diverse lingue e culture<sup>27,31-34</sup>. Questo studio che esamina l'uso dell'SF-36 nei pazienti in fase terminale ha trovato una forte correlazione tra varie dimensioni dell'SF-36 e la Scala di Performance Karnofsky (KPSS). In particolare, è emerso che il funzionamento fisico, il funzionamento sociale e le limitazioni di ruolo dovute a problemi emotivi influenzano significativamente altri domini dell'SF-36. Ciò è coerente con i risultati di altri ricercatori che hanno identificato una correlazione generalmente forte tra l'SF-36 e la Scala di Performance Karnofsky (KPSS)<sup>35</sup>. In particolare, sono state osservate differenze nei concetti di Funzionamento Fisico (PF), Ruolo Fisico (RP), Funzionamento Sociale (SF) e Ruolo Emozionale (RE) nei pazienti con alto e basso livello di Karnofsky, indicando che un basso punteggio di Karnofsky riporta livelli inferiori nei concetti menzionati.

Inoltre, sono state eseguite diverse analisi di correlazione lineare per evidenziare queste relazioni tra i concetti dell'SF-36 e i valori della KPSS. In particolare, è stata trovata una correlazione positiva significativa tra Karnofsky e

Funzionamento Fisico (PF), Ruolo Fisico (RP), Funzionamento Sociale (SF) e Ruolo Emozionale (RE). È interessante notare che non è stata osservata alcuna correlazione tra età e la Scala di Performance Karnofsky (KPSS), suggerendo che la gravità della malattia e l'impatto sulla qualità della vita non erano associati all'età dei pazienti<sup>36</sup>.

In conclusione, i risultati di questo studio illustrano che, sebbene sia la Scala di Performance Karnofsky (KPSS) che l'indagine sulla salute SF-36 servano come strumenti preziosi per valutare la qualità della vita dei pazienti nelle fasi terminali delle loro malattie, è importante notare che queste due misure non sono del tutto intercambiabili e hanno applicazioni distinte. In particolare, diversi indici all'interno dell'SF-36, compresi Funzionamento Fisico (PF), Ruolo Fisico (RP), Funzionamento Sociale (SF) e Ruolo Emozionale (RE), dimostrano una forte correlazione con il punteggio di Karnofsky, permettendo così agli operatori sanitari di differenziare efficacemente i pazienti con un indice di Karnofsky più elevato rispetto a quelli che mostrano un punteggio più basso. D'altra parte, alcuni altri concetti rappresentati nell'SF-36, come Dolore Corporeo (BP), Salute Generale (GH), Vitalità (VT) e Salute Mentale (MH), non mostrano la stessa capacità di distinguere tra i pazienti in base ai loro punteggi di Karnofsky alti o bassi; tuttavia, possono comunque avere un valore significativo nel contribuire a una valutazione olistica e completa della qualità della vita complessivamente vissuta da questi pazienti.

### **3.2 Studio interventistico per migliorare la Qualità della Vita**

*Valeriani L, Carbonara L, Casale G, Casale F, Vecchio F. Prendersi cura del paziente nel fine vita anche attraverso trattamenti cosmetologici. XXIX Congresso nazionale SICP, Società Italiana di Cure Palliative. Riccione, 17/19 Novembre 2022*

*Valeriani L, Vecchio F. Taking care of the patient at the end of life through cosmetological treatments to improve the quality of life and reduce pain. 46° Congresso SIME - 20° Congresso AIMAA - Healthspan vs Lifespan - Il ruolo della Medicina Estetica. Roma, 16/18 Maggio 2025*

*Valeriani L, et al., Aesthetic Medicine in Palliative Care: improving the quality of life and reducing pain at the end of life through non-pharmacological treatments for a better perception of own image. In preparation.*

#### **3.2.1 Criteri di inclusione**

Questo è stato uno studio sperimentale interventistico a due bracci pareggiati per dati demografici e clinici: pazienti Trattati (cioè che ricevevano i prodotti da utilizzare per la loro skin care quotidiana) e pazienti Non trattati (cioè che non ricevevano prodotti specifici ma venivano sottoposti alla stessa batteria di test).

I criteri di inclusione hanno previsto:

- pazienti maggiorenni in fase terminale in assistenza domiciliare o in assistenza residenziale (Hospice);
- aspettativa di vita di almeno tre settimane;
- indice di Karnofsky compreso tra 30 e 50;
- manifestazioni cutanee derivanti dalla malattia e/o dalle terapie chemioterapiche antitumorali quali ad esempio xerosi o teleangectasie;

- non decadimento cognitivo;
- non allergie accertate;
- eventuale presenza di caregiver se necessaria per l'utilizzo dei prodotti

### **3.2.2 Fasi dello studio**

Le fasi del protocollo sperimentale di questo studio sono state:

- selezione tipo di prodotti da utilizzare
- scelta dei questionari da somministrare a domicilio ai pazienti
- somministrazione dei questionari all'inizio della sperimentazione (T0)
- consegna prodotti (al solo gruppo di pazienti Trattati) con indicazioni sulla loro applicazione
- somministrazione dei questionari nei vari follow-up (T1 a una settimana, T2 a due settimane) e alla fine del trattamento (T3 a tre settimane)
- analisi dei dati
- interpretazione dei risultati ottenuti
- stesura conclusioni

### **3.2.3 Questionari utilizzati**

Qui di seguito sono riportati gli strumenti oggettivi (cioè i questionari somministrati) che hanno permesso la valutazione di:

1. SF-36 qualità della vita (T0 e T3)
2. ESAS rivelazione dei sintomi (T0, T1, T2 e T3)
3. Karnofsky stato di salute (T0, T1, T2 e T3)
4. CES-D depressione (T0, T1, T2 e T3)
5. NRS dolore (T0, T1, T2 e T3)
6. Domande generali sull'igiene personale (T0 e T3)
7. Domande specifiche sui prodotti (T3 solo ai Trattati)

## Questionario SF-36

L'SF-36 è lo strumento di misura della QOL più conosciuto e più usato in Letteratura negli ultimi 10 anni<sup>37-39</sup>. Come riassunto nella tabella qui di seguito, l'SF-36 individua 8 scale a quesito multiplo<sup>2</sup> che misurano differenti concetti legati allo stato di salute, sia fisica che mentale:

1. attività fisica;
2. limitazioni nelle attività legate al proprio ruolo e dovute a problemi di salute fisica;
3. dolore fisico;
4. salute in generale;
5. vitalità (energia/affaticamento);
6. attività sociali;
7. limitazioni nell'attività legate al proprio ruolo e dovute a problemi emotivi;
8. salute mentale (sofferenza psicologica e benessere psicologico).

| Scale               | SALUTE FISICA |           |            |                       | SALUTE MENTALE |           |            |                       |
|---------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|----------------|-----------|------------|-----------------------|
|                     | Funzione      | Benessere | Disabilità | Valutazione personale | Funzione       | Benessere | Disabilità | Valutazione personale |
| Attività Fisica     | AF            | √         |            |                       |                |           |            |                       |
| Ruolo/Salute Fisica | RF            |           | √          |                       |                |           |            |                       |
| Dolore Fisico       | DF            | √         | √          |                       |                |           |            |                       |
| Salute in Generale  | SG            |           |            | √                     |                |           |            | √                     |
| Vitalità            | VT            | √         |            |                       |                | √         |            |                       |
| Attività Sociali    | AS            |           | √          |                       |                |           | √          |                       |
| Ruolo/Stato Emotivo | RE            |           |            |                       |                |           | √          |                       |
| Salute Mentale      | SM            |           |            |                       | √              | √         |            |                       |

L'applicazione dell'SF-36 si sviluppa ponendo diversi quesiti di varia natura al paziente, interpretando e valutando le risposte ottenute in modo da costruire delle scale numeriche che si sviluppano in diversi livelli che quantificano gli 8 concetti

di salute. I punteggi così calcolati vengono poi normalizzati in scala 0-100.

Nella seguente tabella è illustrato il significato dei punteggi attribuiti per misurare ciascuno degli otto concetti di salute.

| Concetti di salute                     | N. di quesiti utilizzati | N. di livelli differenziabili | Significato dei punteggi  |   |
|--|--------------------------|-------------------------------|---|---|
|  |                          |                               | Basso   | Alto  |
| Attività Fisica (AF)                   | 10                       | 21                            | Estremamente limitato nell'esercizio di tutte le attività fisiche, compreso fare il bagno o il vestirsi, a causa della salute | Esercita tutti i tipi di attività comprese le più impegnative senza alcuna limitazione dovuta alla salute |
| Ruolo e Salute Fisica (RF)             | 4                        | 5                             | Problemi con il lavoro o verso altre attività quotidiane a causa della salute fisica  | Nessun problema con il lavoro o con altre attività quotidiane a causa della salute fisica                 |
| Dolore Fisico (DF)                     | 2                        | 11                            | Dolore molto forte ed estremamente limitante  | Nessun dolore né limitazione dovuta al dolore   |
| Salute in Generale (SG)                | 5                        | 21                            | Valuta la salute personale come ridotta e ritiene che peggiori  | Valuta la salute personale come eccellente  |
| Vitalità (VT)                          | 4                        | 21                            | Si sente sempre stanco e sfinite  | Si sente sempre brillante e pieno di energia  |
| Attività Sociali (AS)                  | 2                        | 9                             | Gravi e frequenti interferenze con le normali attività sociali dovute a problemi fisici o emotivi                             | Esercita le normali attività sociali senza alcuna interferenza dovuta a problemi fisici o emotivi         |
| Ruolo e Stato Emotivo (RE)             | 3                        | 4                             | Difficoltà con il lavoro o altre attività quotidiane a causa di problemi emotivi  | Nessuna difficoltà con il lavoro o altre attività quotidiane a causa di problemi emotivi                  |
| Salute Mentale (SM)                    | 5                        | 26                            | Sensazioni di nervosismo e depressione per tutto il tempo   | Si sente in pace, felice e calmo per tutto il tempo   |
| Cambiamento nello Stato di Salute (CS) | 1                        | 5                             | Ritiene che la salute in generale sia migliorata rispetto a 6 mesi prima  | Ritiene che la salute in generale sia peggiorata rispetto a 6 mesi prima                                  |

Nell'ambito dell'**Attività Fisica (AF)** sono stati utilizzati quesiti per meglio rappresentare tutti i livelli e tipi di limitazioni, come il sollevare o portare le borse della spesa, salire le scale, piegarsi, inginocchiarsi, camminare per distanze brevi. Le limitazioni del **Ruolo e Stato Fisico (RF)** ed **Emotivo (RE)** sono misurate utilizzando quesiti che rilevano limitazioni nel tipo di lavoro o in altre attività abituali, ma anche le riduzioni di tempo dedicato al lavoro o ad altre attività abituali e le difficoltà incontrate nell'esecuzione del lavoro o di altre attività. I quesiti distinguono limitazioni dovute sia alla salute fisica che alla salute mentale. Per quanto riguarda il **Dolore Fisico (DF)** sono stati utilizzati quesiti per misurare l'intensità del dolore fisico o del disagio e il grado di interferenza con le attività normali a causa del dolore.

