



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica

**Gestione assistenziale alla paziente
mastectomizzata con conseguenti disturbi
dell'immagine corporea: ruolo e
competenze dell'infermiere.**

Relatrice: Chiar.ma
**Prof.ssa Alfia Amalia
Lizzi**

Tesi di Laurea di:
Sofia Foscolo

A.A. 2019/2020

*A mio cugino Marco,
che ha illuminato la mia strada con il suo ricordo.
Non ti dimenticherò mai.*

INDICE

INTRODUZIONE	pag.1
CAPITOLO 1	
1.1 La neoplasia.....	pag.3
1.2 Tumori benigni e maligni.....	pag.4
1.3 Stadiazione TNM.....	pag.4
1.4 Il carcinoma mammario.....	pag.5
1.5 Fattori di rischio.....	pag.6
1.6 Segni e sintomi.....	pag.7
1.7 Esami di screening.....	pag.8
1.8 La mastectomia.....	pag.9
1.9 Chemioterapia e radioterapia.....	pag.10
CAPITOLO 2	
2.1 Ruolo dell'infermiere.....	pag.13
2.2 Piano assistenziale.....	pag.14
CAPITOLO 3	
3.1 Immagine corporea.....	pag.19
3.2 Rapporto con sé stessa.....	pag.21
3.3 Rapporto con la sessualità.....	pag.22
DISCUSSIONI	pag.26
CONCLUSIONI	pag.28
BLOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag.31

INTRODUZIONE

Questo elaborato nasce da un interesse personale verso la tematica riguardante le donne che soffrono o hanno sofferto di tumore al seno, sottoposte a mastectomia, poiché è una tipologia di pazienti con cui mi sono dovuta confrontare durante il mio percorso formativo, professionale e personale, che nel periodo successivo all'intervento mostravano preoccupazione per l'aspetto che avrebbe avuto il loro corpo dopo l'asportazione del seno e per come i propri partner e le persone che le circondano avrebbero vissuto tali cambiamenti. Queste esperienze, oltre ad avermi trasmesso molto, hanno permesso di interrogarmi e di riflettere sull'importanza particolare che assumono il corpo e l'immagine di sé nel carcinoma mammario, sia per la sofferenza determinata dalla malattia, sia perché divengono metafore di vissuti e aspettative. Credo, infatti, che sia impensabile, oggi, affrontare il tema del tumore al seno, inteso come malattia, senza interrogarsi sul significato dell'immagine corporea e su ciò che il seno rappresenta in questo contesto per una donna. Il carcinoma mammario è il più comune nella popolazione femminile mondiale (WHO, s.d.), per questo motivo nella mia futura pratica professionale, potrei occuparmi di questa tipologia di utenza anche al di fuori dall'ambito oncologico. Ho già incontrato donne con tumore al seno, o che lo hanno avuto, nei reparti di medicina o di chirurgia. In queste occasioni, questo interesse mi ha portato ad essere incuriosita per quanto riguarda le modifiche subite dal corpo dopo gli interventi chirurgici. Infatti, questo tipo di trattamento, non si limita ad alterare la sfera biologica della persona, ma va a interessare anche la sfera psicologica in termini di perdita di femminilità, e quella sociale con fenomeni di isolamento. La mastectomia crea cambiamenti fisici alla persona difficili da accettare, la donna guardandosi allo specchio rievoca continuamente i pensieri della malattia e del suo disagio nell'accettazione della stessa. Questo obbliga la paziente a superare la fase di negoziazione della malattia mettendola in difficoltà, perché costretta a rielaborare la sua immagine corporea, oltre che a convivere con molte paure, stati d'animo e proiezione nel futuro che diventa qualcosa di incerto. A livello professionale troviamo importante trattare l'immagine corporea e la sessualità dopo l'intervento chirurgico al seno, anche perché come dimostrato dalla letteratura sono argomenti affrontati con difficoltà da parte dei professionisti. In questo elaborato di tesi, si intende quindi approfondire la tematica del tumore al seno, focalizzandosi anche sul ruolo infermieristico, sia dal punto di vista assistenziale, sia nella

presa a carico dei disturbi dell'immagine corporea nelle donne sottoposte a intervento chirurgico. Si è dunque scelto di ricercare gli interventi che permettono di migliorare la qualità di vita di questa tipologia di pazienti, considerandone le specificità e le particolarità individuali, in modo da considerare gli interventi in merito ai disturbi dell'immagine corporea e al ruolo che assume l'infermiere nella presa in carico della donna nell'assistenza e nell'aiuto psicologico che apporta aiutandola in questo percorso.

CAPITOLO 1

1.1 LA NEOPLASIA

Dal punto di vista etimologico, la parola neoplasia significa, semplicemente: “neoformazione” la quale deriva dal greco *nèos*, «nuovo» e *plásis*, «formazione», o tumore dal latino *tumor*, «rigonfiamento» (Gardini, 2018), ed indica, in patologia una massa di tessuto che cresce in eccesso ed in modo scoordinato rispetto ai tessuti normali, e che persiste in questo stato dopo la cessazione degli stimoli che hanno indotto il processo (Gardini, 2018). Consideriamo, infatti, che nell’organismo umano ci sono miliardi di cellule che a ciclo continuo nascono, maturano e muoiono seguendo uno schema ordinato. Ciascuna cellula, in base al tessuto di cui fa parte, si sviluppa secondo quelle caratteristiche. Le cellule neoplastiche, invece, si sviluppano e si moltiplicano in modo divergente rispetto alle altre cellule di quell’area del corpo, e in modo disordinato, creando un elemento “nuovo” inutile o dannoso per il corpo (Perria, 2019). La crescita incontrollata e scoordinata di un gruppo di cellule, a scapito dell'omeostasi tissutale, è determinata da alterazioni del loro proprio patrimonio genetico, ed è alla base di una vasta classe di malattie, classificata in base a diverse caratteristiche, ma principalmente in tre modi:

- Secondo il tipo istologico originario delle cellule proliferanti;
- Secondo l'aggressività e il decorso clinico previsto: in tumori benigni (non cancerosi) e tumori maligni (cancerosi, o cancro);
- Secondo la stadiazione tumorale, o classificazione TNM, per quanto riguarda i tumori maligni.

Tantissime neoplasie sono innocue e non hanno quindi alcun significato patologico; al più possono averlo sotto il profilo estetico se sono visibili. Ma è molto importante saperle riconoscere e individuare per tempo, in modo da intervenire precocemente qualora si trattasse, effettivamente, di neoformazioni tumorali a rischio (Perria, 2019). Nei paesi sviluppati il cancro è una delle prime cause di morte. Le neoplasie rappresentano, dopo le patologie cardiovascolari, la principale causa di morte nel mondo (dati OMS). Nel 2008 sono stati diagnosticati circa 12,7 milioni di tumori maligni e 7,6 milioni di persone sono morte di cancro in tutto il mondo. Tutte le neoplasie sono la causa del 13% di tutte le morti annuali, con i più comuni che sono: cancro del polmone (1,4 milioni di morti), cancro allo stomaco (740.000 morti), cancro al fegato (700.000 morti), del colon-retto

(610.000 morti) e il cancro alla mammella (460.000 decessi). Questi dati fanno sì che le neoplasie invasive siano la principale causa di morte nel mondo sviluppato e la seconda causa di morte nei paesi in via di sviluppo.

1.2 TUMORI BENIGNI E MALIGNI

I tumori benigni sono riconoscibili per una crescita lenta ma progressiva, senza invasione dei tessuti vicini né diffusione a distanza, sono quindi poco aggressivi e in genere non mettono in pericolo la vita dell'individuo (es. polipi, cisti) (Gale, 2018). I tumori maligni invece, sono caratterizzati da crescita rapida, dalla capacità di invadere i tessuti circostanti e di disseminarsi a distanza; sono perciò molto aggressivi e possono determinare la morte se non curati in tempo (es. cancro, sarcoma) (Gale, 2018). Questa distinzione rimane comunque schematica e clinica, esistono infatti molte forme intermedie e ogni tumore nel tempo può esprimere nuove caratteristiche che modificano la propria aggressività. Una neoplasia benigna è una proliferazione non conforme di cellule, ma è localizzata e pertanto non mette in pericolo la salute generale. Non sempre una neoplasia benigna è del tutto innocua, perché quando raggiunge dimensioni considerevoli può creare squilibri o disfunzioni nell'organo o negli organi in cui cresce, andando a premere contro ghiandole, nervi o strutture contigue e producendo danni (Perria, 2019). Per questo, spesso, è comunque necessario rimuoverle. Altro motivo per cui è preferibile asportare una neoformazione benigna, è che esiste la possibilità che la proliferazione cellulare degeneri in maligna. La caratteristica principale delle cellule neoplastiche benigne è quella di moltiplicarsi più lentamente rispetto a quelle maligne, e soprattutto di non andare ad invadere tutto l'organo o creare metastasi a distanza, come fanno le cellule cancerose nelle neoplasie maligne (Perria, 2019).

