"Ai miei genitori, a mio fratello,

ai miei nonni"

INDICE

Abstract

Introduzione.....1

Obiettivi.....2

Materiali e Metodi.....2

Capitolo I.....4

1.1 Alopecia.....5

1.2 Mastectomia e disturbi dell'alterazione dell'immagine corporea.....9

1.3 Sessualità.....12

1.4 Fatigue cancro-correlata.....13

Capitolo II.....16

Capitolo III.....19

Conclusioni.....21

Bibliografia.....23

Ringraziamenti.....26

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il cancro al seno è la neoplasia più diagnosticata e la principale causa di morte nelle donne. Nel 2022 sono stati diagnosticati 55.700 nuovi casi.
I trattamenti farmacologici e chirurgici possono indurre disturbi dell'immagine corporea e della sessualità che si ripercuotono sulla qualità della vita delle donne in quanto vengono modificati tutti quegli elementi che sono simbolo di femminilità e maternità.

MATERIALI E METODI

Revisione narrativa della letteratura attraverso l'utilizzo della banca dati “PubMed” con parole chiave e criteri di inclusione ed esclusione, il sito del Ministero della Salute, il sito della Fondazione Umberto Veronesi, il sito della Fondazione AIRC e il sito dell'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica).

RISULTATI E DISCUSSIONE

I principali disturbi che si manifestano nella donna con tumore al seno derivano dal tipo di terapia a cui devono sottoporsi. Il disturbo dell'immagine corporea è quello più rilevante dovuto all'alopecia e alla mastectomia, seguito dalla fatigue cancro correlata e dai disturbi della sessualità.

CONCLUSIONI

Il tumore al seno è la principale causa di morte correlata a cancro nelle donne.
La mastectomia e le terapie farmacologiche chemioteapiche vanno ad alterare visibilmente l'aspetto fisico delle donne.
L'equipe multidisciplinare ha il compito di educare la paziente ad affrontare quella che poi sarà la sua nuova quotidianità, garantendo un supporto continuo con la struttura da cui è stata seguita.

INTRODUZIONE

Il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata e la causa principale di morte correlata a cancro nelle donne.

Nel 2022 sono stati diagnosticati 55.700 casi di tumore al seno, +0,5% rispetto al 2020, seguito dal colon-retto (48.100, +1,5% negli uomini e +1,6% nelle donne), polmone (43.900, +1,6% negli uomini e +3,6% nelle donne), prostata (40.500, +1,5%) e vescica (29.200, +1,7% negli uomini e +1,0% nelle donne). La mortalità per il 2021 è stimata in 12.500 decessi. La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è stimata dal report dell'88%. La probabilità di vivere ulteriori 4 anni, condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi, è indicata nel 91%.[1]

La percentuale maggiore di diagnosi di tumore al seno si ha nelle donne di età inferiore a 49 anni (41%) mentre nella fascia d'età compresa tra 50-69 anni la percentuale scende al 35% e diminuisce al 21% nelle donne di età superiore a 70 anni. Significativo è il dato relativo alla sopravvivenza a 5 anni, ad oggi riguardante il 90% circa delle pazienti, che dimostra come la mortalità per tumore al seno sia in costante diminuzione nell'ultimo decennio, grazie anche alla prevenzione e al corretto iter diagnostico-terapeutico.[2]

Il cancro del seno viene diagnosticato prevalentemente attraverso esami cosiddetti di "diagnostica per immagini", in particolare la mammografia e l'ecografia mammaria: la scelta di quale dei due esami utilizzare dipende da diversi fattori, tra i quali l'età.

Dalla fine degli anni novanta si osserva una continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (-0,8%/anno), attribuibile ad una maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce (quindi all'anticipazione diagnostica) e anche ai progressi terapeutici. Lo screening prevede, per le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, una mammografia ogni 2 anni. In alcune Regioni si sta sperimentando l'efficacia in una fascia di età più ampia, quella compresa tra i 45 e i 74 anni.[3]

A causa della pandemia dovuta al COVID-19, sono stati sospesi i programmi di screening e ciò ha comportato un ritardo nella diagnosi e nel trattamento. È per questo motivo che il numero di decessi per cancro al seno potrebbe subire un aumento dello 0,52% tra il 2020 e il 2030.[4]

Affrontare il cancro rappresenta un enorme stress per la paziente che deve prepararsi ad

affrontare problemi e scelte nuove ed impegnative. La paziente deve accettare la diagnosi, sottoporsi alle cure, comprendere la prognosi, gestire i possibili effetti collaterali, gestire una possibile ricaduta, affrontare un futuro incerto. Queste sono tutte fasi di un processo stressante che può causare instabilità psicologica e può portare alla depressione o ad altri disturbi dell'umore.[5]

I cambiamenti estetici che derivano dall'intervento chirurgico e dalle terapie possono provocare nella donna un forte impatto psicologico e sociale, si pensi all'alopecia chemioindotta e alla mastectomia.

Rilevante è la fatigue cioè una sensazione soggettiva, stressante, persistente di stanchezza o spossatezza correlata al cancro o al suo trattamento, non proporzionale all'attività eseguita, che interferisce con le abituali attività e che spesso non è alleviata dal sonno o dal riposo.[6]

OBIETTIVO

Analizzare le problematiche che si trovano a dover affrontare le pazienti affette da tumore al seno e valutare i possibili interventi che possono contribuire a migliorare il loro benessere psicologico.

MATERIALI E METODI

Revisione narrativa della letteratura incentrata su articoli ricercati in Pubmed tramite le parole chiave "Breast Cancer" AND "psychological aspect" AND "Mastectomy" AND "Body image" AND "Scalp cooling" AND "Covid-19" mediante criteri di inclusione ed esclusione.