Il concetto di **Salute in Generale (SG)** è stato studiato utilizzando quesiti per

riprodurre il punteggio sintetico del General Health Rating Index (GHRI)<sup>40</sup> con un buon equilibrio tra quesiti su aspetti positivi della salute e quesiti negativi, evitando distorsioni indotte da quesiti a polarità omologa.

I quattro quesiti sulla **Vitalità (VT)**, con tipologia bipolare, hanno una storia consolidata in termini di validità empirica ed hanno generato in numerosi studi valutazioni molto precise.

Con le **Attività Sociali (AS)** i quesiti vanno ad indagare elementi estesi oltre l'individuo, valutando sia le qualità che la quantità delle attività svolte e l'eventuale dipendenza per le limitazioni dovute a problemi di salute.

La **Salute Mentale (SM)** è studiata attraverso quesiti per ciascuna delle dimensioni principali di salute mentale (ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale/emozionale e benessere psicologico).

La somma semplice dei 5 quesiti in formato ridotto ha dimostrato alta correlazione ( $r=0.95$ ) con i 38 quesiti estesi del Mental Health Index (MHI)<sup>5</sup>.

Per quanto riguarda il **Cambiamento nello Stato di Salute (CS)**, riferito dai soggetti in risposta ad un quesito sulla salute in generale dove viene chiesto di riferire il grado di cambiamento della loro salute in generale nell'arco di 6 mesi, questo fornisce utili informazioni sui cambiamenti nello stato di salute nel corso dei 6 mesi che hanno preceduto la somministrazione del questionario ma non è stato utilizzato vista la durata della sperimentazione.

Il questionario sullo stato di salute SF-36 è stato costruito per raggiungere lo standard minimo di precisione necessario per il confronto dei gruppi rispetto alle otto aree considerate e fornisce un profilo dei punteggi utile alla comprensione sia delle differenze nella salute fisica e mentale sia l'impatto sulla salute causato dalle malattie croniche e dalle relative terapie. In cinque scale (AF, RF, DF, AS ed RE) lo stato di salute è descritto come assenza di limitazioni o di disabilità ed il massimo punteggio possibile, pari a 100, viene raggiunto quando non viene osservata alcuna limitazione o disabilità. Tre scale (SG, VT ed SM) sono invece "bipolari" e misurano una gamma molto più ampia di stati di salute, positivi e

negativi. In esse il punteggio intermedio di 50 significa che i soggetti non riferiscono alcuna limitazione o disabilità. Un punteggio pari a 100 invece viene raggiunto soltanto quando i soggetti riferiscono di aver sperimentato condizioni di salute positive e valutano molto favorevolmente la loro salute. Il profilo medio dei punteggi della popolazione statunitense è il campione di controllo. Come ci si poteva aspettare i punteggi più alti sono registrati per le scale che indagano l'assenza di limitazioni, i tre punteggi medi più bassi sono quelli che coprono la gamma degli stati di benessere.

La disponibilità di questi dati di riferimento è da considerarsi più di una semplice comodità in quanto ha fornito una base per l'interpretazione dei profili di salute ricavati dall'SF-36 per i pazienti che versano in condizioni di malattia.

I concetti di salute indagati dal questionario SF-36, pur coprendo ampiamente i campi relativi alla salute fisica e mentale, non valutano in maniera diretta le componenti relative all'attività sessuale<sup>2</sup>.

### **Scala ESAS**

La Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) è stata sviluppata per la valutazione quotidiana dei sintomi dei pazienti oncologici sottoposti a cure palliative<sup>41</sup>. A differenza delle scale unidimensionali, la scala ESAS permette una valutazione complessiva della qualità della vita del paziente oncologico: valuta infatti non solo il dolore, ma anche altre dimensioni (sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva, cognitivo-valutativa). È composta di nove scale numeriche visive (da 0 a 10) per la valutazione dei seguenti sintomi: dolore, stanchezza, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, inappetenza, malessere, difficoltà a respirare. C'è inoltre un decimo sintomo opzionale che può essere aggiunto dal paziente indicato con "altro".

|                               |            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  |
|-------------------------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| <b>Dolore</b>                 | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Il peggiore dolore possibile                 |
| <b>Stanchezza</b>             | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La peggiore stanchezza possibile             |
| <b>Nausea</b>                 | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La peggiore nausea possibile                 |
| <b>Depressione</b>            | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La peggiore depressione possibile            |
| <b>Ansia</b>                  | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La peggiore ansia possibile                  |
| <b>Sonnolenza</b>             | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La peggiore sonnolenza possibile             |
| <b>Mancanza di appetito</b>   | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La peggiore inappetenza possibile            |
| <b>Malessere</b>              | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Il peggiore malessere possibile              |
| <b>Difficoltà a respirare</b> | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La peggiore difficoltà a respirare possibile |
| <b>Altro</b>                  | Per niente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Il peggiore possibile                        |

## Scala di Karnofsky

| Attività lavorativa      | ATTIVITÀ QUOTIDIANA  | CURA PERSONALE              | SINTOMI SUPPORTO SANITARIO   |   |
|--------------------------|--|-----------------------------|--|---|
| Completa                 | Completa   | Completa                    | Nessuno  | 100   |
| Lieve difficoltà         | Lieve difficoltà a camminare   | Completa                    | Segni/sintomi "minori" (*1)<br>± calo ponderale ≤ 5%<br>± calo energie                     | 90  |
| Difficoltà lieve → grave | Difficoltà lieve → moderata a camminare e/o guidare  | Lieve difficoltà            | "Alcuni" segni/sintomi (*2)<br>± calo ponderale ≤ 10%<br>± moderata ↓ energie              | 80  |
| Inabile                  | Difficoltà moderata (si muove prevalentemente a casa)  | Moderata difficoltà         | "Alcuni" segni/sintomi (*2)<br>± moderata ↓ energie  | 70  |
|                          | Grave difficoltà a camminare e/o guidare   | Difficoltà moderata → grave | Segni/sintomi "maggiori" (*3)<br>± grave calo ponderale ≤ 10%                              | 60  |
|                          | Alzato per più 50% ore del giorno  | Grave difficoltà            | Supporto sanitario frequente (pz ambulatoriale)  | 50  |
|                          | A letto per più 50% ore del giorno   | Limitata cura di sé         | Assistenza sanitaria straordinaria (per frequenza e tipo di interventi)                    | 40  |
|                          | Inabile  | Inabile                     | Indicazione al ricovero od ospedalizzazione a domicilio (supporto sanitario molto intenso) | 30  |
|                          | (*1) SALTUARI Non condizionanti il supporto terapeutico continuativo (*2) SALTUARI O COSTANTI<br>Condizionanti spesso il supporto terapeutico (*3) COSTANTI O INVALIDANTI<br>Condizionanti il supporto terapeutico |                             |  | Grave compromissione di una o più funzioni organiche vitali irreversibili |
|                          |  |                             | Rapida progressione dei processi biologici mortali   | 10  |
|                          |  |                             | Decesso  | 0   |

È un indice “di attività” per la misurazione dei risultati dei trattamenti antitumorali: lo stato fisico del paziente, le prestazioni e la prognosi successiva all'intervento terapeutico. È adatta per determinare l'idoneità del paziente alla terapia. Come tutti gli attuali strumenti, la scala di Karnofsky consiste in un certo numero di domande da porre al paziente. Secondo le risposte, la qualità della vita sarà espressa in percentuale rispetto ad un normale di (100%) stato di salute.

### Valutazione della depressione CES-D

La Cancer for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)<sup>42</sup> è una scala autovalutativa in cui si chiede al paziente di esprimere la frequenza con cui un sintomo è stato osservato nel corso della settimana precedente sulla base di 20 item, valutati su una scala a 4 punti: raramente o mai (se il sintomo è stato osservato per meno di un giorno), qualche volta o per poco tempo (se il sintomo è stato osservato per 1-2 giorni), occasionalmente o per un certo periodo di tempo (se il sintomo è stato osservato per 3-4 giorni). spesso o per tutto il tempo (se il sintomo è stato osservato per 5- 7 giorni).

|            | 1<br>Mai<br>(<1 g) | 2<br>Talvolta<br>(1-2 gg) | 3<br>Spesso<br>(3-4 gg) | 4<br>Sempre<br>(5-7 g) | <b>Durante la scorsa settimana</b> si è sentito in una delle seguenti maniere?      |
|------------|--------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|---|
| V1         | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Sono stato preoccupato da cose che normalmente non mi preoccupano</i>            |
| V2         | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Non mi andava di mangiare; l'appetito era scarso</i>                             |
| V3         | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Non riuscivo a scuotermi dalla malinconia, nemmeno con l'aiuto dei miei cari</i> |
| V4         | [3]                | [2]                       | [1]                     | [0]                    | <i>Ho sentito che valevo come gli altri</i>   |
| V5         | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Ho avuto difficoltà a stare attento a quello che facevo</i>                      |
| V6         | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Mi sono sentito depresso</i>   |
| V7         | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Ho avuto la sensazione che fare qualsiasi cosa richiedeva una enorme fatica</i>  |
| V8         | [3]                | [2]                       | [1]                     | [0]                    | <i>Mi sono sentito pieno di speranze per il futuro</i>                              |
| V9         | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Ho pensato che la mia vita era stata un fallimento</i>                           |
| V10        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Ho avuto paura di qualche cosa</i>   |
| V11        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Il mio sonno è stato agitato</i>   |
| V12        | [3]                | [2]                       | [1]                     | [0]                    | <i>Ero felice</i>   |
| V13        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Ho parlato meno del solito</i>   |
| V14        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Mi sono sentito solo</i>   |
| V15        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>La gente non era amichevole</i>  |
| V16        | [3]                | [2]                       | [1]                     | [0]                    | <i>Ho apprezzato la vita</i>  |
| V17        | [3]                | [2]                       | [1]                     | [0]                    | <i>Ho avuto dei momenti in cui scoppiavo a ridere</i>                               |
| V18        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Mi sono sentito triste</i>   |
| V19        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Ho avuto la sensazione di non piacere alla gente</i>                             |
| V20        | [0]                | [1]                       | [2]                     | [3]                    | <i>Non riuscivo ad ingrassare</i>   |
| _____ / 60 |                    |                           |                         |                        | <b>Totale (NB: un punteggio &gt; 16/30 indica presenza di sintomi depressivi)</b>   |

Il punteggio limite (cut-off), che discrimina fra la presenza e l'assenza della depressione, è stato indicato in 16 su un totale di 60. È la scala più adatta per l'identificazione della depressione maggiore nella popolazione generale. Tuttavia a causa del suo basso indice di sensibilità sarebbe irrealistico aspettarci diagnosi differenziali dall'utilizzo di questo strumento: i sintomi esplorati dalla CES-D possono, infatti, far parte di altre sindromi o di una aspecifica demoralizzazione.