1.3 STADIAZIONE TNM

La stadiazione è un modo per descrivere in maniera schematica quanto è grande un tumore e quanto si è esteso rispetto alla sede originale di sviluppo (AIRC, 2020). La stadiazione definisce in quale fase di questo processo si trova il tumore, ed è quindi un aspetto fondamentale della diagnosi, poiché da queste caratteristiche può dipendere la prognosi della malattia e il tipo di trattamento più appropriato da adottare. Al di là delle differenze e specificità, quasi tutti i sistemi di stadiazione rilevano (AIRC, 2020):

- Le dimensioni del tumore primitivo;
- Il coinvolgimento dei linfonodi;
- La presenza (e il numero) di metastasi, cioè di cellule tumorali migrate tramite il sangue dalla sede primaria in altri organi.

Dalla combinazione di questi elementi si può ricavare una descrizione molto dettagliata del tumore e della sua estensione. Nella cartella clinica, la stadiazione di un tumore assume l'aspetto di una sigla composta il più delle volte da lettere e numeri (Fellei, 2017). Il metodo più comune di stadiazione è il cosiddetto sistema "TNM", acronimo inglese che sta per "Tumour, Node, Metastasis". A ciascuna delle lettere che compongono l'acronimo viene associato un numero, ovvero:

- Con lettera T ci si riferisce alla dimensione del tumore primario: la scala va da 1, che identifica i tumori più piccoli, a 4 per quelli più grandi;
- Con la lettera N, che indica se il cancro si è esteso ai linfonodi, può essere seguita da un numero che va da 0 (nessun linfonodo coinvolto) a 3 (molti linfonodi coinvolti);
- Con la M, che sta per metastasi, può avere valore 0 (se il tumore è rimasto circoscritto alla sua sede primaria) o 1 (quando il tumore si è diffuso ad altre parti del corpo).

Un sistema articolato ma semplice, quindi, che può in alcuni casi essere ulteriormente arricchito con l'aggiunta di lettere che integrano il valore numerico. Il sistema TNM non è l'unico a essere impiegato nella stadiazione del cancro. Ne esistono molti altri che, però, in genere vengono utilizzati soltanto per specifici tumori.

1.4 IL CARCINOMA MAMMARIO

Attualmente il cancro è una delle principali cause di morte e morbidità al mondo, infatti si calcola che nel 2015 ha causato 8.8 milioni di morti (WHO, s.d.). Nella popolazione femminile la neoplasia più frequente è quella al seno (carcinoma mammario), che colpisce più di 1.5 milioni di donne ogni anno al mondo. Nel 2015 ha provocato 270000 morti, ovvero circa il 15% dei decessi femminili (WHO, s.d.). Inoltre si registra un numero sempre crescente di nuovi casi dovuto all'invecchiamento della popolazione, infatti tra il 2008 e il 2012 si sono calcolati circa 4000 nuovi casi in più all'anno rispetto al quinquennio precedente. Prima dei 25 anni la malattia è diagnosticata raramente, in

seguito il tasso aumenta fino ai 69 anni per poi diminuire nuovamente (Arndt, Svizzera, & Ufficio federale di statistica, 2016). I seni si situano a livello del petto, anteriormente ai muscoli grande pettorale e dentato anteriore. Le ghiandole mammarie poste all'interno dei seni e composte da alveoli e lobuli separati da tessuto adiposo che convogliarlo al capezzolo, hanno la funzione di produrre il latte materno (Tortora & Derrickson, 2011). Simbolicamente, i seni sono visti nelle differenti culture come il simbolo della maternità, della femminilità e della sessualità, e conseguentemente sono importanti per il benessere psicologico delle donne. Questo può essere negativamente influenzato da alterazioni della dimensione o della forma dei seni (Guimarães et al., 2015). Il cancro al seno viene anche chiamato carcinoma mammario perché origina dal tessuto epiteliale della ghiandola mammellare. Esso, come le altre malattie oncologiche, è causato da mutazioni genetiche che provocano la riproduzione incontrollata di cellule anomale, che hanno la capacità di infiltrarsi nei tessuti adiacenti e di formare nuovi focolai tumorali maligni.

1.5 FATTORI DI RISCHIO

Il tumore al seno è una patologia che può derivare da molteplici fattori di rischio (Costa et al., 2014; Gori et al., 2014; Brunner & Suddarth, 2010):

- Età e sesso: il sesso è il principale fattore di rischio per tumore mammario, infatti, la patologia interessa le donne per il 99% dei casi; anche l'età rappresenta un fattore di rischio poiché la neoplasia si presenta con maggiore incidenza nelle donne ultraquarantenni;
- Anamnesi positiva: storia familiare e personale di precedente trattamento per patologia mammaria, comporta un rischio elevato di contrarre la stessa patologia nella mammella controlaterale;
- Fattori ormonali: menarca precoce (prima mestruazione prima dei 12 anni), nulliparità (non aver avuto gravidanze), primiparità tardiva (prima gravidanza dopo i 30 anni), menopausa tardiva (cessazione delle mestruazioni dopo i 50 anni), terapia ormonale sostitutiva, ovariectomia (asportazione dell'ovaio);
- Mancato allattamento al seno: allattare, infatti, previene il ritorno della fase mestruale, determinando una riduzione dell'esposizione a estrogeni endogeni;
- Precedente radioterapia toracica (soprattutto se eseguita prima dei 30 anni);

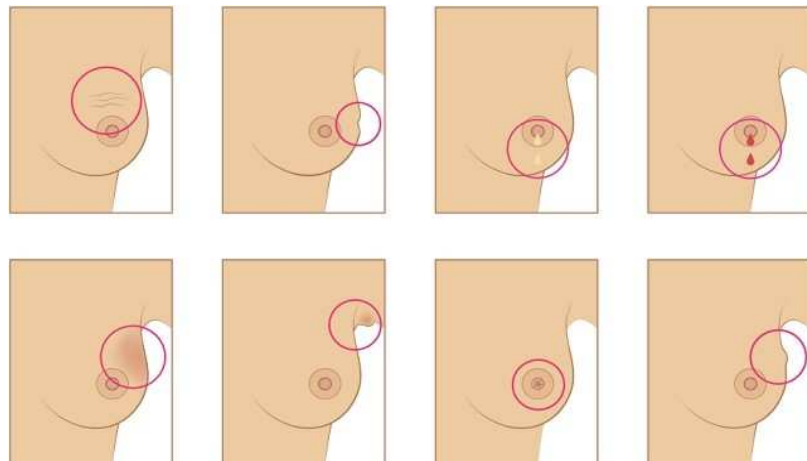
- Stile di vita: consumo di alcolici, obesità, scarsa attività fisica, elevato consumo di carboidrati e grassi saturi;
- Fattori genetici: il 5-7% dei tumori mammari è legato a fattori ereditari.

Sono stati identificati alcuni fattori protettivi nei riguardi del cancro alla mammella, tra cui gravidanza a termine entro i 30 anni di età, allattamento al seno ed esercizio fisico regolare (Brunner & Suddarth, 2010).

1.6 SEGNI E SINTOMI

Grazie al crescente uso della mammografia, molti carcinomi al seno vengono diagnosticati in una fase precoce, ancora prima della comparsa dei sintomi; tuttavia, accade spesso che viene riscontrato dalle donne stesse scoprendolo quando è già in stadio avanzato. I sintomi più comuni vengono riscontrati secondo dei cambiamenti della mammella o del capezzolo e possono essere (Costa et al., 2014) (figura 1):

- Mammella:
 - Variazioni di dimensioni o forma;
 - Rilievi o infossamenti sulla superficie (pelle a buccia d'arancia);
 - Presenza di protuberanza o ispessimento.
 - Gonfiore a livello dell'ascella.
- Capezzolo:
 - Retrazione verso l'interno;
 - Protuberanza o ispessimento nell'area situata dietro al capezzolo;
 - Eczema sul capezzolo o nell'area circostante (in casi rari);
 - Secrezione ematica (in casi molto rari).



(figura 1)

1.7 ESAMI DI SCREENING

Gli screening che si possono effettuare sono (Gori et al., 2014; Dri et al., 2013):

- Mammografia bilaterale: è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce;
- Autopalpazione: consente nel saggiare la zona del seno e la zona adiacente ad essa, al fine di identificare il prima possibile le trasformazioni della propria mammella;
- Valutazione clinica della mammella: deve diventare buona abitudine fare una visita annuale di routine dal proprio ginecologo o medico esperto;
- Ecografia: è un esame diagnostico utile per andare ad esaminare il seno di una donna giovane, poiché in questo caso la mammografia non è del tutto adatta. Si consiglia di farvi ricorso, su suggerimento del medico, in caso di comparsa di noduli;
- Risonanza magnetica mammaria: utilizzata soprattutto in donne con predisposizione genetica/importante storia familiare, a partire dall'età di 25 anni e nelle donne che hanno ricevuto irradiazione toracica prima dei 30 anni di età, iniziando dall'età di 40 anni o comunque 8-10 anni dalla radiazione;
- Nel caso in cui gli esami strumentali identifichino una formazione sospetta nella mammella o nel tessuto linfonodale, si eseguirà un agoaspirato per l'esame citologico o meglio ancora una biopsia per l'esame istologico.