Sono stati ottenuti 1728 risultati. Successivamente gli studi ottenuti sono stati selezionati in base alla data di pubblicazione e quindi il campo è stato ristretto agli ultimi 10 anni (dal 2013 al 2023). Gli studi sono diventati 462. Di questi, dopo la lettura dell'abstract, sono stati selezionati quelli che escludevano il trattamento farmacologico, l'ambito pediatrico, gli anziani e la popolazione maschile. Sono stati ottenuti 16 articoli. Oltre alla ricerca su PubMed, sono stati utilizzati anche il sito del Ministero della Salute, il sito della Fondazione Umberto Veronesi, il sito della Fondazione AIRC e il sito dell'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica).

Il metodo utilizzato è il PIO:

P = paziente: donne dai 18 ai 65 anni con diagnosi di tumore al seno

I = interventi infermieristici per sostenere psicologicamente la donna

O = supporto psicologico ed emotivo alla paziente per l'accettazione della malattia e dei cambiamenti dell'immagine corporea.

CAPITOLO I

Trattamento del tumore al seno e problematiche correlate

La maggior parte delle donne con un tumore del seno viene sottoposta ad un intervento chirurgico per rimuovere i tessuti malati.

Se possibile si ricorre alla chirurgia conservativa, ovvero a interventi chirurgici che mirano a "salvare" il seno, rimuovendo solo la parte in cui si trova la lesione. Questa tecnica è chiamata anche “quadrantectomia” (o ampia resezione mammaria) e consiste nell'asportazione del tessuto mammario che circoscrive la neoplasia.

Talvolta è necessario asportare più di un quadrante di seno: in questo caso si parla di mastectomia parziale o totale a seconda della quantità di tessuto prelevato nell'intervento. In molti casi oggi è possibile salvare il capezzolo e gran parte della cute con la tecnica della mastectomia conservativa del complesso di areola e capezzolo. La zona areolare viene protetta con una dose di radioterapia mirata che può essere erogata direttamente in sala operatoria o nei giorni successivi.[8]

Numerosi studi hanno dimostrato che nelle donne che hanno la possibilità di scegliere tra i due tipi di intervento, la chirurgia conservativa (seguita da radioterapia) è efficace quanto la mastectomia in termini di sopravvivenza.

La chirurgia ha un ruolo importante anche nel determinare la diffusione della malattia ai linfonodi ascellari. Asportando e poi analizzando i cosiddetti linfonodi sentinella, ovvero i primi linfonodi ascellari ai quali si può diffondere la malattia, i medici sono in grado di individuare l'eventuale presenza di cellule tumorali in tali linfonodi e definire così se sia necessario procedere alla rimozione completa o parziale di tutti i linfonodi ascellari (linfadenectomia o "svuotamento ascellare").

Sia nel caso della chirurgia conservativa che di una mastectomia, si può procedere alla ricostruzione del seno. In rari casi, se la donna deve sottoporsi a radioterapia, si tende ad aspettare la fine della terapia in quanto l'intervento può interferire con la cicatrizzazione, altrimenti si può procedere alla plastica del seno anche nel corso dell'intervento stesso.

La radioterapia adiuvante (effettuata dopo l'intervento chirurgico) viene utilizzata allo scopo di proteggere la restante ghiandola mammaria sia dal rischio di recidiva locale sia dalla comparsa di una nuova neoplasia mammaria. Il trattamento dura pochi minuti e va ripetuto in genere per cinque giorni alla settimana, fino a cinque-sei settimane di

seguito. In alcuni casi si può scegliere di somministrare le prime dosi di radioterapia già nel corso dell'intervento chirurgico.[8]

Oltre alle metodiche sopra elencate, il tumore al seno prevede una terapia con farmaci anticancro, come la chemioterapia, le terapie ormonali o i trattamenti con farmaci che vanno a colpire specifici bersagli molecolari.

La chemioterapia è utile, ma non sempre è necessaria e viene prescritta dopo una valutazione personalizzata delle caratteristiche di ogni caso.

Alcune volte, invece, può essere necessario ricorrere all'uso della chemioterapia neoadiuvante, ovvero somministrata prima dell'intervento chirurgico per ridurre la dimensione del tumore.[8]

1.1 Alopecia

Nelle pazienti sottoposte a trattamento con chemioterapia, la caduta dei capelli è una delle problematiche più importanti che si manifestano. Si stima che il 65% delle pazienti sottoposte a trattamenti chemioterapici citotossici, il 15% dei pazienti sottoposti a terapie mirate e il 25% dei pazienti sottoposti a terapie endocrine sperimenteranno la caduta dei capelli come risultato diretto dei loro regimi di trattamento.[7]

Le cellule in rapida crescita sono l'obiettivo della chemioterapia quindi la cute, i follicoli piliferi e la matrice ungueale sono i primi bersagli colpiti.

L'alopecia può avere delle conseguenze psicosociali importanti causando intensi problemi di sofferenza emotiva, personale, sociale e lavorativa. Le indagini hanno dimostrato che intorno al 40% di donne con alopecia ha avuto problemi coniugali e intorno al 63% ha affermato di avere problemi relativi alla carriera.

Per ridurre l'incidenza dell'alopecia indotta da chemioterapia per il cancro al seno, il NCCN (National Comprehensive Cancer Network) nel documento "Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)" e l'European Society for Medical Oncology (ESMO) riconoscono lo "scalp cooling" come una raccomandazione terapeutica ad seguire.