### **Scala NRS per la valutazione del dolore**

Il dolore rappresenta il mezzo con cui l'organismo segnala un danno tissutale. Secondo la definizione della IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il dolore «è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno».

Esso non può essere descritto veramente come un fenomeno sensoriale, bensì deve essere visto come la composizione di:

- una parte percettiva (la nocicezione) che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione e il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo
- una parte esperienziale (quindi del tutto privata, la vera e propria esperienza del dolore) che è lo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.

La scala numerica NRS si basa sull'utilizzo di una scala costituita da 11 gradi da 0 a 10, dove 0 corrisponde alla totale assenza di dolore e 10 rappresenta il peggior dolore immaginabile dal paziente. La valutazione del dolore viene effettuata chiedendo al paziente di assegnare un punteggio corrispondente al dolore provato.



- Trova differente pulizia?

-3   -2   -1   0   1   2   3  
Peggio di prima   Come prima   Meglio di prima

- Trova differente idratazione?

-3   -2   -1   0   1   2   3  
Peggio di prima   Come prima   Meglio di prima

### 3.2.4 Prodotti utilizzati

Per questa ricerca sono stati utilizzati un detergente ed un idratante, qui di seguito una breve descrizione dei prodotti come presi dai siti internet delle rispettive case produttrici.

#### **Detergente**

Il detergente utilizzato è stato un gel detergente ad azione lenitiva idratante anti-secchezza 24h, che deterge delicatamente e protegge la pelle sensibile e secca di tutto il corpo. Deterge delicatamente e protegge la pelle sensibile e secca senza sapone. Ideale per il corpo, viso, capelli, igiene intima. Senza sapone. La formula attenua i sintomi di prurito che stimolano a grattarsi e ammorbidisce la pelle garantendo una sensazione di comfort immediata e duratura. Conserva la pelle in buone condizioni, asserendo alla rimozione delle cellule morte che si plasmano sulla superficie della pelle, aggravando la sensazione di prurito. Rispetta la pelle grazie alla sua formula biodegradabile realizzata con l'89% di ingredienti di origine naturale, per proteggere la barriera cutanea. È un detergente che ripara, idrata per 24h e diminuisce l'irritazione delle aree della cute irritate.

#### **Idratante**

Un trattamento pensato per offrire un'idratazione intensa e duratura alle pelli da normali fino a secche. Arricchita con benefici ingredienti quali l'aloe vera e l'acido ialuronico è stata la scelta ideale per mantenere una pelle fresca, morbida

e visibilmente sana. Con il 95% di ingredienti di origine naturale, questa crema si prende cura della pelle in modo delicato e rispettoso, anche delle pelli più sensibili. La sua texture leggera e setosa si assorbe rapidamente, permettendoti di godere di una sensazione di freschezza senza residui.

Questo prodotto riduce le sensazioni di prurito legate alla secchezza cutanea, lenisce gli arrossamenti e le sensazioni di disagio dovute all'iper-reattività della cute, aiuta la pelle a proteggersi nuovamente. Viene suggerito per secchezze severe, pelli a tendenza atopica, pelli soggette al prurito legato alla secchezza cutanea. Il prodotto nutre le pelli molto secche e lenisce le sensazioni di prurito; contribuisce a ristrutturare e nutrire la pelle e a rafforzare il suo film protettivo; lenisce, attenua le sensazioni di disagio e rende morbida la pelle. La pelle viene lenita, nutrita e ammorbidita. La sensazione di prurito viene diminuita efficacemente. Ottima tollerabilità. I pazienti hanno apprezzato all'unanimità la consistenza nutriente, filmogena e non grassa all'applicazione. Non macchia gli abiti. Consistenza che permette di vestirsi rapidamente.

### **3.2.5 Analisi statistiche**

I risultati di ogni singolo test somministrato sono stati analizzati attraverso un disegno statistico ANOVA per verificare le variazioni di ogni parametro prima e dopo il trattamento, considerando il risultato al test come variabile dipendente ed effettuando tutti disegni a due vie (prima e dopo il trattamento). In particolare, ci si è maggiorante concentrati sulla qualità di vita e sulle 8 scale che attraverso il test SF-36 ci hanno permesso di misurare otto differenti concetti legati allo stato di salute, sia fisica che mentale [come già descritte: attività fisica; limitazioni nelle attività legate al proprio ruolo e dovute a problemi di salute fisica; dolore fisico; salute in generale; vitalità (energia/affaticamento); attività sociali; limitazioni nell'attività legate al proprio ruolo e dovute a problemi emotivi; salute mentale].

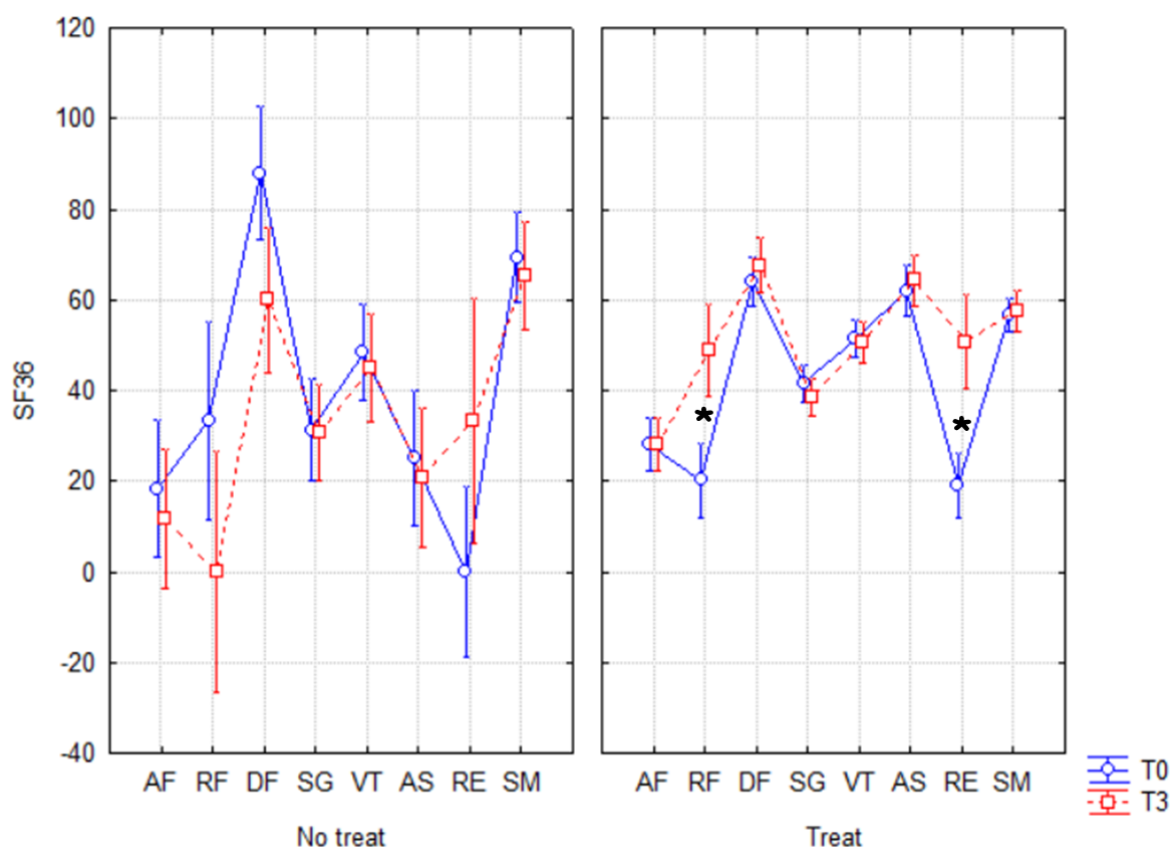
### 3.2.6 Risultati

#### Caratteristiche dei pazienti

In totale sono stati reclutati 55 pazienti (17 uomini e 38 donne), divisi in due gruppi: Trattati (33 pazienti) e Non trattati (22 pazienti), le cui caratteristiche ad inizio dello studio sono riportate nella seguente tabella.

|          | Total | M/F     | Age   |        | Karnofsky |        | NRS  |        |  |
|----------|-------|---------|-------|--------|-----------|--------|------|--------|--|
| Patients | 55    | (17/38) | 72.83 | ± 1.82 | 37.45     | ± 0.59 | 1.27 | ± 0.22 |  |
| Treat    | 33    | (7/26)  | 74.54 | ± 1.96 | 36.66     | ± 0.83 | 1.27 | ± 0.32 |  |
| No Treat | 22    | (10/12) | 70.27 | ± 3.47 | 38.63     | ± 0.74 | 1.27 | ± 0.28 |  |