L'Osservatorio nazionale screening suggerisce una mammografia ogni 2 anni, dai 50 ai 69 anni di età, ma la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna. Nelle donne che hanno avuto una madre o una sorella malata in genere si comincia prima, verso i 40-45 anni. Fortunatamente, i progressi nello screening del cancro al seno ed i successivi trattamenti hanno portato ad aumentare i tassi di sopravvivenza, con il 50% delle donne che sopravvivono fino a 5 anni dopo aver avuto la diagnosi (Gori et al., 2014). Anche grazie alle maggiori conoscenze inerenti alle caratteristiche di questo tumore e ai progressi nella diagnosi precoce e nel campo farmacologico, le sue probabilità di cura oggi sono molto aumentate (Cope et al., 2013).

1.8 LA MASTECTOMIA

Nel momento in cui si renda necessaria l'asportazione chirurgica della mammella, si discuterà con la donna il tipo di intervento che si ritiene più appropriato in base alla funzione delle dimensioni e della diffusione del tumore (Costa et al., 2014).

La tecnica chirurgica può essere (Costa et al., 2014):

- Conservativa: si asporta solo la zona del tumore insieme ad un'area di tessuto mammario circostante (resezione conservativa);
- Demolitiva: si va ad asportare tutta la mammella (mastectomia).

La mastectomia è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione completa e totale della ghiandola mammaria. Il termine deriva dall'unione di due parole greche: *mastòs*, che significa «mammella», e *tomè* che significa «tagliare, portare via, asportare»; 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 (figura 2).



(figura 2)

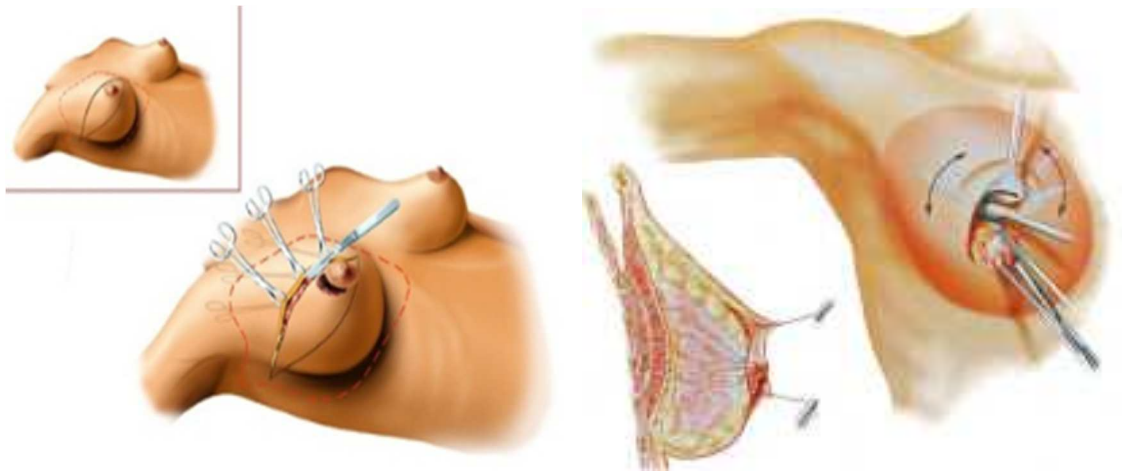
Inizialmente possono essere necessari dei trattamenti di chemioterapia e/o radioterapia prima di procedere con la mastectomia, poiché hanno lo scopo di andare a ridurre le cellule tumorali, per cercare in ogni modo di evitare il più possibile un intervento troppo invasivo (Pagani, 2015). L'intervento di mastectomia può essere indicato nei casi seguenti (Pagani, 2015):

- Il tumore occupa una zona ampia del seno;
- Vi è più di una zona del seno interessata dal tumore;
- Il tumore si trova al centro del seno o direttamente dietro al capezzolo.

L'intervento può richiedere una biopsia del linfonodo sentinella (il primo linfonodo a essere raggiunto da eventuali metastasi) o la linfadenectomia (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 (Brunner & Suddarth, 2010). Distinguiamo così (figura 3):

- Mastectomia totale: ovvero la rimozione completa di tutto il tessuto mammario, che può essere associata o meno ad asportazione più o meno ampia di cute e del complesso areola-capezzolo;
- Mastectomia radicale: è l'asportazione di tutta la ghiandola mammaria, inclusa l'areola, associata ad asportazione dei linfonodi ascellari attraverso lo svuotamento del cavo ascellare.

Una variante prevede, quando vi è necessità, di asportare solo il linfonodo sentinella. Qualora questo linfonodo, riconosciuto e asportato con metodiche differenti, fosse sede di metastasi di tumore, si procede allo svuotamento dell'ascella. In caso contrario i linfonodi si possono conservare (Gori et al., 2014; Brunner & Suddarth, 2010).



(figura 3)

1.9 CHEMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

La chemioterapia consiste nell'impiego di farmaci, che, attraverso il circolo sanguigno, possono raggiungere le cellule tumorali in ogni parte dell'organismo (Artioli et al., 2017). I farmaci chemioterapici sono somministrati tipicamente per via endovenosa, ma in alcuni casi anche in compresse. Questa terapia si avvale attraverso cicli di trattamento a cadenza variabile (settimanale, trisettimanale). Ogni somministrazione ha una durata variabile (da minuti a ore) a seconda dei farmaci utilizzati; generalmente le sedute sono eseguite in regime ambulatoriale e solo in alcuni casi può essere necessario il ricovero in ospedale (figura 4). Per il trattamento dei tumori della mammella sono disponibili molti chemioterapici da somministrare da soli o in combinazione. I più usati comunemente sono

le antracicline, i taxani, derivati del fluoro, metotrexate, vinorelbina, gemcitabina, derivati del platino (Artioli et al., 2017). La finalità del trattamento varia in funzione della fase della malattia (Artioli et al.,2017):

- Malattia in fase iniziale: la strategia terapeutica può essere associata in combinazione alla chirurgia, alla terapia farmacologica (chemioterapia, ormonoterapia, trattamento con anticorpi monoclonali) e/o alla radioterapia. Infine la chemioterapia ha come scopo la riduzione del rischio di ripresa della malattia a livello locale e generale (chemioterapia adiuvante);
- Le pazienti con tumore operabile, ma non suscettibile di chirurgia conservativa (ad esempio a causa delle dimensioni della neoplasia) possono procedere ad un trattamento chemioterapico preoperatorio (cosiddetto neoadiuvante) con lo scopo di ridurre le dimensioni del tumore e offrire poi la possibilità di essere sottoposte a una procedura conservativa;
- Malattia in fase localmente avanzata: vale a dire che, nonostante non ci sia la presenza di metastasi a distanza, le dimensioni ed altre caratteristiche specifiche del tumore fanno in modo che la malattia non risulti operabile in prima istanza. Considerato anche l'elevato rischio di diffusione metastatica in questa fase, la chemioterapia neoadiuvante è il trattamento d'elezione, che deve comunque essere integrato con la chirurgia e la radioterapia;
- Malattia in fase metastatica: a questo punto il tumore si è esteso al di fuori della ghiandola mammaria. Le diverse sedi di localizzazione delle metastasi (ossa, fegato, polmone, cervello) possono portare a sintomi differenti ed inoltre a possibili complicanze. In generale, il trattamento ha lo scopo di cronicizzare la malattia e di alleviare i sintomi.



(figura 4)

La radioterapia, invece, utilizza radiazioni ad alta energia con l'intento di distruggere le cellule tumorali, e al tempo stesso di non arrecare danno ai tessuti sani (Artioli et al., 2017) (figura 5). Per quanto riguarda il trattamento dei tumori della mammella si usa in modo più frequente dopo l'intervento, allo scopo di poter eliminare eventuali focolai di cellule tumorali rimasti. È indispensabile:

- Se la mammella non è stata asportata e/o non può essere asportata;
- Se la paziente ha meno di 65 anni.

Mentre non lo è:

- Se la mammella è stata asportata (tranne in casi particolari);
- Se la paziente è anziana, con problemi cardiaci concomitanti e/o ha un tumore poco aggressivo.

Per il trattamento dei tumori della mammella le modalità più diffuse di radioterapia sono:

- La radioterapia a fasci esterni;
- La brachiterapia;
- La radioterapia intraoperatoria.