Il raffreddamento del cuoio capelluto è un approccio collaudato per ridurre l'alopecia indotta dalla chemioterapia ed è stato utilizzato con successo da migliaia di pazienti in tutto il mondo per decenni. La temperatura ridotta comporta una riduzione del flusso

sanguigno nell'area del cuoio capelluto con lo scopo di far arrivare meno chemioterapia alle cellule ciliate, pertanto, queste ultime non sono esposte alla dose completa di farmaco e quindi riescono a sopravvivere al trattamento chemioterapico e di conseguenza si osserverà una diminuzione della caduta dei capelli.[9]

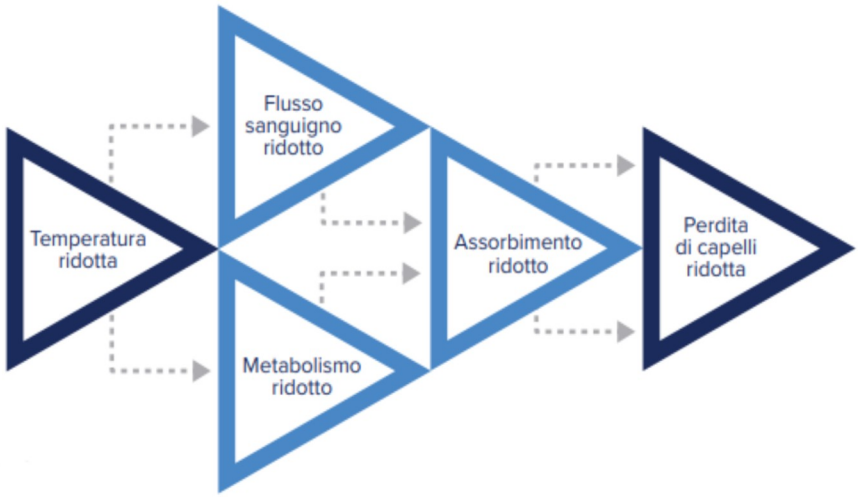

Figura 1: "meccanismi fisiologici alla base del sistema "scalp cooling"

Il raffreddamento del cuoio capelluto (Scalp cooling) è l'unica misura preventiva disponibile. La tecnologia dell'ipotermia del cuoio capelluto esiste dagli anni '70 e veniva effettuata applicando impacchi di ghiaccio. Successivamente si utilizzava aria fredda, poi impacchi di gel freddi fino ad arrivare all'uso di cuffie raffreddate elettronicamente. Lo Scalp Cooling previene l'alopecia chemioindotta attraverso due meccanismi principali: (a) il raffreddamento provoca vasocostrizione che può ridurre la perfusione cutanea al 20-40% dei livelli normali, con conseguente diminuzione del flusso sanguigno al cuoio capelluto e riduzione dell'assorbimento cellulare dei farmaci da parte dei follicoli piliferi; (b) l'ipotermia può ridurre il tasso di divisione cellulare, con conseguente diminuzione del tasso metabolico follicolare del parto e riduzione della sensibilità dei pazienti ai danni della chemioterapia. I dispositivi Scalp Cooling sono stati utilizzati per prevenire l'alopecia chemioindotta in più di 30 paesi in tutto il mondo. L'efficacia dello Scalp Cooling è stata sempre più dimostrata negli ultimi 20 anni con tassi medi di successo che variano dal 50 al 70% .

L'uso del raffreddamento del cuoio capelluto durante i cicli di chemioterapia sta

diventando un metodo per la prevenzione dell'alopecia e il suo utilizzo sta aumentando nella pratica clinica.[10]

Uno dei macchinari disponibili che servono a raggiungere questo obiettivo durante il ciclo di chemioterapia è il "DigniCap®".

Figura 2: "Dispositivo Dignicap"

Il dispositivo è costituito da un'unità di raffreddamento gestita attraverso un display attraverso il quale è possibile impostare il tempo e controllare la temperatura del cuoio capelluto durante tutto il trattamento.[11]

All'apparecchio sono collegate due cuffie in silicone per la gestione simultanea di due pazienti. Il raffreddamento avviene grazie ad un liquido refrigerante che scorre all'interno dell'unità di raffreddamento DigniCap® e richiede un tempo di raffreddamento pre-infusione di 30 minuti. Al termine dell'infusione, l'agente chemioterapico è ancora attivo nel flusso sanguigno della paziente, pertanto, il trattamento di raffreddamento del cuoio capelluto continua per un ciclo di raffreddamento post-infusione che, a seconda del farmaco e della dose, è in genere di 60-180 minuti.[11]

Per avere dei buoni risultati al trattamento, è necessario che la cuffia aderisca bene al capo della paziente e che sia delle giuste dimensioni in modo che tutta la superficie

venga in contatto con il liquido refrigerante altrimenti nelle zone di minore aderenza si osserverà una minor efficacia.
La donna viene seguita da un'equipe multidisciplinare di cui fa parte anche l'infermiere e quest'ultimo ha un ruolo importante in quanto è lui che fornisce le informazioni necessarie all'assistito e alla sua famiglia in merito alla durata della procedura, alle modalità di raffreddamento, ai risultati attesi, all'adozione di precauzioni adeguate e alla corretta preparazione della paziente.
È compito dell'infermiere verificare la corretta dimensione del casco per ogni paziente, controllare che i cavi siano ben collegati, impostare correttamente il tempo di durata del ciclo in base al tipo di farmaco.
Durante la procedura l'infermiere deve monitorare la paziente e controllare che non ci siano effetti collaterali dovuti al casco refrigerante.[12]
Al fine di identificare, risolvere e prevenire i problemi della paziente, l'infermiere è chiamato a svolgere il processo di nursing ovvero una sequenza logica di 5 fasi che prevede: accertamento infermieristico, diagnosi infermieristica, pianificazione, attuazione e valutazione.
In base al modello disfunzionale l'infermiere identifica una diagnosi infermieristica e su di essa pianifica obiettivi ed interventi.

Esempio di Pianificazione assistenziale

DIAGNOSI INFERMIERISTICA Dominio 6 Classe 3 Codice 00118 Disturbo dell'immagine corporea che si manifesta con rappresentazione mentale negativa del proprio fisico
ESITO (NOC) Immagine corporea Percezione del proprio aspetto e delle funzioni del proprio corpo INDICATORI: 120005 Soddisfazione per l'aspetto del corpo aumentare da 2 a 4 211617 Perdita di capelli aumentare da 1 a 3
INTERVENTI (NIC) Miglioramento del coping: Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni Gestione della chemioterapia: Aiutare la persona assistita a progettare azioni per mimetizzare la perdita di capelli informando sulle alternative disponibili quali parrucche, foulard e cappelli. Insegnare alla persona a lavare e pettinare i capelli delicatamente e a dormire su federe di seta per prevenire ulteriori perdite di capelli.