#### SF36



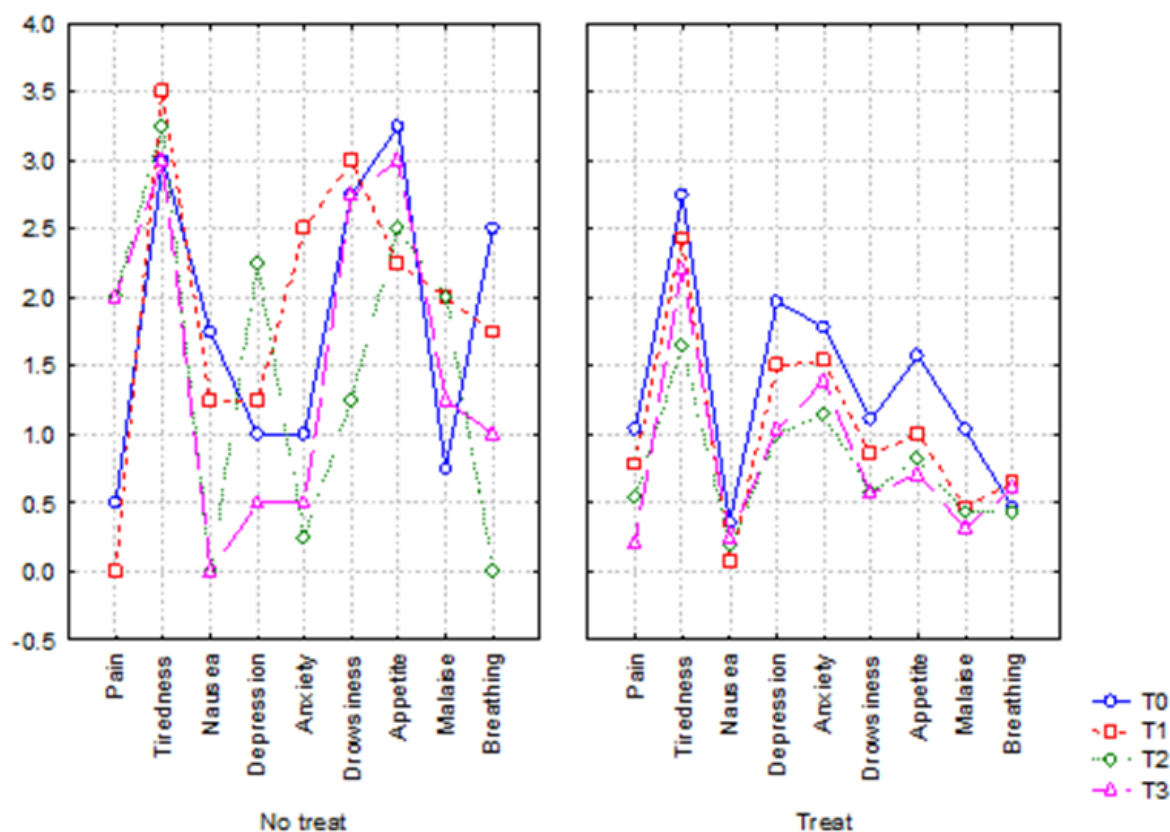
**Figura 2:** SF-36: Tempo (T0 e T3), Gruppo (Trattati e non trattati) e Concetti di salute (Attività Fisica (AF), Ruolo e Stato Fisico (RF), Dolore Fisico (DF), Salute in Generale (SG), Vitalità (VT), Attività Sociali (AS), Ruolo e stato Emotivo (RE), Salute Mentale (SM)).

Significatività statistica nella interazione tra tutti i fattori: Tempo (T0 e T3), Gruppo (Trattati e non trattati) e gli Otto concetti di salute (Attività Fisica (**AF**), Ruolo e Stato Fisico (**RF**), Dolore Fisico (**DF**), Salute in Generale (**SG**), Vitalità (**VT**), Attività Sociali (**AS**), Ruolo e stato Emotivo (**RE**), Salute Mentale (**SM**)).

La analisi dei post-hoc di Duncan: significativa differenza solo nei soggetti trattati nei concetti di Ruolo e Stato Fisico (RF) e di Ruolo e stato Emotivo (RE) ( $p < 0.05$ ) all'inizio e alla fine della sperimentazione, in particolare questi concetti di salute risultano migliorati come è anche evidente dalla figura rappresentativa (Figura 2) dei valori medi e standard error.

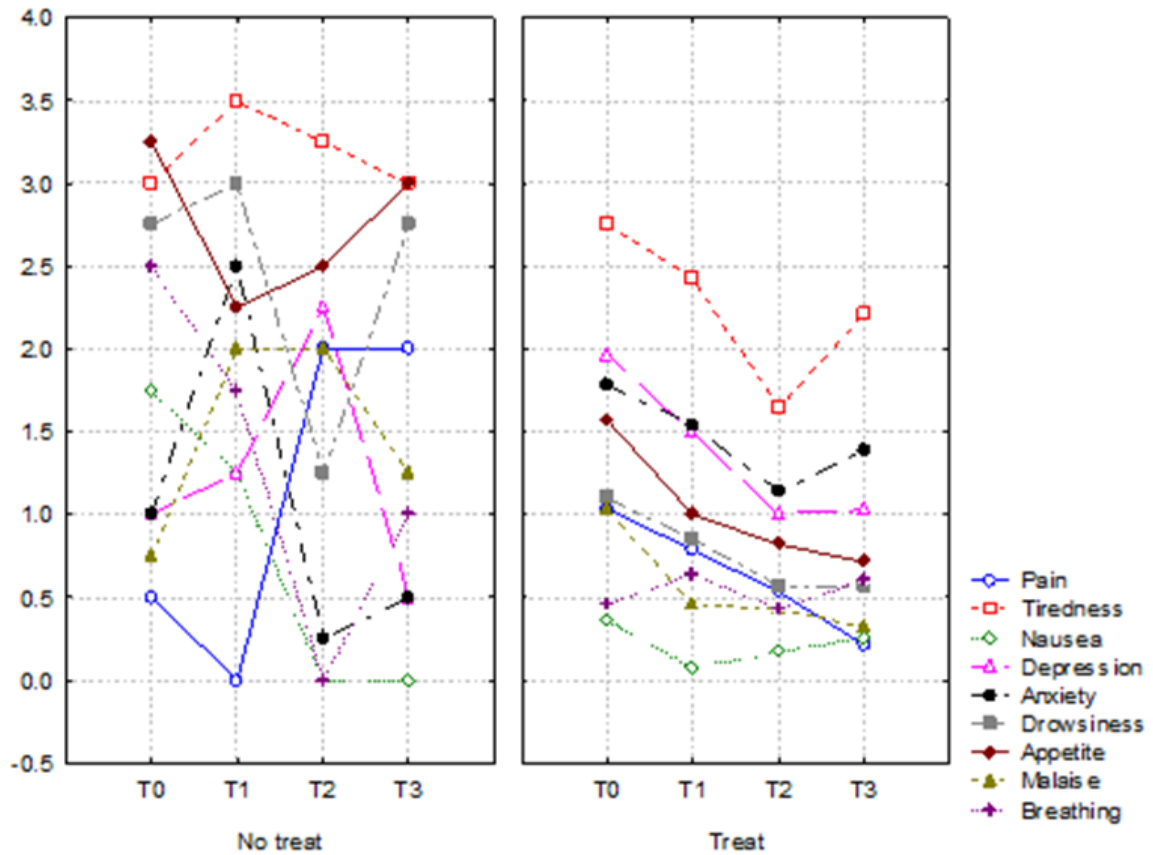
## **ESAS**

Si è riscontrata una significatività statistica nella interazione ( $F(24, 1104)=4.3851$ ,  $p=.00000$ ) tra tutti i fattori, cioè tra Gruppo (Trattati, Non trattati), Tempo (T0, T1, T2, T3) e la valutazione dei seguenti sintomi (Figura 3): **dolore, stanchezza, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, inappetenza, malessere**, difficoltà a **respirare** (Pain, Tiredness, Nausea, Depression, Anxiety, Drowsiness, Appetite, Malaise, Breathing) (nonché un decimo sintomo opzionale che sarebbe potuto essere aggiunto dal paziente indicato con “**altro**” ma che nel presente studio non è stato indicato da nessun paziente).



**Figura 3:** significatività statistica nella interazione ( $F(24, 1104)=4.3851$ ,  $p=.00000$ ) tra tutti i fattori: Gruppo, Tempo e la valutazione dei seguenti sintomi: dolore, stanchezza, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, inappetenza, malessere, difficoltà a respirare (Pain, Tiredness, Nausea, Depression, Anxiety, Drowsiness, Appetite, Malaise, Breathing)

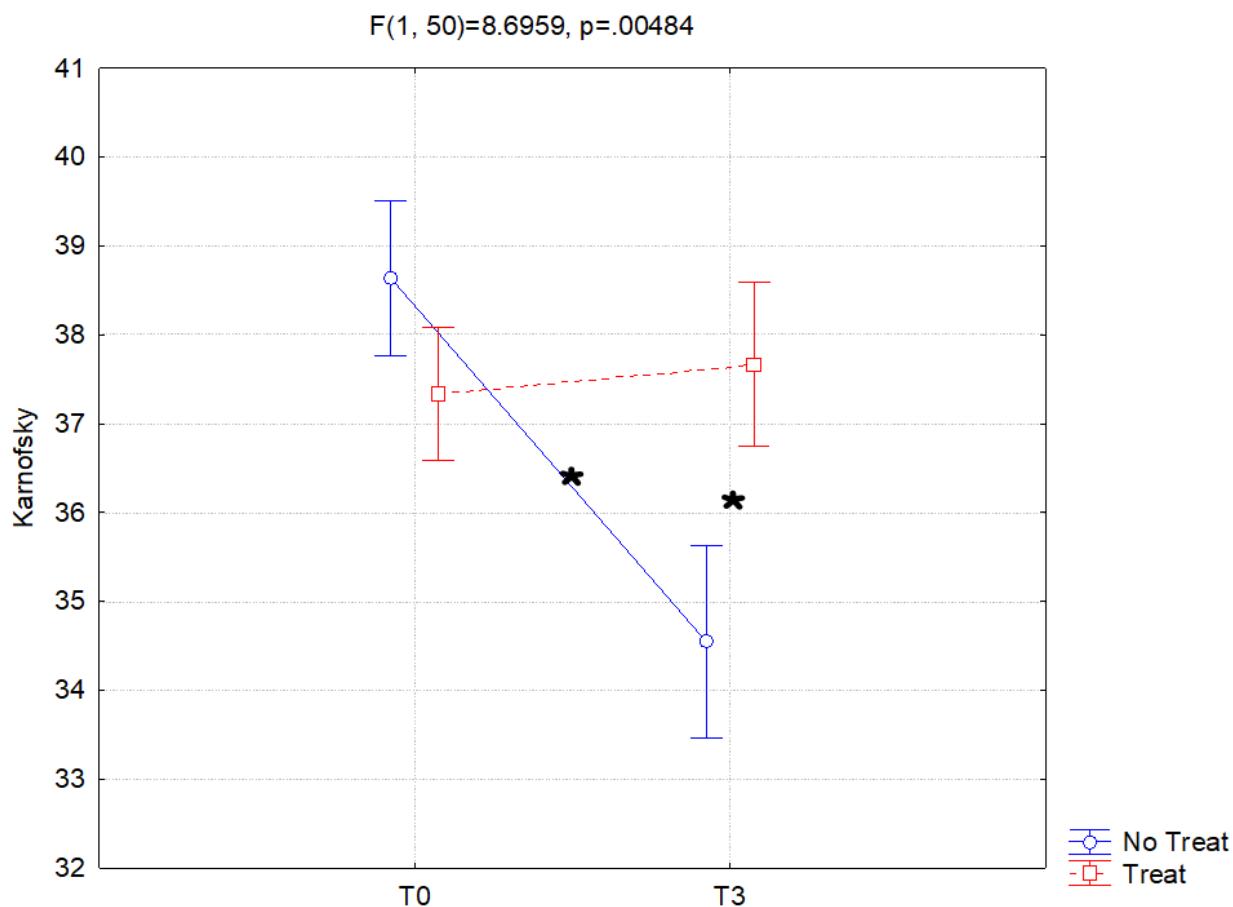
L'analisi ha mostrato un miglioramento di tutti i sintomi almeno tra inizio e fine, in alcuni casi anche nelle settimane prima della fine della sperimentazione, solo per i soggetti trattati, mentre per i soggetti non trattati non si nota questo miglioramento. Questi effetti sono anche più evidenti quando questa statistica si riorganizza come in Figura 4, cioè in funzione del tempo sempre per i due gruppi.