Dopo l'intervento che prevede l'asportazione del tumore, la mammella può sembrare più soda con la radioterapia, e con il passare del tempo potrebbe però ridursi leggermente di volume. Molte donne, infatti, dopo il trattamento risultano essere soddisfatte dell'aspetto estetico della mammella. In casi molto rari la radioterapia può causare la rottura di qualche capillare, lasciando di conseguenza sulla cute piccole macchie rosse. Talvolta, può provocare effetti a lungo termine, quali nevralgie, formicolio, debolezza o insensibilità al braccio o alla mano, mancanza di



(figura 5)

respiro (per danno polmonare causato dalle radiazioni) e indebolimento delle coste nell'area irradiata. Tuttavia, grazie alla più attenta pianificazione del trattamento e alle più sofisticate tecniche di irradiazione, questi casi sono piuttosto rari (Artioli et al., 2017).

CAPITOLO 2

2.1 RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere svolge un ruolo cruciale nell'assistenza ad una donna sottoposta a mastectomia. I principali obiettivi che vengono posti sono (Brunner & Suddarth, 2010):

- Informare la donna adeguatamente sulla malattia, sui trattamenti e sulle eventuali complicanze prima dell'intervento chirurgico;
- Riduzione dello stress e dell'ansia pre-operatoria;
- Riduzione del dolore post-operatorio;
- Miglioramento delle capacità di coping;
- Promuovere un pensiero positivo della propria immagine corporea;
- Miglioramento della funzione sessuale;
- Monitoraggio e assenza di complicanze.

È molto importante che in momenti come questi gli infermieri trovandosi di fronte donne con diagnosi di tumore alla mammella dedichino alle assistite il tempo necessario per comprendere a fondo il significato della diagnosi di tumore e le diverse opzioni di trattamento, chiedendo alla paziente di esprimere tutte le sue paure, senza aver timore di farle sembrare banali nelle domande che porranno o provare vergogna per ciò che riguarda la sfera più intima. Bisogna mettere a disposizione la propria competenza per aiutare a superare le paure, andando così ad illustrare il percorso più consono che le conduce alla guarigione e al recupero, rassicurando la paziente sulla costante presenza dell'infermiere e sul suo sostegno per ogni difficoltà (figura 6). L'assistita dovrebbe conoscere tutte le risorse di cui potrà disporre anticipatamente dall'intervento, sia sul piano sociale che su quello psicologico. Gli infermieri che lavorano a contatto con pazienti oncologici sono più preparati per affrontare questioni legate alla sessualità e all'immagine corporea, e in grado di offrire un valido sostegno specifico significativo per le pazienti (Lynn, 2010). Essi vanno a svolgere un ruolo fondamentale nell'affrontare le preoccupazioni



(figura 6)

derivanti dalla mastectomia offrendo suggerimenti relativi al posizionamento durante l'intimità, l'uso di prodotti sessuali e con suggerimenti che possono consentire ai partner di aiutare le donne ad adattarsi ai cambiamenti e a sentirsi più a loro agio con la loro nuova figura corporea (Wicker & O'Neill, 2007). Gli infermieri hanno un ruolo importante nella promozione del dialogo tra la coppia, se necessario, anche per aiutarli nel loro processo decisionale circa la ricostruzione del seno, coinvolgendo e sostenendo i partner. È importante inoltre aumentare l'autostima delle pazienti, poiché essa è la risorsa più preziosa su cui possono contare. Basandosi su questa affermazione diventa di fondamentale importanza il ruolo degli infermieri purché educino e sostengano le donne in questo delicato momento e le aiutino a ricercare la speranza in un nuovo percorso.

2.2 PIANO ASSISTENZIALE

Il piano assistenziale a cui l'infermiere deve attenersi per quanto riguarda la donna sottoposta all'asportazione del tumore mammario passa attraverso diverse fasi:

1. Accertamento e diagnosi infermieristica
2. Pianificazione
3. Intervento
4. Valutazione dei risultati attesi

Di seguito verranno approfondite e trattate le rispettive fasi, facendo riferimento al percorso assistenziale per la gestione ed il trattamento del paziente affetto da tumore della mammella dell'Ospedale Riuniti Torrette di Ancona (PDTA, 2019).

1. Accertamento e diagnosi infermieristica

In questo momento l'infermiere deve andare a valutare le reazioni dell'assistita circa la diagnosi e la capacità di poter affrontare la stessa, cercando così di dare quel tipo di sostegno e aiuto che necessita per l'accettazione della malattia e della conseguente operazione chirurgica, riguardante l'asportazione del/i seno/i. Si andranno quindi a distinguere diagnosi infermieristiche diverse riguardanti il pre e il post-operatorio (tabella 1).

-Pre:

In questa fase è importante che l'infermiere esponga tutte le informazioni di cui la donna necessita, come per esempio conoscenze sul tipo di intervento chirurgico che dovrà affrontare, andando ad alleviare quella che è l'ansia correlata alla diagnosi di cancro (Wicker & O'Neill, 2007). Inoltre in questo momento nell'assistita sovrviene anche la paura correlata ai trattamenti specifici per cancro, sull'aspetto fisico e sulla morte, che vanno a provocare un probabile rischio di coping inefficace. Ci sono di seguito conflitti decisionali correlati alla scelta del trattamento più idoneo da attuare, dove l'infermiere deve essere in grado di guidare senza forzare la donna a prendere la decisione più adatta ad essa.

-Post:

Di conseguenza deve essere trattato il dolore correlato alla procedura chirurgica, fattore essenziale da tenere d'occhio per ottenere una ripresa ottimale nell'immediato post-operatorio (Lynn, 2010). Di fondamentale importanza è il conseguente disturbo dell'immagine corporea correlata a perdita della mammella e al rischio di disfunzione sessuale associata alla mutilazione ed alterata percezione del corpo, le quali vanno trattate fin da subito per non creare ulteriori danni allo stato psico-fisico precario nella donna che ha subito mastectomia (Brunner & Suddarth, 2010). Bisogna oltretutto evitare il deficit della cura di sé per parziale immobilità dell'arto o degli arti superiori, anche nel caso in cui dovesse essere presente un drenaggio chirurgico ed infine porre delle conoscenze adeguate alla gestione di esso.

Diagnosi pre-operatoria	Diagnosi post-operatorie
Insufficiente conoscenza sul tipo di intervento chirurgico	Dolore correlato alla procedura chirurgica
Ansia correlata alla diagnosi di cancro	Disturbi dell'immagine corporea correlata a perdita o alterazione della mammella
Paura correlata ai trattamenti specifici per cancro, cambiamento aspetto fisico e della morte	Deficit cura di sé, per parziale immobilità arto superiore
Rischio coping inefficace	Rischio di disfunzione sessuale correlato alla mutilazione ed alterata percezione del corpo
Conflitti decisionali correlati a scelta del trattamento	Insufficiente conoscenza della gestione del drenaggio chirurgico

(tabella 1)

2. Pianificazione

In base alle diagnosi trattate precedentemente le pianificazioni da attuare sono quelle che riguardano l'infermiere nel dare le maggiori informazioni possibili sulla malattia e sul trattamento, così da poter ridurre lo stress, ansia e timori riguardanti il perioperatorio. Alleviare la donna dalla diagnosi del dolore e migliorare le abilità di coping. Migliorare inoltre la funzione sessuale e soprattutto verificare che non ci siano complicanze.

3. Interventi

Per quanto riguarda le pianificazioni illustrate, gli interventi saranno diversi per la fase pre e post-operatoria.

-Pre:

Nel pre-operatorio si va a dedicare all'assistita il tempo necessario per comprendere a fondo il significato della diagnosi e le informazioni utili per valutare le opzioni di trattamento. Informare sulla necessità di mantenere in situ drenaggi post-operatori e di educare alla eventuale gestione domiciliare. Educare inoltre sugli esercizi da compiere per il ripristino della completa mobilità dell'arto interessato e della spalla (Brunner & Suddarth, 2010).

-Post:

Nel post-operatorio l'infermiere deve dedicarsi a quattro aree fondamentali: la riduzione del dolore dopo l'intervento, promuovere un'immagine corporea positiva, gestire le complicanze ed insegnare all'autocura:

- Per quando riguarda l'alleviamento del dolore l'infermiere deve assicurarsi della giusta somministrazione analgesica adatta alla paziente, dopo di che informarsi sull'assunzione di analgesici a domicilio alla dimissione. Consigliare sul ricorso di interventi non farmacologici per il controllo del dolore, quali la disidratazione o l'effettuazione di una doccia tiepida 2/3 volte al giorno (Wicker & O'Neill, 2007). Per giunta informare e educare l'assistita al riconoscimento di complicanze tardive come infezioni o ematomi.