1.2 Mastectomia e disturbi dell'alterazione dell'immagine corporea

La mastectomia è un intervento demolitivo e può prevedere l'asportazione della sola ghiandola mammaria a cui si può associare la rimozione di cute, del complesso areola-capezzolo e dei muscoli pettorali a seconda dell'estensione o della gravità della malattia. Prima di procedere con la mastectomia possono essere necessari dei trattamenti di chemioterapia e/o di ormonoterapia che hanno lo scopo di ridurre le cellule tumorali per cercare di evitare il più possibile un intervento troppo invasivo. L'intervento di mastectomia può essere indicato se il tumore occupa una zona ampia del seno, se vi è più di una zona del seno interessata dal tumore, se il tumore si trova al centro del seno o direttamente dietro al capezzolo.[13]

L'intervento può richiedere una biopsia del linfonodo sentinella (il primo linfonodo a essere raggiunto da eventuali metastasi) o la linfoadenectomia (asportazione delle stazioni linfonodali ascellari). Non esiste un solo tipo di mastectomia ma diversi tipi a seconda dell'estensione della neoplasia, delle sue caratteristiche, del coinvolgimento dei linfonodi e delle richieste della paziente.[13]

Le complicanze fisiche che potrebbero verificarsi dopo l'intervento, possono essere:

• Dolore locale post-chirurgico: localizzato in sede d'intervento nell'immediato decorso postoperatorio che scompare dopo qualche settimana;

• Ematoma: accumulo di sangue nei tessuti attorno alla ferita che si forma nell'arco delle prime 12 ore dall'intervento;

• Sieroma: raccolta di linfa o siero nel sito dell'intervento chirurgico;

• Linfedema: gonfiore del braccio o della mano omolaterali, che consiste nell'accumulo di linfa, dovuto alla rimozione dei linfonodi ascellari. La formazione del linfedema non è sempre immediata infatti in alcuni casi può avvenire a distanza di mesi o anni.

Ruolo fondamentale dell'infermiere dopo l'intervento di mastectomia, oltre che di valutare le complicanze fisiche, dovrebbe essere quello di sostenere l'assistita dal punto di vista psicologico in tutto il percorso, prendendosi in carico anche il partner (poiché prima fonte di sostegno per la paziente) e valutando la necessità di affidarsi ad altri professionisti e a gruppi di sostegno, monitorando anche i progressi fatti nel tempo dal punto di vista dell'accettazione di sé e del suo nuovo aspetto.

Inizialmente l'infermiere dovrebbe valutare il grado di accettazione dell'assenza del seno

da parte della paziente. Una tecnica particolare di cui potrebbe usufruire, sarebbe quella della "Visione accompagnata allo specchio" cioè, in un momento di privacy, accompagna la paziente nel primo approccio con la visione di sé stessa priva del seno e con la ferita chirurgica. Questo favorirebbe nella paziente un approccio diverso con la sua nuova immagine, poiché si sente accompagnata ed informata e ciò riduce l'ansia, la paura e le altre emozioni negative che ne possono derivare.[15]

La rimozione del seno per una paziente, anche se è un'azione salvavita, può essere davvero molto difficile da accettare, in quanto esso è parte integrante del suo essere donna, del suo essere femminile e molto spesso rappresenta anche il simbolo della maternità. Nel momento in cui una donna subirà quest'intervento, andrà incontro ad un vero e proprio lutto, poiché perderà una parte fondamentale di sé e questo cambierà per sempre la sua vita.[14]

Le sensazioni che vengono maggiormente riportate dopo l'intervento sono: vergogna per il proprio aspetto, senso di incompletezza, paura per la reazione del partner, sensazione di sentirsi anormali, inutilità per il fatto di dover stare a riposo perdendo così il proprio ruolo all'interno delle dinamiche famigliari e del lavoro e paura del giudizio e dei commenti negativi delle persone esterne alla famiglia.[16]

È importante capire quanto la mastectomia possa colpire in profondità una persona cambiandole completamente la vita. L'infermiere dovrebbe tenere conto delle reazioni e dei sentimenti della paziente all'operazione e suggerirle le strategie di coping più adatte alla sua personalità e nel caso non sia possibile effettuare una ricostruzione del seno, potrebbe consigliarle l'utilizzo di protesi esterne da inserire nel reggiseno (esiste un reggiseno apposito), in modo che la donna possa riprendere la propria vita senza preoccuparsi dei giudizi altrui, risultando ordinaria ad occhi estranei.

L'infermiere può inoltre consigliare alla donna di effettuare un tatuaggio sul sito dell'intervento per coprire le cicatrici derivanti dalla mastectomia.

Gli studi scientifici riportano che nelle donne mastectomizzate ci sono stati cambiamenti molto positivi nella visione della loro immagine allo specchio dopo aver fatto il tatuaggio. Si tratta di una trasformazione importante, che permette alla donna di rendere “bello” qualcosa che prima non lo era, in quanto naturalmente ha una funzione estetica, che copre la discromia di colori dovuti alla cicatrice e attira l'attenzione altrove,

permettendo inoltre, alla donna di emanciparsi dalla malattia e di riprendere il controllo in questa parte del corpo.[17]

Fig.3 Esempio di tatuaggio artistico per coprire le cicatrici della mastectomia

Esempio di Pianificazione Assistenziale

DIAGNOSI INFERMIERISTICA Dominio 6 Classe 3 Codice 00118 Disturbo dell'immagine corporea che si manifesta con rappresentazione mentale negativa del proprio fisico
ESITO (NOC) Immagine corporea Percezione del proprio aspetto e delle funzioni del proprio corpo INDICATORI: 120005 Soddisfazione per l'aspetto del corpo aumentare da 2 a 4 120014 Adattamento ai cambiamenti corporei dovuti ad intervento chirurgico aumentare da 1 a 4
INTERVENTI (NIC) Miglioramento del coping Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni Incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure.