**Figura 4:** Effetti sono anche più evidenti quando questa statistica si riorganizza

### Karnofsky

All'inizio della sperimentazione il valore dell'indice di **Karnofsky** medio era paragonabile tra i due gruppi ( $F(1, 50)=8.6959$ ,  $p=.00484$ ), alla fine delle tre settimane i soggetti trattati mostrano valori simili a quelli iniziale (non peggioramento della situazione) mentre quelli non trattati alla fine mostrano una significativa riduzione del valore, quindi un peggioramento delle condizioni, sia rispetto all'inizio dei non trattati ( $p<0.000645$ ) che dei trattati ( $p<0.034064$ ) ma anche rispetto alla fine dei trattati ( $p<0.023704$ ) (Figura 5).



**Figura 5:** All'inizio della sperimentazione il valore dell'indice di Karnofsky medio era paragonabile tra i due gruppi ( $F(1, 50)=8.6959, p=.00484$ ), alla fine delle tre settimane i soggetti trattati mostrano valori simili a quelli iniziale.

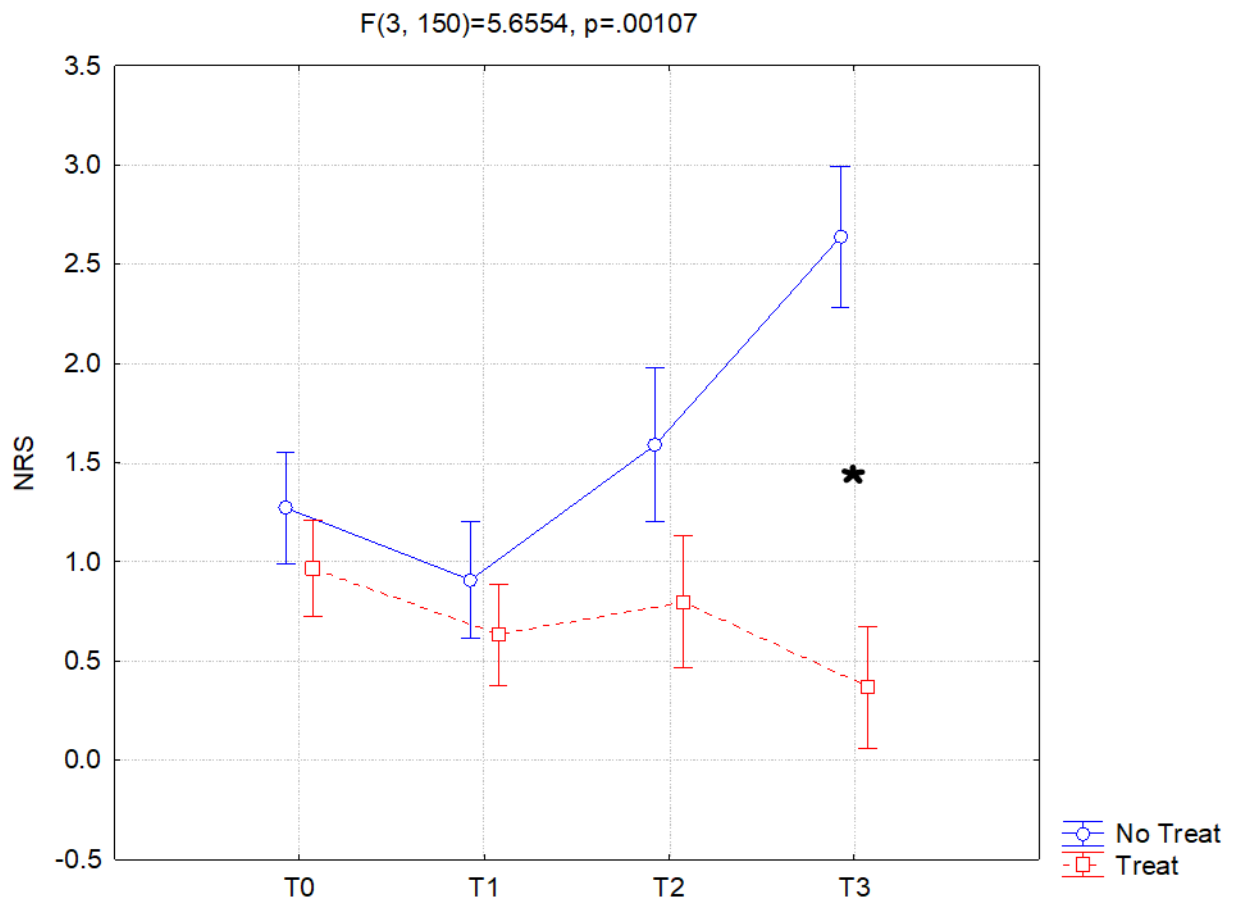
### CES-D

Le analisi statistiche sui valori del test **CES-D** per la valutazione della depressione (Figura 5) hanno mostrato un miglioramento solo nei pazienti Trattati sui livelli di depressione ( $p<0.018$ ) indicandone un effetto benefico.

### NRS

Come già deducibile dalle analisi fatte per la valutazione dei parametri del ESAS, all'inizio della sperimentazione il valore dell'indice **NRS** medio (Figura 6) nei gruppi era simile ( $F(3, 150)=5.6554, p=.00107$ ), anche dopo una settimana, dopo

due settimane invece i gruppi cominciano a separarsi e alla fine il gruppo sperimentale ha mostrato valori significativamente inferiori ( $p < 0.000084$ ) di NRS rispetto al gruppo dei non trattati che invece mostrano valori più elevati anche rispetto al momento del reclutamento.



**Figura 6:** il valore dell'indice NRS medio all'inizio della sperimentazione nei due gruppi era simile ( $F(3, 150) = 5.6554, p = .00107$ ).

### Questionari ad hoc

All'inizio e alla fine della sperimentazione sono state inoltre somministrate domande ad hoc, legate in maniera **generica**, le prime due ripetute sia prima che dopo il trattamento, o **specifiche**, le ultime quattro somministrate solo ai pazienti trattati alla fine del trattamento, all'utilizzo dei prodotti di questo studio.

### **Domande generali**

Per la prima domanda: “Ogni quanto sente la necessità di lavarsi”, in una scala da -3 a 3 (da “Per niente” a “Frequentemente”) il valore medio tra i soggetti si è spostato da quello iniziale di 1.2 a quello finale di 0.8 ( $p < 0.035$ ), sottolineando la significativa riduzione della necessità di detergersi grazie alla presenza di un prodotto specifico.

Per la seconda domanda: “Riesce a curare da solo/a la sua igiene personale?”, in una scala da -3 a 3 (da “Per niente” a “Completamente”) il valore medio tra i soggetti si è spostato da quello iniziale di 0.8 a quello finale di 0.7 ( $p$  non significativo), segno di una stabilità delle capacità di gestire da soli la propria igiene personale.

### **Domande specifiche**

Per la domanda: “Trova difficoltà nella applicazione del detergente?”, in una scala da -3 a 3 (da “Peggior di prima” a “Meglio di prima”) il valore medio tra i soggetti è stato prossimo allo 0 indicando il fatto che i pazienti non hanno riscontrato particolari differenze nella applicazione dello specifico detergente in esame rispetto a quello già usato da loro in precedenza (sapone e bagnoschiuma per tutti).

Per la domanda: “Trova difficoltà nella applicazione dell'idratante?”, in una scala da -3 a 3 (da “Peggior di prima” a “Meglio di prima”) il valore medio tra i soggetti è stato di -0.05 sottolineando una leggerissima avversione al prodotto anche se in realtà nessun paziente adottava alcun tipo di idratante prima di questa sperimentazione.

Per la domanda: “Ha trovato differenze nella detersione?”, in una scala da -3 a 3 (da “Peggior di prima” a “Meglio di prima”) il valore medio tra i soggetti è stato di 1.78, indicando il fatto che i pazienti hanno riscontrato un netto miglioramento nella pulizia dovuta al detergente in esame rispetto a quello già usato da loro in precedenza (sapone e bagnoschiuma per tutti).

Per la domanda: “Ha trovato differenze nell'idratazione?”, in una scala da -3 a 3 (da “Peggior di prima” a “Meglio di prima”) il valore medio tra i soggetti è stato di 1.61, anche se in realtà nessun paziente adottava alcun tipo di idratante prima di questa sperimentazione, alla fine hanno provato un miglioramento generalizzato rispetto al non utilizzo.

### **3.2.7 Discussione**

#### **Definizione delle cure palliative**

“Le cure palliative consistono nell'assistenza attiva e totale dei pazienti terminali quando la malattia non risponde più alle terapie ed il controllo dei sintomi, degli aspetti emotivi e spirituali e dei problemi sociali diventa predominante”.

“Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. In questo senso la cura palliativa è un richiamo al più antico e basilare concetto di cura: provvedere alle necessità ed alle esigenze dei pazienti in qualsiasi luogo si trovino o abbiano scelto di essere curati, al domicilio od in ambito ospedaliero”.

“Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire come un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di garantire la migliore qualità di vita, sino alla fine”.

Dallo Statuto dell'Associazione Europea per le Cure Palliative

#### **In pratica le cure palliative**

Bisogna poi sempre ricordare che le cure palliative non sono sinonimo di cure terminali rivolte per definizione al paziente moribondo.

Le Cure Palliative, infatti, non rinnegano affatto la medicina scientifico-tecnologica, ma rivalutano all'interno di essa, un aspetto più umano dell'assistenza medica e infermieristica.

Le Cure Palliative sono infatti rivolte al controllo del dolore e di tutti gli altri sintomi che può manifestare un paziente affetto da una malattia cronica progressiva che non risponde più ai trattamenti clinici.