- L'infermiere non è solo colui che esegue, ma svolge anche un ruolo fondamentale nella psicologia delle pazienti, infatti nel caso della donna sottoposta a mastectomia si deve far carico di presidiare il momento in cui la donna osserva per la prima volta la ferita chirurgica. Rispettare con sensibilità i segnali manifestati dalla donna, assicurando in questo momento il massimo della riservatezza in modo che l'assistita possa esprimersi liberamente (Lynn, 2010). Infine stimolare la stessa ad esprimere le proprie emozioni e rassicurare che sono una risposta normale alla chirurgia mammaria alla quale è stata sottoposta.
- Oltre a quanto già scritto l'infermiere si deve occupare della gestione delle complicanze qualora dovessero verificarsi. Il più comune effetto avverso è il linfedema, che avviene quando il drenaggio linfatico non è sufficiente ad assicurare un adeguato flusso di linfa verso il circolo ematico (Brunner & Suddarth, 2010). Si va quindi a incoraggiare la donna ad effettuare esercizi fisici e sollecitare ad informare il medico appena si evidenzia il problema per l'attuazione del trattamento del caso. Così come accade nell'ematoma, bisogna sempre controllare l'area interessata alla chirurgia per rilevare comparsa di gonfiore e la funzionalità del sistema di drenaggio. Nei casi più gravi si riaprirà la ferita chirurgica per identificare l'origine del sanguinamento (Wicker & O'Neill, 2007). Quando si parla di sieroma, che va ad identificare una raccolta fluida al di sotto dell'incisione chirurgica dopo la mastectomia con o senza lo svuotamento del cavo ascellare, invece, si potrà riscontrare un edema, e la donna avvertirà senso di pesantezza, dolorabilità al tatto e senso di fluttuazione dell'area interessata che può comparire dopo la rimozione o l'ostruzione del drenaggio (Brunner & Suddarth, 2010). In questo caso si deve ripristinare la pervietà del drenaggio o si ricorre all'ago-aspirato (Lynn, 2010).
- Per quanto riguarda l'insegnamento e l'educazione all'autocura l'infermiere deve mostrare all'assistita come svuotare il contenitore di raccolta del drenaggio e come registrare le quantità, oppure nel caso si dovessero formare coaguli nel tubo di drenaggio come andranno rimossi. Educare inoltre alla cura del sito di inserzione, quindi alla medicazione, ed informare sui segni e sintomi da riferire nel caso in cui dovessero presentarsi modifiche del materiale drenato, improvvisa interruzione del flusso o segni di infezione. Educare quindi sui comportamenti a

cui attenersi per evitare traumi e ferite dopo dissezione linfonodi ascellari, come per esempio evitare di misurare la pressione arteriosa o fare iniezioni e/o prelievi sull'estremità interessata, oppure non dedicarsi al sollevamento dei pesi superiori a 2,5kg (Brunner & Suddarth, 2010).

4. Valutazione dei risultati attesi

L'infermiere deve andare a valutare che siano stati raggiunti i risultati che attestino la riduzione del dolore e l'efficacia delle misure attuate per il dolore e disagio riferite direttamente dalla donna. È essenziale che l'incisione chirurgica sia pulita, asciutta, senza segni di infezioni e che l'assistita è in grado di elencare e riconoscere segni e sintomi di infezioni per poterli riferire al medico e mostra di saper curare adeguatamente la ferita chirurgica e il sistema di drenaggio nel post dimissione. Inoltre che è in grado di discutere sul significato della diagnosi e del trattamento chirurgico e sa esprimere le proprie percezioni in merito al cambiamento dell'immagine corporea. Si occupa dell'auto-assistenza e mostra di aver ben compreso come svolgere gli esercizi e tutte le attività prescritte dal medico.

CAPITOLO 3

3.1 IMMAGINE CORPOREA

L'impatto che la mastectomia va ad intaccare sull'aspetto della donna è l'immagine corporea che viene definita come la confluenza di emozioni, sensazioni, percezioni che gli individui hanno del proprio corpo, essa viene vista come un fenomeno mutevole che dipende dalle esperienze di vita di una persona (Freysteinson, 2012a). Le problematiche legate all'immagine corporea che la mastectomia può provocare sono:

- Deprezzamento del valore del proprio corpo;
- Disturbi mentali;
- Perdita di femminilità;
- Riduzione dell'attrattiva;
- Sensazioni di mutilazioni.

Le donne mastectomizzate di solito soffrono di un complesso di inferiorità e di bassa autostima dovuto alla mancanza del loro seno e quindi ai cambiamenti dell'immagine del corpo, si sentono osservate e questa esperienza è collegata a sentimenti di disagio ed inadeguatezza (Rowland et al., 2014; Fallbjork et al., 2013). Dagli studi esaminati risulta che l'immagine corporea in ambito oncologico è ancora relativamente inesplorata e a tratti anche trascurata, nonostante, oggi la mastectomia è il trattamento chirurgico di routine del tumore al seno. I suoi aspetti negativi, come le conseguenze psicologiche che impattano sulla vita sociale vengono considerate poco, sebbene l'uso in estensione della procedura chirurgica è stata progressivamente ridotta, portando a minor sfregio e un significativo miglioramento della qualità di vita a tal punto che l'attuale livello di raggiungimento chirurgico produce risultati oncologici ed estetici soddisfacenti (Heidari et al., 2015; Fallbjork et al., 2013; Freysteinson et al., 2012b; Medina-Franco et al., 2010). La rimozione dell'intero seno provoca perdita di simmetria ed un evidente cambiamento fisico, che, purtroppo si nota anche sul corpo coperto causando problemi pratici ed emotivi (Gilbert et al., 2010). Attualmente esistono delle metodiche attuabili per poter migliorare l'immagine corporea: tatuaggi artistici al sito dell'intervento per coprire le cicatrici della mastectomia o l'assenza del capezzolo e protesi esterne indossabili durante la quotidianità per cercare di apparire "normali" agli occhi di chi le osserva (figura 7 e 8).



(figura 7)



(figura 8)

La protesi esterna va a mascherare la cicatrice, tuttavia viene per lo più utilizzata in attività sessuali, così che il camuffamento si rivela quando la donna è nuda e non mostra il corpo sfregiato. Viene usata per lo più per nascondersi sia da sé stessa sia dal partner, specialmente se il partner è nuovo (Fallbjork et al., 2013; Brunner & Suddarth, 2010; Gilbert et al., 2010; Kalaitzi et al., 2007) (figura 9). Quando è possibile si può ricorrere direttamente alla chirurgia plastica con l'impianto di protesi in silicone interne. Alcune donne cercano di nascondere il sito dell'intervento anche dal partner, auspicando che lui non veda o tocchi il petto, infatti si assiste ad un'alterazione della sensibilità nella mammella ricostruita o asportata (Fallbjork et al., 2013; Piot-Ziegler et al., 2010). La decisione di poter indossare



(figura 9)

delle protesi è mediato dal desiderio di apparire normali e simmetriche. Le donne spesso parlano della protesi come l'unica opzione praticabile, siccome non sono disposte a sottoporsi all'intervento di ricostruzione o perlomeno non subito. Due aspetti importanti che determinano la scelta di indossare protesi esterne sono la reperibilità delle informazioni sulle opzioni e il costo da dover pagare per avere la protesi. Per quanto riguarda la protesi esterna personalizzata del seno, la maggior parte delle donne sono state informate dalle infermiere del centro di oncologia. Da subito, le donne hanno riferito di essere molto contente di indossare le nuove protesi sebbene ci sia voluto del tempo per imparare a maneggiarle e ad applicarle. Le donne riferiscono di sentirsi di nuovo normali, la protesi non ricorda più il cancro alla donna e alle altre persone che la circondano.

3.2 RAPPORTO CON SÉ STESSE

Ed il rapporto con lo specchio? Nel periodo immediatamente successivo all'intervento chirurgico le donne percepiscono con disagio il sito corrispondente alle cicatrici, infatti, ritrovarsi senza una mammella è un'inevitabile fonte di stress emotivo che può condurre al rifiuto di guardare il proprio corpo. Il guardarsi allo specchio diviene difatti una delle circostanze che merita particolare attenzione dopo l'operazione di mastectomia poiché per la donna che la vive diventa un'esperienza devastante, dove la paziente vedrà il suo corpo mutilato. Oltre all'operazione si deve pensare che molte donne verranno sottoposte al trattamento medico, quale la chemioterapia, che comporta al di là del malessere fisico, importanti effetti collaterali, che portano ad un importante cambiamento fisico che vanno ad incidere sulla fisicità della persona, come per esempio l'alopecia. Non tutti i farmaci chemioterapici causano alopecia e a volte tale effetto collaterale può essere lieve, in altri casi, potrebbero verificarsi fenomeni quali caduta delle sopracciglia, delle ciglia, dei peli che ricoprono il pube e tutto il resto del corpo; aspetto che bisogna tenere in considerazione poiché molti individui attribuiscono una grande importanza ai propri capelli, giudicandola essenziale per la propria immagine, di conseguenza perderli può determinare forti emozioni, quali rabbia e depressione, nonché stati d'ansia che potrebbero addirittura portare ad avere effetti collaterali sulla cura stessa (Freysteinson et al., 2012b). Dalla letteratura emerge il difficile rapporto con lo specchio dopo la mastectomia, che descrive le diverse reazioni delle donne nei giorni successivi all'intervento. Molte di loro avevano evitato lo specchio per paura di ciò che avrebbe rivelato sui cambiamenti nel loro aspetto del corpo, anche se una piccola parte aveva deciso di affrontare questo momento a casa da sola e senza alcun sostegno in totale isolamento; una minoranza invece, sempre dopo la dimissione e nel proprio domicilio, avevano una persona cara che le sosteneva durante questa importante esperienza. Ad oggi non vi sono linee guida e regolamenti per quanto riguarda l'utilizzo degli specchi per le pazienti sottoposte a mastectomia, infatti in diversi studi si è osservata la limitata disponibilità di quest'ultimi nelle stanze, ed inoltre gli infermieri non vengono formati ad utilizzarli (Freysteinson et al., 2012b). È utile, quindi sottolineare che, sebbene esista una mancanza di evidenze basate su interventi di cura con lo specchio, essi potrebbero diventare un valido sostegno alle pazienti per conoscere il nuovo corpo, motivarle a

truccarsi, depilarsi e quindi migliorare il rapporto con il proprio corpo cercando di aumentare l'autostima (Freysteinson, 2012a).