1.3 La sessualità

È un argomento che viene poco affrontato sia dalla letteratura che all'interno degli ospedali ma costituisce un grande problema per la donna e per la famiglia.
La mastectomia e le cure farmacologiche influiranno pesantemente nella vita sessuale di chi le subisce, poiché ciò che prima era un simbolo di bellezza e femminilità, è divenuto una cicatrice, spesso antiestetica da vedere. Questo comporterà difficoltà di vario genere, sia nell'amore verso sé stessi che in quello verso il partner.
L'assistita molto probabilmente, potrà andare incontro ad un senso di mutilazione e di minor integrità fisica, nonché ad un abbassamento dell'autostima e diminuzione del desiderio sessuale, sentimenti che la porteranno ad avere più riguardi, preoccupazioni ed imbarazzo nell'atto sessuale. Questo tralasciando tutte le conseguenze correlate alla chemioterapia, come la perdita dei capelli, l'aumento di peso e la secchezza vaginale, che oltre a pesare su un'immagine corporea, concorrono a rendere più difficoltoso il rapporto sessuale in sé.[18]
Sia le donne con cancro al seno che i loro partner devono far fronte ai cambiamenti fisici, psicologici e sociali dovuti al cancro al seno.

Una comunicazione efficace tra la paziente, partner e professionisti come ad esempio l'infermiere sembra svolgere un ruolo essenziale nel processo di coping. È probabile che una comunicazione aperta e costruttiva invece di una comunicazione sotto pressione e ritirata sia utile a prevenire i problemi sessuali.

Le difficoltà psicofisiche che le donne devono affrontare possono mettere in crisi il nucleo familiare di appartenenza costringendo a ridisegnare i ruoli dei suoi membri alla ricerca di un nuovo equilibrio. La non accettazione o il distacco emotivo del marito possono creare un senso di abbandono più di quanto possa avvenire da altre fonti di vita sociale. Relazioni col partner soddisfacenti e con un buon livello di intimità possono invece fungere da tampone psicologico. [22] L'essere donne sposate sembra un fattore protettivo del disagio emotivo: le donne percepiscono una minore paura dell'abbandono in caso di malattia.

La giovane età è un fattore predittivo di rischio di insoddisfazione sessuale e insorgenza di numerosi e persistenti disturbi sessuali. Un'analisi più approfondita rivela risultati

sfavorevoli per le donne sottoposte a mastectomia radicale e terapia adiuvante. Anche la depressione, l'ansia, la perdita di autostima, lo shock da diagnosi della malattia e la paura della morte sono fattori che condizionano negativamente la sfera sessuale.[19]

L'infermiere che lavora in equipe con altri professionisti svolgono un ruolo importante nella comunicazione sull'intimità e sulla sessualità. La ricerca mostra che riconoscere i cambiamenti sessuali, fornendo al contempo informazioni sulla salute e interventi di supporto, è significativo per le pazienti.[20]

Esempio di Pianificazione Assistenziale

DIAGNOSI INFERMIERISTICA Dominio 8 Classe 2 Codice 00065 Modello di sessualità inefficace che si manifesta con espressione di preoccupazione riguardo la propria sessualità
ESITO (NOC) Adattamento psicosociale: cambiamenti della vita Risposta psicosociale adattiva di un individuo ad una situazione significativa della vita INDICATORI: 130525 Afferma di sentirsi a proprio agio nell'ambiente fisico aumentare da 2 a 4 130526 Esprime soddisfazione per le proprie prestazioni di ruolo aumentare da 2 a 4
INTERVENTI (NIC) Miglioramento del coping Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni Incoraggiare l'espressione verbale di sentimenti, percezioni e paure.

1.4 Fatigue cancro correlata

Si definisce fatigue-cancro correlata (CRF) la presenza di una sensazione soggettiva, stressante, persistente di stanchezza o spossatezza correlata al cancro o al suo trattamento, non proporzionale all'attività eseguita, che interferisce con le abituali attività e che spesso non è alleviata dal sonno o dal riposo.[21]

La fatigue è uno dei sintomi più debilitanti del cancro e delle terapie usate per combatterlo. È una forma di stanchezza estrema e persistente che rende difficile svolgere le più semplici attività quotidiane. Alcuni pazienti, con un periodo di adeguato riposo, riescono a recuperare le energie (in tal caso si parla di fatigue acuta). Altri non riescono a recuperare le energie neppure dopo un periodo di riposo (in questo caso si parla di fatigue cronica).

Spesso la fatigue diventa più intensa durante la somministrazione dei farmaci oppure subito dopo. La sensazione può essere particolarmente intensa nelle 36-48 ore che seguono la seduta di chemioterapia. Di solito la stanchezza scompare gradualmente alla conclusione del trattamento, ma alcuni pazienti continuano a sentirsi stanchi anche a distanza di molti mesi. Quando la fatigue entra nella vita di una persona, svolgere ogni attività può diventare un'impresa. I pazienti riferiscono di avere difficoltà a compiere le più comuni attività quotidiane (persino fare una doccia o pettinarsi), di sentirsi completamente svuotati di ogni energia, di avere difficoltà a concentrarsi e a prestare attenzione, a parlare e a prendere decisioni, di non riuscire a ricordare le cose, di sentirsi la testa vuota, di soffrire di disturbi del sonno; di essere estremamente emotivi.

A tal proposito, il National Comprehensive Cancer Network Guidelines (NCCN) e le recenti linee guida dell'European Society for Medical Oncology (ESMO), raccomandano come prima opzione di trattamento della fatigue cancro-correlata interventi non farmacologici. Nello specifico, gli interventi non farmacologici possono essere categorizzati nelle seguenti macro-categorie: attività fisica, interventi psicosociali, terapie complementari integrative e terapia fisica, terapia del sonno, terapia della luce e interventi di promozione dell'autogestione (ossia, self-care management) attraverso l'utilizzo dei sistemi di telemedicina.