Sono cure anche volte ad aiutare il paziente e i suoi familiari per superare disagi di carattere psicologico-emozionale-sociale e spirituale in modo da migliorare la qualità della vita.

Le Cure Palliative richiedono l'intervento di diverse figure professionali competenti: infermieri, medici, fisioterapisti, assistenti sociali e spirituali. Tali cure possono essere realizzate a domicilio se il paziente lo desidera e la famiglia, supportata adeguatamente, può diventare parte integrante dell'assistenza. Possono inoltre essere realizzate in ospedale e in strutture di ricovero specializzate, chiamate Hospice.

### **Aspetti generali**

Per l'obiettivo di una morte umanamente dignitosa è necessario ottenere il controllo della qualità della vita e dei sintomi, in particolare il dolore, indipendentemente dalla progressione della malattia; la qualità della vita dovrebbe essere sempre lo scopo dei trattamenti.

I bisogni e i sintomi, che in altre patologie possono essere secondari, nel paziente terminale divengono a volte, priorità assolute. Infatti il continuativo controllo del dolore e dei sintomi disturbanti vanno presi in considerazione con un adeguato criterio.

Va ricordato infatti che nell'evoluzione della malattia neoplastica, dopo la terapia attiva, quando non è più possibile evitare un'ulteriore progressione della malattia, l'organismo del paziente è afflitto da numerosi sintomi secondari che causano disagi sia fisici che psichici e che è proprio in questa fase che il malato viene dimesso dalle strutture di ricovero, per proseguire le cure a casa. È di estrema importanza che chi ha il compito di prendere in cura e seguire il paziente in queste fasi abbia le competenze e le informazioni più corrette per affrontare le richieste ed i bisogni del paziente e dei suoi familiari.

La sintomatologia dei pazienti terminali di cancro appare comune, indipendentemente da età e tipo di patologia d'origine, per cui si è diffusa la cultura dell'anticipazione del sintomo più che alla sua cura. Concetto che riguarda

particolarmente il dolore il cui anticipo, nella terapia al bisogno, diviene essenziale per la qualità della vita. Stesso discorso per tutti gli altri sintomi: copertura e anticipazione con l'utilizzo di farmaci, con il minimo di somministrazioni possibile e vie di accesso minimamente invasive per quantità e numero.

Il dolore è il sintomo per il quale più frequentemente viene richiesto l'intervento dell'operatore di cure palliative. È importante conoscere almeno i principi fondamentali di trattamento del dolore, come è altrettanto importante saper riconoscere il momento nel quale deve essere valorizzato e reso prioritario il concetto di qualità della vita, rispetto all'obiettivo "guarigione" e "quantità di vita", mettendo in atto una serie di interventi organizzati e coordinati. Il dolore deve essere affrontato con una corretta valutazione, considerando in modo particolare che il trattamento deve essere individualizzato, le terapie farmacologiche sono il trattamento principale utilizzando il farmaco giusto, alla giusta dose e con il giusto intervallo.

Lo scopo di questo studio sperimentale è stato quello di capire se un intervento esterno di medicina estetica, come la semplice somministrazione di prodotti per detersione ed idratazione possa aumentare la consapevolezza del paziente del proprio corpo e ridurre la sensazione di dolore migliorando così la qualità della vita.

## **Discussione dei risultati**

### *SF36*

Si è riscontrata una significativa differenza nei concetti di Ruolo e Stato Fisico (RF) e di Ruolo e stato Emotivo (RE) all'inizio e alla fine della sperimentazione, in particolare entrambi questi concetti di salute risultano migliorati nei pazienti Trattati.

### *ESAS*

Si è riscontrata una significativa differenza tra i pazienti Trattati e Non trattati per quanto riguarda l'andamento di tutti i sintomi, in particolare dolore, stanchezza, depressione, ansia e appetito, che risultano migliorati nei pazienti Trattati alla fine del periodo di sperimentazione ed alcuni anche già alla prima settimana di sperimentazione (come ad esempio il dolore), nonostante non sia stata necessaria alcuna modifica alla terapia antalgica somministrata.

### *Karnofsky*

All'inizio della sperimentazione il valore dell'indice di Karnofsky medio era paragonabile tra i due gruppi, alla fine delle tre settimane i pazienti Trattati mostrano valori simili a quelli iniziale (non peggioramento della situazione) mentre quelli Non trattati alla fine mostrano un significativo peggioramento delle condizioni.

### *CES-D*

Le analisi statistiche sui valori del test CES-D per la valutazione della depressione hanno mostrato un miglioramento alla fine della sperimentazione ma solo nei pazienti Trattati.

### *NRS*

Come già deducibile dai risultati ottenuti per la valutazione dei parametri del ESAS, all'inizio della sperimentazione il valore dell'indice nei gruppi era simile, anche dopo una settimana, dopo due settimane invece i gruppi cominciano a separarsi e alla fine il gruppo dei pazienti Trattati ha mostrato valori significativamente inferiori rispetto al gruppo dei Non trattati che invece mostravano un peggioramento dei sintomi del dolore anche rispetto al momento del reclutamento.

### *Questionari ad hoc*

Si è evidenziata una riduzione della necessità di detergersi grazie alla presenza di un prodotto specifico, accanto alla stabilità delle capacità di gestire da soli la propria igiene personale.

I pazienti non hanno riscontrato particolari differenze nella applicazione dello specifico detergente in esame rispetto a quello già usato da loro in precedenza (sapone e bagnoschiuma per tutti), mentre una leggerissima avversione è stata riscontrata verso il nuovo idratante, anche se in realtà nessun paziente adottava alcun tipo di idratante prima di questa sperimentazione.

Alcune domande hanno indicato il fatto che i pazienti hanno riscontrato un netto miglioramento nella detersione dovuta al detergente in esame. Infine anche se in realtà nessun paziente adottava alcun tipo di idratante prima di questa sperimentazione, alla fine hanno provato un miglioramento generalizzato rispetto al non utilizzo.

## 4 CONCLUSIONI

Gli operatori di medicina palliativa si adoperano ogni giorno per riconoscere e rispettare la morte come evento naturale della vita. Per far ciò fanno propri quei valori che riconciliano il malato con la morte infondendogli fiducia e speranza per condurlo verso quel momento serenamente. L'operatore di cure palliative deve saper gestire non solo il dolore ma anche la qualità della vita dei pazienti con farmaci, vie di somministrazione e tecniche appropriate. Gestendo il dolore al meglio, l'operatore favorisce una migliore qualità della vita del paziente togliendogli un'importante fattore negativo della malattia terminale.

Come primo risultato, questo percorso di dottorato ha permesso di valutare la qualità della vita (QOL) nei pazienti in fase terminale, un aspetto divenuto cruciale per monitorare l'efficacia dei trattamenti, poiché influisce significativamente su morbilità e mortalità. Le valutazioni della QOL possono essere effettuate tramite una varietà di strumenti, che includono misure generali e specifiche per malattia; tali strumenti possono essere oggettivi o soggettivi, e possono basarsi sulla soddisfazione del paziente o sul suo funzionamento. Queste valutazioni si suddividono ulteriormente in categorie riguardanti lo stato funzionale, la salute, il benessere e la soddisfazione del paziente. Ciascuna di queste categorie presenta vantaggi e svantaggi, come la facilità di interpretazione, l'applicabilità a diverse popolazioni, la validazione tra gruppi eterogenei e la capacità di comparare i risultati ottenuti. I risultati di questo primo studio evidenziano che, sebbene la Scala di Performance Karnofsky (KPSS) e l'indagine sulla salute SF-36 siano strumenti preziosi per valutare la qualità della vita dei pazienti in fase terminale, è fondamentale sottolineare che le due misure non sono completamente intercambiabili e possiedono applicazioni specifiche e distinte. È stato osservato che le scale più comuni tendono a fornire una visione generale dello stato clinico e sintomatologico dei pazienti, evidenziando in particolare le problematiche legate alla sofferenza fisica e ai bisogni palliativi. Al contrario, le scale specifiche della qualità della vita possono offrire un'analisi più dettagliata e complessiva degli

aspetti soggettivi del vivere, inclusi elementi psicologici, sociali ed emotivi. Attraverso l'analisi dei cambiamenti nei punteggi nelle diverse scale, è stato possibile ottenere informazioni preziose su come i trattamenti influiscono non solo sulla prognosi clinica dei pazienti, ma anche sul loro benessere complessivo. Questo approccio integrato permette di migliorare la personalizzazione delle cure palliative e di sviluppare strategie di intervento più mirate, tenendo conto non solo degli aspetti fisici, ma anche delle dimensioni psicologiche e sociali della qualità della vita. Quindi, il primo studio ha sottolineato l'importanza di considerare diversi parametri oggettivi della qualità della vita, contribuendo così a un approccio più olistico nella gestione dei pazienti in fase avanzata di malattia, affinché le terapie non solo allevino i sintomi ma migliorino anche il benessere globale delle persone assistite.

Dai risultati ottenuti dal secondo studio proposto, si evince che è possibile gestire il *dolore* del paziente non solo con tecniche ormai tradizionali ma anche con l'aiuto di metodiche provenienti dalla medicina estetica anche a volte andando contro i generali pregiudizi dei pazienti stessi, per lo più quando di sesso maschile od in generale di una età abbastanza avanzata. Inoltre, si sono osservati miglioramenti tangibili o tendenziali anche e soprattutto in alcuni indici relativi alla *qualità della vita*, come il *ruolo fisico* ed *emotivo* (cioè la valutazione delle limitazioni nel tipo di lavoro o in altre attività abituali, ma anche le riduzioni di tempo dedicato al lavoro o ad altre attività abituali e le difficoltà incontrate nell'esecuzione del lavoro o di altre attività, distinguendo limitazioni dovute alla salute fisica o alla salute mentale) dedotti dal questionario SF36, ed altri proveniente dalla scala ESAS, come *stanchezza*, *depressione*, *ansia* e *appetito*.

Da notare inoltre come le analisi di controllo tra gruppo di pazienti Trattati e Non trattati abbiano dimostrato come questo approccio sperimentale possa essere più efficace rispetto alla sola terapia tradizionale, almeno per quanto riguarda i parametri presi in considerazione. I risultati di queste ricerche evidenziano una

differenza significativa nella qualità della vita percepita dai pazienti che hanno ricevuto interventi di medicina estetica in concomitanza con le cure palliative standard, suggerendo che queste pratiche possono contribuire a migliorare non solo il benessere fisico, ma anche l'aspetto psicologico e sociale.