3.3 RAPPORTO CON LA SESSUALITÀ

La diagnosi di cancro ed i successivi trattamenti mutilanti hanno un impatto negativo sulla relazione di coppia aumentando il senso di vulnerabilità, che porta a una rivalutazione dell'importanza della vita del paziente e della coppia stessa, e in alcuni casi l'instaurarsi di alcuni problemi psicologici come la solitudine e la depressione, i quali possono avere effetti devastanti sulla prognosi e sulle relazioni all'interno della famiglia (Aerts et al., 2014; Avci et al., 2009; Sandham et al., 2007). In questa fase della malattia, non solo la paziente vive un momento di disagio e difficoltà, ma anche le persone che la circondano, come i figli, gli amici, ma soprattutto il partner che condivide con lei la sua vita quotidiana. Di solito però questo viene sottovalutato dagli operatori sanitari che si concentrano solo sui bisogni delle donne e ignorano completamente i bisogni dei loro partner (Sandham et al., 2007). Attraverso l'analisi della letteratura si può confermare che per i partner è di secondaria importanza l'alterazione dell'immagine corporea rispetto alla loro salute, dichiarando inoltre di sentirsi impotenti, soprattutto durante il ricovero della loro compagna in ospedale, mentre pochi altri riferiscono che durante il periodo di recupero si sono sentiti angosciati per i cambiamenti fisici dei loro partner (Rowland et al., 2014; Sandham et al., 2007). Il supporto dei compagni è importante per migliorare il benessere mentale delle donne e per accelerare il recupero dell'autostima. Includerli nel processo di supporto dovrebbe essere visto come un aspetto importante dell'assistenza ai malati di cancro al seno, infatti la maggior parte delle strategie di successo per superare le difficoltà sessuali sono basate sul rapporto di coppia (Rowland et al., 2014; Manganiello et al., 2011). Età della paziente, istruzione, occupazione, livello di reddito e avere figli non influenza il rapporto di coppia, ma gli uomini più giovani appaiono più colpiti dalla diagnosi rispetto a quelli più anziani (Rowland et al., 2014; Avci et al., 2009). I risultati di una cattiva comunicazione nella coppia, aggiunta a scarsa autostima della donna, portano ad un conflitto psicologico tra i partner, che potrebbe condurre anche a rottura coniugale, invece, i partner che provano a comunicare con la propria donna in merito all'immagine del corpo e alla sessualità riferiscono che è stato un momento davvero impegnativo e delicato; le coppie che hanno relazioni familiari molto deboli già

precedentemente all'operazione possono aver bisogno di maggiore sostegno per far fronte a questa esperienza (Rowland et al., 2014; Avci et al., 2009). Al fine di contribuire al supporto delle proprie compagne, i partner ambivano ad ottenere informazioni più personalizzate sulle possibili conseguenze dell'operazione, sia fisicamente che psicologicamente, ma che in realtà non hanno mai ricevuto (Rowland et al., 2014). In questi delicati momenti il ruolo del partner, dei familiari e degli amici è fondamentale; più la donna si sentirà amata e desiderata, prima riacquisterà sicurezza ed imparerà ad accettarsi (Freysteinson et al., 2014). La sessualità, infatti, è alla base del benessere psicologico e per la qualità di vita delle persone, a causa della posizione delle mammelle ed il loro significato di femminilità, il cancro al seno provoca una serie di conseguenze negative alla funzione sessuale; esse sono, infatti, fonte di piacere e stimolazione, per questo motivo, i medici, nel trattamento di questa patologia, dovrebbero essere particolarmente sensibili a quello che potrebbe comportare la perdita del seno nelle donne (Gilbert et al., 2010). Nonostante la consapevolezza crescente legata alla salute per i sopravvissuti al cancro al seno, analisi e ricerche hanno dimostrato che pochissime donne, le quali stavano affrontando questa malattia avevano discusso in merito alla sessualità con i professionisti sanitari. Questo suggerisce che è un aspetto della vita che molto spesso viene trascurato e ignorato dagli operatori sanitari nella cura, soprattutto a causa del pudore o l'incapacità ad affrontare temi collegati alla sessualità da parte anche dei pazienti, e per lo più la scarsa preparazione degli operatori sanitari sulla tematica è risultato essere la causa principale del fallimento in questo aspetto dell'assistenza sanitaria (Manganiello et al., 2011; Jun et al., 2011; Gilbert et al., 2010). Dalle ricerche effettuate ed in seguito analizzate, gli aspetti psicologici sull'esperienza vissuta dalle donne sono spesso ignorati, ed il fisico è considerato come oggetto passivo delle costruzioni socioculturali, in altre parole, la dimensione psichica della malattia viene trascurata ed invece vengono attribuiti significati a segni e sintomi piuttosto che all'impatto che il cancro ha sulla vita della persona (Gilbert et al., 2010). I problemi psicologici a causa di cambiamenti fisici, infatti, possono essere visti come minori rispetto alle problematiche fisiche che i pazienti si trovano ad affrontare (Aerts et al., 2014). I principali problemi legati alla sessualità sono (Graziottin, 2009):

- Disturbi del desiderio sessuale: diminuzione o perdita del desiderio sessuale, che può concretizzarsi con un vero e proprio evitamento della sessualità;

- Disturbi dell'eccitamento sessuale: caratterizzati da un difetto della risposta genitale femminile (diminuzione o perdita della lubrificazione);
- Disturbi da dolore sessuale: comprendono il vaginismo e la dispareunia (dolore che la donna avverte nell'area della vagina o della pelvi durante un rapporto sessuale) (Manganiello et al., 2011).

L'insoddisfazione sessuale viene attribuita anche ad altri fattori, tra cui stanchezza, dolore, disagio psicologico, cambiamenti che vengono attribuiti agli effetti collaterali della chemioterapia che comporta di seguito menopausa medicalmente indotta, che nelle donne giovani possono essere fattori devastanti andando ad agire contro la fertilità della donna e di conseguenza la perdita di opportunità di avere figli. In questo senso viene sottolineato il fatto che le donne dovendo accettare la rimozione del loro seno, la perdita di capelli e delle mestruazioni, si sentono “vecchie” prima del tempo, in molte altre poi si aggiunge la preoccupazione per l'aumento o la perdita di peso (Quintard et al., 2014; Fallbjork et al., 2013; Gilbert et al., 2010). Grazie all'analisi della sessualità nel contesto del cancro al seno è utile cogliere che non si può concettualizzare il fisico separatamente dalla negoziazione intrapsichica delle donne; di conseguenza il contesto sociale e relazionale, ciò che riguarda la sessualità, la femminilità e l'aspetto estetico devono essere in interazione tra loro (Gilbert et al., 2010). In termini assoluti, in realtà con il passare del tempo sembra esserci una tendenza che vada verso il miglioramento, anche se non del tutto significativo, sulla maggior parte degli elementi che riguardano l'immagine corporea. D'altra parte, Problemi sessuali hanno dimostrato di peggiorare sempre di più dopo il primo anno dall'intervento, ciò dimostra che un intervento tempestivo da parte delle coppie può effettivamente essere particolarmente efficace nel promuovere l'immagine del corpo delle donne e tornare al normale comportamento sessuale (Kalaitzi et al., 2007). Va sottolineata l'importanza di informare i pazienti e i loro partner sessuali prima dell'intervento chirurgico e di consigliarli sui possibili effetti collaterali del cancro e sul suo trattamento. Informazioni sufficienti e adeguate possono consentire ai pazienti di mantenere un senso di controllo durante e dopo l'intervento chirurgico, che ha dimostrato essere un fattore importante nell'attività di coppia. Pertanto, non solo dovrebbe essere eseguita una valutazione della salute sessuale nel periodo post-mastectomia, ma dovrebbe già essere effettuata a consultazioni iniziali prima dell'inizio del trattamento,

essa quindi, getta le basi per le discussioni future (Aerts et al., 2014; Sandham et al., 2007) (tabella 2).