La fatigue cancro-correlata è uno degli effetti avversi più comuni legati alla malattia oncologica e ai trattamenti disease-oriented, che colpisce circa il 65% dei pazienti con cancro. L'incidenza di tale sintomatologia può variare in relazione alla tipologia di neoplasia e aumenta in modo significativo durante iltrattamento antiblastico o radioterapico.

La fatigue-cancro correlata risulta essere un sintomo che nel 25-30% dei casi persiste fino a cinque anni dopo il completamento del trattamento e in alcuni casi anche per periodi più lunghi.

Diversi studi in letteratura hanno inoltre dimostrato come la fatigue è un sintomo fortemente associato e determinante la qualità di vita, nonché predittivo della sopravvivenza e dell'aderenza terapeutica.[21]

Sono state stilate delle Linee Guida indirizzate agli infermieri che lavorano in ambito clinico (quindi che fornisco assistenza diretta ai pazienti), di ricerca e/o in ambito organizzativo responsabili dunque della creazione di condizioni di lavoro che favoriscono l'utilizzo delle raccomandazioni scientifiche, nonché di progettare futuri lavori scientifici volti a rafforzare le evidenze a supporto dell'efficacia degli interventi non farmacologici.

L'infermiere potrà consigliare alla paziente di effettuare dell'esercizio fisico per alleviare i sintomi e concentrarsi in altre attività che avvengono fuori dall'ambiente domestico in modo da alleggerire anche la mente. Si consiglierà di ricercare Associazioni di Volontariato che coinvolgono donne con la stessa problematica per poter fare nuove conoscenze e condividere la propria esperienza con altre persone che si trovano nella stessa situazione.

Esempio di Pianificazione Assistenziale

DIAGNOSI INFERMIERISTICA Dominio 3 Classe 3 Codice 00093 Fatigue correlata a fattori di stress, dolore, ansia e sintomi depressivi che si manifesta con grande ed opprimente senso di esaurimento e diminuita capacità di svolgere un lavoro fisico o mentale al livello consueto
ESITO (NOC) Fatigue: livello Codice 0007 Gravità della prolungata e generalizzata presenza di fatigue osservata o riferita INDICATORI: 000703 Umore depresso aumentare da 2 a 4 000714 livello di stress aumentare da 2 a 4
INTERVENTI (NIC) 0180 Gestione dell'energia: Educare la persona assistita sulla fatigue, sui suoi sintomi più comuni e le possibili ricadute Educare la persona assistita sugli interventi per gestire lo stress e ridurre la fatigue

CAPITOLO II

L'infermiere: i principi e valori professionali

L'Art.3 del codice deontologico delle professioni infermieristiche cita: "L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare."

L'Art. 4 "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura."

L'infermiere è una figura a cui facilmente i pazienti si rivolgono, di fronte alle difficoltà incontrate nel percorso terapeutico. Rappresenta il primo operatore con cui il paziente viene a contatto, il più presente e il più facilmente accessibile. I pazienti si sentono dunque meno minacciati a parlare con gli infermieri, dei loro problemi fisici, emotivi e sociali, piuttosto che affrontare l'argomento con altri specialisti. Si è notato inoltre che il colloquio con la figura infermieristica si correla a una migliore reazione in termini di empowerment e cura di sé.[21]

Non è raro che i malati omettano di comunicare determinati problemi ai clinici, perché ritenuti poco importanti o per non occupare troppo tempo al medico, per poi chiedere consiglio all'infermiere, il quale attraverso l'ascolto e la raccolta di ulteriori dati, agisce o collabora per ovviare alle necessità esposte. Il rapporto di fiducia che si instaura e le conoscenze in materia di malattia, trattamenti terapeutici e effetti collaterali, lo individuano dunque come un ottimo candidato per l'esecuzione del counselling con la persona assistita. Nel percorso terapeutico, per il paziente, è importante conoscere i luoghi e le persone che collaboreranno nel processo; l'esecuzione pertanto di un colloquio prima dell'inizio della terapia, contribuisce all'amplificazione delle conoscenze dell'assistito riguardo le cure ed offre l'opportunità di esporre eventuali

domande o particolari esigenze, come ad esempio l'esecuzione della terapia in base agli orari di lavoro, o la scelta di accesso venoso piuttosto che un altro. Questo viene eseguito dall'infermiere sfruttando le proprie capacità individuali, senza cioè aver ricevuto una formazione specifica, durante il percorso di laurea, in ambito psicologico. Durante gli studi, al contrario, il messaggio che si tenta di trasmettere è quello di mantenere un certo distacco, quando invece la qualità delle cure è stata correlata proprio ad un atteggiamento empatico.[23]

Le competenze empatiche non sono innate e possono essere acquisite. Le necessità che si manifestano nei diversi assistiti variano in relazione a diversi fattori: l'età, il sesso, la professione svolta, lo stato della malattia e quindi il percorso terapeutico che la persona sta affrontando. Si è notato che i pazienti che stanno eseguendo la chemioterapia in regime ambulatoriale, presentano necessità più legate all'informazione. I quesiti che emergono più frequentemente riguardano come gestire gli effetti collaterali a casa da soli, come interpretare gli esami eseguiti e come ricevere un colloquio informativo completo. Chi affronta invece un percorso terapeutico in regime di ricovero, sviluppa necessità di assistenza infermieristica fisica e psicologica. Per l'assistenza fisica, la domanda si incentra sulla gestione del dolore, della fatigue e l'esecuzione delle attività compromesse dall'inabilità, mentre le esigenze psicologiche richiedono le competenze infermieristiche per la gestione dell'ansia, dello stress, della depressione e l'incertezza che viene sperimentata anche dai familiari del malato. La promozione e cura del benessere psicofisico della persona, rientra tra gli obiettivi dell'infermiere, ma purtroppo molti di questi bisogni non vengono rilevati e opportunamente trattati. A tale proposito l'Associazione Italiana di Oncologia Medica ha emanato le prime linee guida italiane per il supporto psicosociale del malato, i cui principali obiettivi comprendono l'individuazione e il trattamento degli effetti che la malattia e il percorso terapeutico e assistenziale hanno sullo stato emotivo della persona e la gestione dei sintomi.[24]