L'efficacia di tali interventi può essere attribuita a diversi fattori. Innanzitutto, un miglioramento nell'aspetto esteriore può avere un impatto diretto sull'autostima e sulla percezione di sé del paziente. Quando i pazienti si sentono meglio con il loro aspetto, possono affrontare la malattia con una mentalità più positiva, risultando meno ansiosi e più motivati a partecipare attivamente al loro percorso di cura. Di conseguenza, questo potrebbe tradursi in una maggiore adesione alle terapie e in una migliore gestione dei sintomi, favorendo un ciclo virtuoso di miglioramento del benessere globale.

In secondo luogo, è importante considerare l'aspetto sociale di questa integrazione. Le malattie gravi spesso isolano i pazienti, sia fisicamente che emotivamente, portandoli a ritirarsi da attività sociali e relazioni significative. Offrire trattamenti di medicina estetica può non solo aiutare i pazienti a sentirsi meglio con sé stessi, ma anche ridurre il senso di isolamento e il ritiro sociale. I pazienti potrebbero sentirsi più invogliati a interagire con familiari e amici, partecipando a eventi o semplicemente trascorrendo del tempo con i propri cari, il che può avere un impatto positivo sul loro stato d'animo e sul supporto sociale.

Inoltre, le esperienze di cura estetica possono rappresentare un'opportunità per creare momenti di connessione e comunicazione tra il personale medico e i pazienti. Questi momenti non solo favoriscono un legame più umano ed empatico, ma possono anche aprire discussioni su aspettative, desideri e paure dei pazienti riguardo alla loro malattia e al loro percorso di cura. Attraverso questa connessione empatica, gli operatori sanitari possono acquisire una visione più

completa e profonda delle esigenze del paziente, adattando le cure in maniera più mirata e personalizzata.

Infine, la durata e la natura degli interventi di medicina estetica possono essere flessibili e adattabili alle condizioni di salute del paziente. Questo rende tali interventi un elemento complementare altamente personalizzabile all'interno di un piano di cure palliative, consentendo di affrontare specifiche esigenze e desideri in momenti diversi del decorso della malattia. Tale adattabilità è cruciale in un contesto in cui le condizioni di salute dei pazienti possono variare notevolmente nel tempo.

In sintesi, l'integrazione della medicina estetica nelle cure palliative non solo ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto alla sola terapia tradizionale, ma ha anche il potenziale di trasformare l'esperienza complessiva dei pazienti. Non si tratta semplicemente di miglioramenti estetici, ma di cambiamenti significativi che possono influenzare positivamente la qualità della vita, il benessere psicologico e le dinamiche sociali dei pazienti in fase di fine vita. Attraverso questo approccio olistico e personalizzato, le cure palliative possono evolvere per abbracciare una visione più completa del paziente, riconoscendo l'importanza di ogni aspetto della loro vita e del loro benessere.

La realtà delle cure palliative è caratterizzata da una complessità intrinseca che richiede l'adozione di un approccio multidimensionale per affrontare adeguatamente le esigenze fisiche, emotive, sociali e spirituali dei pazienti. In quest'ottica, un'idea innovativa potrebbe essere quella di integrare nell'équipe di medicina palliativa professionisti esperti in medicina estetica. Questo approccio non solo arricchirebbe il team con competenze specializzate, ma contribuirebbe anche a un concetto fondamentale delle cure palliative: la valorizzazione dell'immagine del paziente.

La medicina estetica può svolgere un ruolo significativo nel migliorare l'autostima e il benessere psicologico dei pazienti affetti da malattie progressive. La cura dell'aspetto esteriore, in molte culture, è strettamente legata all'identità e all'autovalutazione. Quando i pazienti affrontano le sfide delle malattie gravi, possono sentirsi vulnerabili e sofferenti non solo fisicamente, ma anche emotivamente e socialmente. L'inclusione di un professionista in medicina estetica potrebbe aiutare a mitigare questi sentimenti, offrendo trattamenti che promuovano la bellezza e il comfort, alleviando ansie legate all'immagine corporea.

Inoltre, focalizzarsi sull'aspetto estetico del paziente potrebbe aiutare a spostare l'attenzione dalla malattia stessa, favorendo una visione più olistica della vita. L'atto di prendersi cura di sé stessi attraverso trattamenti estetici non è solo un modo per migliorare l'aspetto esteriore, ma può anche rappresentare un atto di resilienza e un'affermazione della dignità personale. In questo contesto, la medicina estetica si integra perfettamente con le pratiche delle cure palliative, supportando il paziente non solo nella gestione del dolore e dei sintomi, ma anche nella ricerca di un'esperienza di vita più positiva e significativa.

In sintesi, l'integrazione della medicina estetica nelle cure palliative rappresenterebbe un passo avanti verso un modello di cura più completo, che riconosce e valorizza l'individualità dei pazienti. Questo approccio mirerebbe a creare un ambiente in cui ogni aspetto del benessere del paziente è considerato, promuovendo una risposta più empatica e centrata sul paziente alle sfide del fine vita. Un tale intervento non solo arricchirebbe il servizio di cure palliative, ma contribuirebbe anche a un cambiamento culturale più ampio, che reinterpreta la malattia non solo come una condizione da gestire, ma anche come un'opportunità per vivere e valorizzare ogni istante.

## 5. Bibliografia

- 1) Amadori D, Corli O, De Conno F, Maltoni M, Zucco F. Libro Italiano di Cure Palliative. Poletto Editore. Gaggiano (MI), Italia, 2007. Seconda Edizione.
- 2) Apolone G, Mosconi P, John E, Ware JE. Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati. Guerini e Associati, Milano, Italia, 1997.
- 3) Assalti G, Tomaselli F, Zagonel V. Farsi belli per stare meglio. Milano: ATTIVE come prima onlus Editore, Milano, Italia, 2009
- 4) Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med.* 1984 May-Jun;46(3):199-212.
- 5) Cabe CJ, Thomas KJ, Brazier JE, Coleman P. Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *Br J Psychiatry*; 1996, 169 (4): 516-521.
- 6) Campbell A. Subjective measures of well-being. *Am Psychol.* 1976 Feb;31(2):117-24.
- 7) Goldberg RJ. Management of depression in the patient with advanced cancer. *JAMA.* 1981 Jul 24-31;246(4):373-6.
- 8) Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA.* 2000 Nov 15;284(19):2476-82.
- 9) Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, Cassel CK, Cassem EH, Cranford RE, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. *N Engl J Med.* 1989 Mar 30;320(13):844-9.
- 10) Carlini J, Bahudin D, Michaleff ZA, Plunkett E, Shé É, Clark J, et al. Discordance and concordance on perception of quality care at end of life between older patients, caregivers and clinicians: a scoping review. *Eur Geriatr Med.* 2022 Feb;13(1):87-99.
- 11) DL P, P E. Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Healthcare. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- 12) Patrick, DL. Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Healthcare. In: Erickson, P, editors. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- 13) Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics.* 2000 Jan;17(1):13-35.
- 14) Estoque RC, Togawa T, Ooba M, Gomi K, Nakamura S, Hijioka Y, et al. A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a "QOL-Climate" assessment framework. *Ambio.* 2019 Jun;48(6):619-38.
- 15) Rummans TA, Bostwick JM, Clark MM, Group MCCCQoLW. Maintaining

- quality of life at the end of life. *Mayo Clin Proc.* 2000 Dec;75(12):1305-10.
- 16) Licitra L, Mesía R, Keilholz U. Individualised quality of life as a measure to guide treatment choices in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Oral Oncol.* 2016 Jan;52:18-23.
  - 17) Bokhour BG, Pugh MJ, Rao JK, Avetisyan R, Berlowitz DR, Kazis LE. Improving methods for measuring quality of care: a patient-centered approach in chronic disease. *Med Care Res Rev.* 2009 Apr;66(2):147-66.
  - 18) Phyo AZZ, Freak-Poli R, Craig H, Gasevic D, Stocks NP, Gonzalez-Chica DA, et al. Quality of life and mortality in the general population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2020 Nov 06;20(1):1596.
  - 19) McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage.* 2016 Aug;52(2):318-28.e5.
  - 20) Karnofsky D, Burchenal J. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. New York: NY: Columbia University Press; 1949.
  - 21) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473-83.
  - 22) DA K, JH B. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. New York: NY: Columbia University Press; 1949.
  - 23) Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med.* 1985 Feb 28;312(9):553-9.
  - 24) Hutchinson TA, Boyd NF, Feinstein AR, Gonda A, Hollomby D, Rowat B. Scientific problems in clinical scales, as demonstrated in the Karnofsky index of performance status. *J Chronic Dis.* 1979;32(9-10):661-6.
  - 25) Ware J, Kosinski M, Dewey J, Gandek B. How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 Health Survey. Boston: QalyMetric; 2001.
  - 26) Carver DJ, Chapman CA, Thomas VS, Stadnyk KJ, Rockwood K. Validity and reliability of the Medical Outcomes Study Short Form-20 questionnaire as a measure of quality of life in elderly people living at home. *Age Ageing.* 1999 Mar;28(2):169-74.
  - 27) Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):1025-36.
  - 28) Greenhouse SW, Geisser S. On methods in the analysis of profile data. *Psychometrika;* 1958.

- 29) Tallarida RJ, Murray RB. Duncan Multiple Range Test. New York: Springer; 1987.
- 30) Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994 Aug 24-31;272(8):619-26.
- 31) Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):1037-44.
- 32) Sanson-Fisher RW, Perkins JJ. Adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Australia. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):961-7.
- 33) Anagnostopoulos F, Niakas D, Pappa E. Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*. 2005 Oct;14(8):1959-65.
- 34) Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005 Apr;14(3):875-82.
- 35) Arogundade FA, Zayed B, Daba M, Barsoum RS. Correlation between Karnofsky Performance Status Scale and Short-Form Health Survey in patients on maintenance hemodialysis. *J Natl Med Assoc*. 2004 Dec;96(12):1661-7.
- 36) Valeriani L, Carrano B, Vecchio F. Quality of life in end of life. *Geroscience*. 2025 Jul 12. doi: 10.1007/s11357-025-01781-9. Epub ahead of print. PMID: 40650715.
- 37) Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, Mc Horney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 1986, 33, AS264-279.
- 38) Ware JE, Sherbourne C.D, The mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF36): conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 1992, 30: 473-483.
- 39) Ware JE, Sherbourne CD, Davies AR. Developing and testing the mos 20-Item Short-Form Health Survey: a general population application. In: Stewart AL, Ware JE (eds). *Measuring functioning and well-being: The Medical outcome study approach*. Duke University Press, Durham, NC, 1992, 227-290.
- 40) Lyketsos CG, Galik E, Steele C, Steinberg M, Rosenblatt A, Warren A. The General Medical Health Rating Index: a bedside global rating of medical comorbidity in patient with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 1999, 47 (4): 487-491.
- 41) Moro C, Brunelli C, Miccinesi G, Fallai M, Morino P, Piazza M, Labianca R, Ripamonti C. Edmonton symptom assessment scale: Italian validation in two

palliative care settings. Support Care Cancer. 2006 Jan;14(1):30-7. Epub 2005 Jun 4.