Valutazione disturbi immagine corporea e sessuale	
<ul style="list-style-type: none"> • Quando chiedere? - Nella fase pre-operatoria al fine di raccogliere i dati principali relativi alla vita sessuale della paziente; - Nella fase post-operatoria per valutarne l'impatto sulla sessualità e le eventuali problematiche, o divergenze rispetto alla fase pre-operatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cosa valutare? - Indagare lo stato attuale della vita sessuale della paziente/coppia e gli eventuali problemi (quando sono insorti, cosa è stato fatto per affrontarli); - Raccogliere informazioni su possibili fattori medici che influiscono sulla sessualità (es. chemioterapia).
<ul style="list-style-type: none"> • Come affrontare il tema? - Condurre interviste e colloqui in luoghi privati per una discussione più libera e intima, ed invitare i partner a partecipare, se possibile; - Assumere un atteggiamento di partecipazione e rassicurazione verso la paziente/coppia aiuta a farli sentire meno ansiosi; - Enfatizzare sottolineando l'importanza della sessualità nella vita di coppia e la "normalità" del poterne parlare senza vergogna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cosa fare? - Fornire informazioni di base sulla risposta sessuale umana e sui possibili effetti dell'intervento e dei farmaci sulla sessualità; - Rassicurare, fornendo informazioni sui medici specializzati in sessuologia/sugli psicologi che possono aiutarla ad avere sostegno e speranza; - Trattare le eventuali cause mediche (es. dolore).

(tabella 2)

DISCUSSIONE

Gli obiettivi fissati all'inizio di questo lavoro di tesi erano individuare le difficoltà, i fattori predisponenti e gli interventi infermieristici relativi all'immagine corporea e alla sessualità in seguito all'intervento chirurgico per carcinoma della mammella. Attraverso la ricerca condotta, si è evidenziata parecchia letteratura riguardante l'immagine corporea nella donna sottoposta ad intervento chirurgico per tumore al seno. Purtroppo però non sono molti gli studi finora condotti sui possibili interventi da adottare da parte dell'infermiere per sostenere le donne che dopo l'intervento hanno sviluppato disturbi dell'immagine corporea. Ciò che influenza negativamente, in maggior misura, la qualità di vita è la diagnosi stessa di cancro, che richiama alla mente una malattia potenzialmente fatale, ad esito infausto, indipendentemente dalla procedura chirurgica (Kim et al., 2015; Piot-Ziegler et al., 2010). I livelli di stress emotivo sono più elevati nei primi mesi dopo la diagnosi poiché la preoccupazione principale è la paura di morire, seguita poi dall'insoddisfazione per le cicatrici, la perdita simbolica del seno e della sensibilità le quali sono un costante richiamo alla malattia e al conseguente intervento chirurgico mutilante, che rappresentano il promemoria di un corpo malato e comportano preoccupazioni e difficoltà nell'adattarsi al corpo. (Piot-Ziegler et al., 2010; Kalaitzi et al., 2007). Dalla ricerca condotta emerge che i seni sono un elemento fondamentale dell'identità della donna, in termini di femminilità, di sessualità, di attrattività e di maternità. Di conseguenza il trauma di una diagnosi di cancro al seno ed il successivo trattamento possono avere un impatto significativo sul benessere psico-fisico e sulle relazioni intime della donna. Ulteriori fonti di paure sono invece la possibile recidiva, la possibilità che si modifichi la relazione con il partner e la vergogna di mostrarsi ad altri. Uno dei principali fattori predisponenti che conducono ai disturbi di immagine corporea e di sessualità è l'età. Molti degli studi riportano infatti che le donne giovani sono più a rischio di sviluppare sintomi psicologici e sentimenti negativi sulla propria immagine, siccome sono più influenzate dalle aspettative sociali e culturali dei connotati di bellezza fisica che generano disagio personale ed imbarazzo sociale poiché la donna si sente meno attraente ed evita il contatto con la gente, in quanto avverte la necessità di mantenere nascosto il proprio corpo (Han et al., 2010; Piot-Ziegler et al., 2010; Anagnostopoulous et al., 2009). Anche il tipo di intervento svolto, ha conseguenze più o meno significative sull'immagine e sulla sessualità. Infatti, il cancro al seno e i suoi trattamenti impongono

trasformazioni indesiderate e dolore, costringendo la paziente a confrontarsi con un corpo la cui capacità di funzionare in precedenza era indiscussa ma che ora perde improvvisamente la sua affidabilità, il corpo malato è improvvisamente rotto in pezzi e l'attenzione è focalizzata sulla sua parte non funzionale (Piot-Ziegler et al., 2010). Infatti si riscontra un calo nella soddisfazione sessuale, con particolari conseguenze sui rapporti intimi. La depressione prima della diagnosi è un fattore di rischio per entrambi i disturbi. Un buon livello di autostima e di fiducia in sé sono stati invece individuati come fattori di protezione contro lo sviluppo dei disturbi dell'immagine corporea. Dalla letteratura emerge che programmi di sostegno e d'informazione organizzati dal personale curante sono fondamentali per migliorare l'immagine corporea delle donne dopo l'intervento chirurgico. L'utilizzo di protesi esterne personalizzate migliorano il confort e l'immagine corporea. Per quanto riguarda la sessualità si sono dimostrati efficaci gli interventi di natura psicoeducativa per la coppia. Ciò che è emerso è il fatto che i professionisti della cura non affrontano il tema della sessualità o dell'immagine corporea con i pazienti affetti da tumore al seno, concentrandosi maggiormente su altri aspetti della salute. L'elaborazione di questo lavoro di tesi ha fatto emergere infatti quanto sono frequenti i disturbi di immagine corporea e le disfunzioni sessuali nelle donne sottoposte a interventi chirurgici per tumore al seno. Ulteriori ricerche saranno necessarie in futuro per garantire una presa a carico sempre più mirata a questo tipo di casistica e all'individualità delle pazienti, magari con l'introduzione di una specializzazione focalizzata su questo ambito mirata per i professionisti infermieri.

CONCLUSIONE

Dalla letteratura si evince che la maggior parte dei trattamenti sanitari attuali finalizzati a migliorare la percezione dell'immagine corporea sono di natura medico/chirurgica (ricostruzione del seno dopo la mastectomia), le terapie si focalizzano soprattutto sui sintomi fisici, e non sull'impatto psicologico/sociale che presenta questa operazione portando ad una visione limitata della malattia. In questa maniera, non si considera la paziente in tutte le sue sfaccettature, spesso si sottovalutano le problematiche della sfera psicologica, forse anche per inesperienza, vergogna o scarsa preparazione dell'infermiere su questo ambito (Hollen et al., 2015; Quintard et al., 2014; Freysteinson et al., 2012b). Si può infine dedurre che l'infermiere potrebbe realizzare i seguenti interventi, anche se alcuni di essi necessitano la collaborazione di altri professionisti sanitari (medico, psicologo, psichiatra, sessuologo) per sostenere la donna in ambito psicologico e sociale:

- Il dialogo non dovrebbe mai cessare tra un paziente e l'infermiere che se ne prende carico, si potrebbero incoraggiare discussioni aperte su possibili paure, bisogni e desideri limitando lo stress personale e della coppia. Questo potrebbe essere attuato in qualsiasi momento, sia prima che dopo l'operazione. Sebbene in alcuni casi l'infermiere non sappia cosa dire in questo momento delicato, la cosa più importante non è ciò che dirà, ma come ascolterà il paziente (Tancredi, 2014);
- Informazioni adeguate sui trattamenti chirurgici e sulle possibili problematiche fisiche e psicologiche dovrebbero essere date prima dell'intervento in modo che la paziente non si trovi impreparata dopo l'operazione (Aerts et al., 2014; Brunner & Suddarth, 2010);
- Sembrano avere effetti positivi, oltre a migliorare la funzione cardiorespiratoria, orientare verso esercizi fisici costanti. La funzionalità fisica ed i sintomi di stanchezza conducono ad atteggiamenti più positivi verso la propria condizione fisica e l'attrattiva sessuale. Grazie all'effetto positivo del movimento fisico sull'umore, il desiderio sessuale e l'eccitazione risultano meno disturbati (Manganiello et al., 2011; Graziottin, 2009);
- Coinvolgere le donne in organizzazioni di gruppi auto-aiuto in cui si condividono le preoccupazioni con donne che hanno vissuto o stanno vivendo questa situazione; infatti, molte pazienti possono solo beneficiare della terapia di gruppo

perché possono essere confrontate con coloro che hanno già provato e superato una simile esperienza prima di loro, aiutandole a comprendere che il loro vissuto è normale. (Brunner & Suddarth, 2010);