Nello specifico, si individua una linea guida totalmente di pertinenza infermieristica, incentrata sull'informazione dei pazienti e dei familiari. Nonostante la corretta informazione sia stata individuata come una delle principali esigenze del malato oncologico, rimane ancora una necessità inesaudita, principalmente per carenza di

strumenti, materiale e risorse dedicate al processo educativo. L'informazione adeguata è invece un elemento fondamentale, in quanto ha potere sul senso di controllo e sulla capacità di prendere decisioni consapevoli. In questo campo, il ruolo dell'infermiere, è stato individuato dai malati stessi come quello preferenziale, soprattutto nell' affronto degli aspetti della vita quotidiana, come ad esempio i sintomi, gli effetti collaterali o le questioni familiari. Particolarmente efficace è l'infermiere di riferimento, ovvero quella figura che prende in carico il paziente sin dall'inizio del percorso terapeutico, anche ai fini di garantire la giusta informazione. Esso diviene un punto cardine per tutti gli aspetti non medici e per il coping del paziente di fronte alla nuova condizione. All'atto pratico, il lavoro dell'infermiere in questo senso, ha avuto risvolti positivi su determinanti della salute quali ansia e primi sintomi di depressione, oltre che sulla fatigue: principali condizioni che interferisce con il benessere del paziente oncologico.[25]

CAPITOLO III

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Negli ultimi anni gli enti e gli organismi operanti a livello internazionale, comunitario e nazionale, hanno adottato molteplici provvedimenti (linee, guida, protocolli, raccomandazioni) in tema di prevenzione e cura nel tumore del seno, al fine di assicurare alle pazienti la migliore strategia diagnostico-terapeutica nell'ambito di uno specifico percorso assistenziale. Evidenze scientifiche dimostrano infatti che un approccio multidisciplinare aumenta le probabilità di sopravvivenza e la qualità della vita della paziente affetta da carcinoma della mammella attraverso l'attivazione di percorsi dedicati che la prendano in carico totalmente dalla fase diagnostica, alla fase terapeutica e riabilitativa ed è per tale motivo che il Parlamento Europeo ha impegnato gli Stati membri ad assicurare entro il 2016, sul proprio territorio nazionale, la costituzione di centri multidisciplinari e specializzati di senologia, o Breast Unit certificate e rispondenti a precisi standard e requisiti individuati qualitativi.

La creazione di una rete di centri di senologia/Breast Unit specializzati è in grado di intercettare sia i casi provenienti dai programmi organizzati di screening sia i casi clinici in donne sintomatiche e mediante percorsi diagnostico-terapeutici dedicati alla diagnosi dei tumori della mammella fornisce le risposte più adeguate. Il modello delle Breast Unit mediante team multidisciplinari che mettono a disposizione le proprie competenze e tecnologie specifiche è la premessa necessaria per poter gestire in modo uniforme le patologie mammarie. Le strutture devono garantire caratteristiche strutturali ed organizzative che rispettino standard qualitativi minimi nell'assistenza. Nella Breast Unit si situa anche il centro di riabilitazione e recupero funzionale e di counselling psicologico, integrandosi con le strutture territoriali quali gli Hospice e l'assistenza domiciliare. Gli stessi garantiscono la mappatura e gestione del rischio genetico familiare, della terapia chirurgica, della chemioterapia, della radioterapica oncologica e palliativa. Infine sono sottoposti a monitoraggi continui.

Nella Regione Marche, il programma di screening mammografico si è avviato dal 2000 mediante una prima delibera, la DGR n.115/2000. Il programma di screening mammario

si è quindi consolidato con le successive deliberazioni in particolare con la DGR n.1906/08.

Come da raccomandazioni ministeriali il programma regionale di screening mammografico è rivolto a tutte le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, giudicate maggiormente a rischio di insorgenza di tumori al seno e prevede:

• informazione e invito attivo alla popolazione bersaglio con una lettera di invito personalizzata;

• effettuazione e lettura della mammografia di screening;

• esecuzione degli approfondimenti diagnostici a tutte le donne con mammografia dubbia, sospetta o positiva;

• esecuzione dei trattamenti necessari per la donna positiva agli approfondimenti, con inserimento in un percorso di trattamento e di follow-up.

I Centri di Senologia rappresentano un modello di assistenza specialistica nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario, dove la gestione del percorso della paziente è affidata ad un gruppo multidisciplinare composto da professionisti con esperienza specifica.

Il centro di senologia deve garantire che un numero adeguato di professionisti dedichino una rilevante parte della loro attività alle attività del Centro. In particolare va garantita la presenza di: radiologo, chirurgo oncologico/oncoplastico, anatomo-patologo, oncologo medico, radioterapista, infermiere con specifiche competenze, tecnico di radiologia, data-manager per l'analisi dei dati, chirurgo plastico, psico-oncologo, oncogenetista, fisiatra, fisioterapista, medico nucleare.[26]