- 42) Radloff, L.S. 'The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population'. Applied Psychological Measurement. 1977, 1: 385-401.

## **6. Allegati**

### **A.1 SF36**

# **QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE SF-36 (V1) STANDARD**

*12/94  
IQOLA SF-36 Italian Version 1.6*

## QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE SF-36

Data consegna                         

N° codice paziente                         

**ISTRUZIONI:** Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è:

(Indichi un numero)

|             |   |
|-------------|---|
| Eccellente  | 1 |
| Molto buona | 2 |
| Buona       | 3 |
| Passabile   | 4 |
| Scadente    | 5 |

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la Sua salute in generale?

(Indichi un numero)

|  |   |
|--|---|
| Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa | 1 |
| Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa      | 2 |
| Più o meno uguale rispetto ad un anno fa           | 3 |
| Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa      | 4 |
| Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa | 5 |

3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

(Indichi per ogni domanda il numero 1, 2, o 3)

|  | SI,<br>mi limita<br>parecchio | SI,<br>mi limita<br>parzialmente | NO,<br>non mi limita<br>per nulla |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Attività fisicamente impegnative, come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi                               | 1                             | 2                                | 3                                 |
| b. Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta | 1                             | 2                                | 3                                 |
| c. Sollevare o portare le borse della spesa  | 1                             | 2                                | 3                                 |
| d. Salire <b>qualche</b> piano di scale  | 1                             | 2                                | 3                                 |
| e. Salire <b>un</b> piano di scale   | 1                             | 2                                | 3                                 |
| f. Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi   | 1                             | 2                                | 3                                 |
| g. Camminare <b>per un chilometro</b>  | 1                             | 2                                | 3                                 |
| h. Camminare <b>per qualche centinaio di metri</b>   | 1                             | 2                                | 3                                 |
| i. Camminare <b>per circa cento metri</b>  | 1                             | 2                                | 3                                 |
| l. Fare il bagno o vestirsi da soli  | 1                             | 2                                | 3                                 |

4. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

Risponda SI o NO a ciascuna domanda

(Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

|   | SI | NO |
|---|----|----|
| a. Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività                                     | 1  | 2  |
| b. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto  | 1  | 2  |
| c. Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività                                   | 1  | 2  |
| d. Ha avuto difficoltà nell'eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica) | 1  | 2  |

5. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

Risponda SI o NO a ciascuna domanda

(Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

|   | SI | NO |
|---|----|----|
| a. Ha ridotto il <b>tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività        | 1  | 2  |
| b. Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto                             | 1  | 2  |
| c. Ha avuto un calo di <b>concentrazione</b> sul lavoro o in altre attività | 1  | 2  |

6. Nelle ultime 4 settimane, in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte?

(Indichi un numero)

|             |   |
|-------------|---|
| Per nulla   | 1 |
| Leggermente | 2 |
| Un po'      | 3 |
| Molto       | 4 |
| Moltissimo  | 5 |

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane?

(Indichi un numero)

|             |   |
|-------------|---|
| Nessuno     | 1 |
| Molto lieve | 2 |
| Lieve       | 3 |
| Moderato    | 4 |
| Forte       | 5 |
| Molto forte | 6 |

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

(Indichi un numero)

|            |   |
|------------|---|
| Per nulla  | 1 |
| Molto poco | 2 |
| Un po'     | 3 |
| Molto      | 4 |
| Moltissimo | 5 |

9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...

(Indichi un numero per ogni domanda)

|   | Sempre | Quasi sempre | Molto tempo | Una parte del tempo | Quasi mai | Mai |
|---|--------|--------------|-------------|---------------------|-----------|-----|
| a. vivace brillante?  | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| b. molto agitato?   | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| c. così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su? | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| d. calmo e sereno?  | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| e. pieno di energia?  | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| f. scoraggiato e triste?                                    | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| g. sfinito?   | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| h. felice?  | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |
| i. stanco?  | 1      | 2            | 3           | 4                   | 5         | 6   |

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

(Indichi un numero)

|                     |   |
|---------------------|---|
| Sempre              | 1 |
| Quasi sempre        | 2 |
| Una parte del tempo | 3 |
| Quasi mai           | 4 |
| Mai                 | 5 |

11. Scelga la risposta che meglio descrive quanto siano **VERE** o **FALSE** le seguenti affermazioni.

(Indichi un numero per ogni affermazione)

|   | <b>Certamente vero</b> | <b>In gran parte vero</b> | <b>Non so</b> | <b>In gran parte falso</b> | <b>Certamente falso</b> |
|---|------------------------|---------------------------|---------------|----------------------------|-------------------------|
| a. Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri | 1                      | 2                         | 3             | 4                          | 5                       |
| b. La mia salute è come quella degli altri                | 1                      | 2                         | 3             | 4                          | 5                       |
| c. Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando         | 1                      | 2                         | 3             | 4                          | 5                       |
| d. Godo di ottima salute                                  | 1                      | 2                         | 3             | 4                          | 5                       |

## A.2 Foglietto illustrativo

# Beauty Routine



Esteticastudy

L'igiene e la cura del corpo sono la chiave per la salute ed il benessere in generale. I prodotti cosmetici per mani e viso aiutano a detergere la pelle e a proteggerla dagli agenti esterni dannosi come il sole ed i climi caldi e freddi. Essi possono anche essere usati per calmare la pelle irritata e per trattarne eventuali problemi ed inestetismi. Una buona routine di bellezza per la pelle aiuta a ripristinarne l'equilibrio naturale e a mantenerla sana e luminosa.

La detersione profonda è il primo passaggio per un trattamento efficace della pelle. La detersione rimuove lo sporco, il sebo e il sudore e gli altri residui per mantenere la pelle pulita e sana. Il secondo passaggio è l'idratazione, per cui si applica un prodotto idratante dopo la detersione, anche per trattare i problemi cutanei specifici come, ad esempio, la secchezza.

#### **Perché detergere**

Il motivo fondamentale per la detersione è rimuovere lo sporco e il sudore per mantenere la pelle pulita e sana e prevenire sgradevoli odori corporei. Anche le docce ed i bagni svolgono un ruolo importante nel nostro benessere generale, aiutandoci a sentirci rinfrescati, rinvigoriti e rilassati.

#### **Perché idratare**

I prodotti idratanti per la pelle la idratano e la rigenerano, prevenendone la disidratazione. Idratare la pelle non solo aumenta il suo contenuto di acqua, ma la protegge e stimola la naturale desquamazione (il processo attraverso il quale perde le cellule morte) lasciando una piacevole sensazione di pelle liscia e morbida. I prodotti idratanti possono anche essere usati per risolvere e trattare dei problemi cutanei specifici. Per esempio, la pelle molto secca è causata dal fatto che la sua funzione di barriera risulta danneggiata. I prodotti per la pelle possono aiutare a risolvere questo problema ripristinando i lipidi mancanti e rigenerandola.

#### **Quanto detergente**

Una succosa e dolce MORA, ecco tutto il detergente di cui si ha bisogno. Il detergente, soprattutto quello di natura schiumosa, non ha bisogno di grandi quantità per essere efficace. Dovendolo frizionare con acqua, sarà in grado di agire sulla pelle di mani e viso senza tralasciare nessun punto.

#### **Quanto idratante**

Una moneta da 2 EURO. È chiaro che ogni pelle ha un diverso bisogno di idratazione, ma di base, è raccomandabile una dose media di crema idratante, per evitare di creare l'effetto lucido o pesante.

## Procedure di utilizzo prodotti forniti

### **1 Detergente**

Prima di passare il detergente, la pelle del viso e delle mani va bagnata, quindi va applicato il detergente con acqua tiepida (evitare l'acqua troppo calda) e massaggiare leggermente. Risciacquare abbondantemente e tamponare mani e viso con l'asciugamano, evitando di strofinare la pelle perché si potrebbero provocare arrossamenti.

La detersione va fatta al mattino appena ci si sveglia e la sera, prima di andare a dormire, prestando particolare attenzione a rimuovere bene tutto lo sporco accumulato durante la giornata.

Applicare sulla pelle bagnata, massaggiare fino ad ottenere la schiuma, risciacquare e asciugare delicatamente senza strofinare.

### **Formulazione**

Detergente che riduce il prurito e ammorbidisce la pelle garantendo una sensazione di comfort immediata e duratura.

Aqua, Sodium c14-16 Olefin Sulfonate, Coco-glucoside, Coco-betaine, Glycerin, Parfum (fragrance), Citric Acid, Sodium Benzoate, Potassium Sorbate, Sodium Phytate.



## 2 Idratante

Per applicare correttamente la crema su mani e viso, è importante fare dei movimenti leggeri e delicati, con un delicato massaggio fino al suo completo assorbimento, passando i polpastrelli sulla pelle o picchiettando alcune zone per stimolare la microcircolazione. Tutti i movimenti devono essere svolti dal centro verso l'esterno e dal basso verso l'alto.

L'idratazione va fatta subito dopo una corretta detersione, quindi mattina appena svegli e sera prima di andare a dormire.

Applicare la crema dopo la detersione massaggiando la pelle per favorirne l'assorbimento.

### Formulazione

Idratante arricchito con Aloe Vera e Acido Ialuronico. Texture leggera e scorrevole per assorbimento rapido non unge assicurando una piacevole sensazione di freschezza per una pelle subito più morbida.

Aqua, Ethylhexyl Palmitate, Glycerin, Cetearyl Alcohol, Caprylic/Capric Triglyceride, Glyceryl Stearate Citrate, Sorbitol, Aluminum Starch Octenylsuccinate, Glyceryl Stearate, Prunus Amygdalus Dulcis Oil, Allantoin, Aloe Barbadensis Leaf Juice, Sodium Hyaluronate, Parfum, Tocopheryl Acetate, Pentylene Glycol, Sodium PCA, Dimethicone, Propylene Glycol, Magnesium Aluminum Silicate, Sodium Citrate, Carbomer, Tetrasodium Glutamate Diacetate, Citric Acid, BHT, Ethylhexylglycerin, Sodium Benzoate, Phenoxyethanol



Esteticastudy