CONCLUSIONI

Il tumore al seno è la causa principale di morte correlata a cancro nelle donne.
Nel percorso terapeutico oncologico, emergono aspetti sottovalutati che influiscono negativamente sulla qualità della vita della persona assistita. Difficoltà nella comunicazione, disinformazione e poca fiducia nei professionisti, inducono il paziente a non comunicare tutti i disturbi percepiti. In conseguenza a ciò molte necessità non vengono opportunamente trattate, interferendo con la salute psicologica dell'assistito.
Ansia, disfunzioni sessuali, disturbi dell'immagine corporea, sono alcune delle difficoltà rilevate, le quali hanno un effetto non solo sulla salute fisica e psicologica della persona, ma anche nell'inserimento sociale. L'infermiere può essere considerato la figura più opportuna per la raccolta di informazioni e necessità della persona assistita, come anche per l'esecuzione del counselling.
La letteratura analizzata risulta essere in accordo con il fatto che la mastectomia e le terapie farmacologiche vanno ad alterare visibilmente l'aspetto fisico delle donne in quanto l'immagine corporea e la sessualità risultano pesantemente ferite.
Le problematiche riferite dalle pazienti con maggiore frequenza, rilevate dagli studi sono: perdita del senso di femminilità, riduzione dell'attrattiva sessuale, perdita di autostima.
La maggior parte della letteratura inerente all'argomento si limita a trattare solamente le problematiche fisiche derivanti dall'intervento chirurgico di mastectomia, concentrandosi quindi sui trattamenti convenzionali (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) e tende a tralasciare tutti i risvolti psicologici e sociali che emergono nel post-intervento.
Gli interventi sono da attuarsi tra più professionisti nel periodo che precede e che segue l'operazione, in più, la paziente va educata e rassicurata per affrontare quella che poi sarà la sua nuova quotidianità, garantendo un supporto continuo con la struttura da cui è stata seguita.
La futura ricerca infermieristica potrebbe approfondire gli argomenti trattati in questo elaborato e determinare se gli interventi trovati in letteratura possano avere un riscontro positivo nella realtà, apportando quindi un beneficio alle donne operate migliorando

l'immagine corporea, il benessere psicosociale, l'autostima, la sessualità e la qualità di vita in generale della donna mastectomizzata.

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.iss.it/-/tumori-nel-2022-in-italia-stimati-390.700-nuovi-casi-circa-14-mila-in-pi%C3%B9-in-2-anni
2. https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-del-seno, 2021
3. https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?lingua=italiano&id=5542&area=tumori&menu=screening#:~:text=Lo%20screening%20prevede%2C%20per%20le,i%2045%20e%20i%2074%20anni.
4. Breast Screening Working Group (WG2) of the Covid-19 and Cancer Global Modelling Consortium; Figueroa JD, Gray E, Pashayan N, Deandrea S, Karch A, Vale DB, Elder K, Procopio P, van Ravesteyn NT, Mutabi M, Canfell K, Nickson C. The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. Prev Med. 2021 Oct;151:106585. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106585. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34217412; PMCID: PMC8241687.
5. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. Curr Oncol Rep. 2021 Mar 11;23(3):38. doi: 10.1007/s11912-021-01049-3. PMID: 33709235; PMCID: PMC7952347.
6. https://snlg.iss.it/?cat=6
7. Rose, L., Lustberg, M., Ruddy, KJ et al. Perdita di capelli durante e dopo la terapia del cancro al seno. Support Care Cancer 31 , 186 (2023).
8. https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-del-seno
9. Silva GB, Ciccolini K, Donati A, Hurk CVD. Scalp cooling to prevent chemotherapy-induced alopecia. An Bras Dermatol. 2020 Sep-Oct;95(5):631-637. doi: 10.1016/j.abd.2020.03.005. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32622629; PMCID: PMC7563013.
10. Wang, S., Yang, T., Shen, A. et al. La terapia di raffreddamento del cuoio capelluto per la caduta dei capelli nei pazienti con carcinoma mammario sottoposti a chemioterapia: una revisione sistematica e una meta-analisi.Support

Care Cancer 29, 6943–6956 (2021).

11. https://dignicap.com/it/
12. Peterson LL, Lustberg M, Tolaney SM, Ross M, Salehi E, Isakoff SJ. Integration of Physician and Nursing Professional Efforts to Deliver Supportive Scalp Cooling Care to Oncology Patients at Risk for Alopecia. Oncol Ther. 2020 Dec;8(2):325-332. doi: 10.1007/s40487-020-00120-6. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32700046; PMCID: PMC7683634.
13. Brunner, Suddarth; Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever - Infermieristica medico-chirurgica, 2017
14. Sema Koçan e Ayla Gürsoy, (2016) «Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research», The Journal of Breast Health 12, n. 4: 145–50,
15. Wyona M. Freysteinson et al.,(2015) «The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience», Nursing Forum 50, n. 4: 252–57
16. Koçan S, Gürsoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. J Breast Health. 2016 Oct 1;12(4):145-150. doi: 10.5152/tjbh.2016.2913. PMID: 28331752; PMCID: PMC5351438
17. N. Kluger, (2016) «[Decorative tattooing after mastectomy for breast cancer: An uprising coping strategy]», Annales De Chirurgie Plastique Et Esthetique 61, n. 6: 868–71,
18. Türk KE, Yılmaz M. The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. Eur J Breast Health. 2018 Oct 1;14(4):205-210. doi: 10.5152/ejbh.2018.3875. PMID: 30288494; PMCID: PMC6170016.
19. Andrzejczak E, Markocka-Mączka K, Lewandowski A. Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. Psychooncology. 2013
20. Den Ouden, MEM, Pelgrum-Keurhorst, MN, Uitdehaag, MJ et al. Intimità e sessualità nelle donne con carcinoma mammario: è necessaria una guida professionale. Cancro al seno 26, 326–332 (2019).

https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-

21. https://snlg.iss.it/wpcontent/uploads/2023/02/LG583_AIIAO_AIOM_SIPO_SIMG_Fatigue-cancro-correlata
22. Marilia Aparecida Carvalho Leite, Denismar Alves Nogueira and Fábio de Souza Terra, "Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment", 2015
23. G. Greco, "I nuovi bisogni del paziente oncologico e la sua qualità della vita", atti del convegno, Roma, 2018
24. Associazione Italiana di Oncologia Medica "Linee guida Assistenza Psico-sociale dei Malati Oncologici", 2018
25. T. Mawardika, Y. Afiyanti, H. Rahmah, "Gynecological cancer inpatients need more supportive nursing care than outpatients: a comparative study", 2017
26. PDTA Regione Marche sul tumore al seno, Delibera 459 del 2016

RINGRAZIAMENTI