- Le donne si possono orientare anche a programmi di riformulazione sessuale fornita come parte di cura sempre per mezzo di gruppi di supporto. Il programma può essere più efficace se mirato direttamente alle coppie anziché alle uniche donne sopravvissute e se iniziato prima dell'intervento. Le pazienti che ricevono un migliore e adeguato supporto sociale dopo l'intervento, tendono a recuperare molto più rapidamente, gestire meglio la propria vita e ad avere più elevata stima in sé stesse. Le figure professionali che dovrebbero attuarlo prima di tutti sono proprio gli infermieri (Chang et al., 2014; Gori et al., 2014; Jun et al., 2011);
- Orientare la donna a ricevere supporti psicosociali in cui si conducono anche consulenze sessuologiche sia durante che dopo la cura. Un buon supporto psicologico è disponibile nella maggior parte degli ospedali pubblici Nord-Americani ed Europei, purtroppo, invece, uno specifico counseling (attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del paziente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta) in ambito sessuologico è raramente offerto anche dalle migliori strutture. Un aiuto sessuologico competente potrebbe invece migliorare notevolmente la qualità dell'intimità e l'immagine corporea delle pazienti colpite da cancro alla mammella (Graziottin, 2009);
- L'uso dello specchio, questo intervento viene già impiegato in alcuni Stati, in cui gli infermieri parlano davanti ad uno specchio con le pazienti prima e dopo l'operazione di mastectomia. L'infermiere, preferibilmente se di sesso femminile, offre uno specchio alla donna chiedendo di guardare il sito d'incisione ed esprimere i propri timori. Si può iniziare a riflettere sulla possibilità di porgere uno specchio ed essere pronti a parlare con le pazienti davanti ad esso riguardo le loro preoccupazioni/paure, potrebbe essere utile a migliorare la loro autostima e a conoscere meglio il proprio corpo (Freysteinson et al., 2014; Freysteinson, 2012a). A sostegno di ciò, l'infermiere potrebbe quindi, essere presente nel delicato momento in cui la donna osserva per la prima volta la ferita, assicurando riservatezza, chiedendo alla donna cosa prova, facendole esprimere le proprie

emozioni, offrendogli sostegno, rassicurandola e spiegandole che i suoi sentimenti sono una risposta normale a questo intervento (Brunner & Suddarth, 2010).

Rispetto a interventi di sostegno per il partner si consiglia:

- Gruppi di sostegno per facilitare la comunicazione tra la paziente ed il partner a cui parteciperanno non solo le pazienti ma anche i familiari, che contribuiscono ad aiutare il compagno a sostenere meglio la donna, dove entrambi possano condividere la loro rabbia, le loro paure, le loro ansie e questo conduce ad un maggiore benessere psicologico ed emotivo nella coppia (Rowland et al., 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Aerts, L., Christianes, M.R., Enzlin, P., Neven, P. & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 23(5), pp. 629-636.
- Anagnostopoulos, F. & Myrghianni, S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16(4), pp. 311-321.
- Arndt, V., Svizzera, & Ufficio federale di statistica. (2016). I tumori in Svizzera, rapporto 2015: situazione e sviluppi. Neuchâtel: UST.
- Artioli, F., Clerico, M., Gianotti, E., Artioli, G.F., Clerico, M., Gianotti, E., Numico, G., Rossi, M. (2017). La chemioterapia (10th ed.). AIMAC.
- Avci, I.A., Okanli, A., Karabulutlu E. & Bilgili, N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 13(4), pp. 299-303.
- Brunner & Suddarth. (2010). Infermieristica medico-chirurgica (4th ed.). Casa Editrice Ambrosiana.
- Chang, O., Choi, E.K., Kim, I.R., Nam, S.J., Lee, J.E., Lee, S.K., Im, Y.H., Park, Y.H. & Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 15(20), pp. 8607-8612.
- Cope, D.G. (2013). Breast cancer: reviewing the past to give direction for the future. *Oncology nursing forum*, 40(5), pp. 425-428.
- Fallbjork, U., Rasmussen, B.H., Karlsson, S. & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 17(3), pp. 340-345.
- Freysteinson, W.M. (2012a). Use of mirrors as a nursing intervention to promote patients' acceptance of a new body image. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(5), pp. 533-536.

- Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2012b). The experience of viewing oneself in the mirror after a mastectomy. *Oncology nursing forum*, 39(4), pp. 361-369.
- Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Davin, K., Lewis, C., Sisk, A., Sweeney, L., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2014). The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience. *Nursing forum*.
- Gilbert, E., Ussher, J.M. & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), pp. 397-407.
- Gori, S., Levaggi, A., Biganzoli, L., Canavese, G., De Censi, A., Del Mastro, L., Frassoldati, A., Montemurro, F., Puglisi, F. & Sanguineti, G. (2014). Linee guida Neoplasie della Mammella.
- Guimarães, P. A. M. P., Resende, V. C. L., Sabino Neto, M., Seito, C. L., de Brito, M. J. A., Abla, L. E. F., ... Ferreira, L. M. (2015). Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 39(6), 993–999.
- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U. & Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 282(1), pp. 75-82.
- Heidari, M. & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian journal of palliative care*, 21(2), pp. 198-202.
- Hollen, P.J., Msaouel, P. & Gralla, R.J. (2015). Determining issues of importance for the evaluation of quality of life and patient-reported outcomes in breast cancer: results of a survey of 1072 patients. *Breast cancer research and treatment*, 151(3), pp. 679-686.
- Jun, E.Y., Kim, S., Chang, S.B., Oh, K., Kang, H.S. & Kang, S.S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 34(2), pp. 142-149.
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V.P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P. & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of surgical oncology*, 96(3), pp. 235-240.

- Kim, M.K., Kim, T., Moon, H.G., Jin, U.S., Kim, K., Kim, J., Lee, J.W., Kim, J., Lee, E., Yoo, T.K., Noh, D.Y., Minn, K.W. & Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 41(3), pp. 426-432.
- Lynn, P. (2010). *Manuale di tecniche e procedure infermieristiche di Taylor*. Ed. Piccin.
- Manganiello, A., Hoga, L. A. K., Reberte, L. M., Miranda, C. M., & Rocha, C. A. M. (2011). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 167-172.
- Medina-Franco, H., Garcia-Alvarez, M.N., Rojas-Garcia, P., Trabanino, C., Drucker-Zertuche, M. & Arcila, D. (2010). Body image perception and quality of life in patients who underwent breast surgery. *The American Surgeon*, 76(9), pp. 1000-1005.
- PDTA (2019). Percorso assistenziale per la gestione ed il trattamento del paziente affetto da tumore della mammella. Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedale Riuniti Umberto I, G.M. Lancisi, G. Salesi di Ancona.
- Piot-Ziegler, C., Sassi, M.L., Raffoul, W. & Delaloye, J.F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *British journal of health psychology*, 15(Pt 3), pp. 479-510.
- Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F. & Labeyrie-Lagardere, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18(1), pp. 41-45.
- Rowland, E. & Metcalfe, A. (2014). A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: coping with altered bodies. *Psycho-oncology*, 23(9), pp. 963-974.
- Sandham, C. & Harcourt, D. (2007). Partner experiences of breast reconstruction post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(1), pp. 66-73.
- Tortora, G.J., & Derrickson, B. (2011). *Principi di anatomia e fisiologia*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

- Wicker P. O'Neill J. (2007). Assistenza infermieristica perioperatoria. Mc Graw-Hill.

SITOGRAFIA

- AIRC (2020). Conosci il cancro. Disponibile in:
<https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/come-affrontare-la-malattia/stadiazione> [17 Febbraio 2017]
- Costa, A., Gianni, L. & Zambetti, M. (2014). Il cancro della mammella. La collana del girasole. Disponibile in:
<http://www.aimac.it/libretti-tumore/cancro-mammella-seno> [17 Febbraio 2021].
- Dri, P., Villa, R., Michienzi, A., Valetto, M.R., Gaviraghi, C. & Bellone, M. (2013). Tumore al seno. Disponibile in:
<http://www.airc.it/tumori/tumore-al-seno.asp> [16 Febbraio 2021].
- Felletti, S. (2017). Cancro? Guarisce ma solo così. Disponibile in:
<https://sites.google.com/a/b.books-now.com/en212/9781521180280-87attaGEtrudin46> [03 Gennaio 2021].
- Gale, R.P. (2018). Fattori di rischio del tumore. Disponibile in:
<https://www.msmanuals.com/it-it/casa/cancro/panoramica-sui-tumori/fattori-di-rischio-del-tumore> [03 Gennaio 2021].
- Gardini, S. (2018). Neoplasia. Disponibile in:
<https://www.genomeup.com/Glossary/neoplasia/> [23 Gennaio 2021].
- Graziottin, A. (2009). Immagine corporea e funzione sessuale dopo un tumore al seno. Disponibile in:
<http://www.alessandragraziottin.it> [17 Febbraio 2021].
- Pagani, O. (2015). Trattamenti ed effetti collaterali. Disponibile in:
<http://www.infoseno.org/iltumore-del-seno/trattamenti-ed-effetti-collaterali> [10 Marzo 2021].
- Perria, P. (2019). Neoplasie maligne e benigne: tutto quello che c'è da sapere. Disponibile in:
<https://www.doveecomemicuro.it/enciclopedia/malattie/neoplasie> [23 Gennaio 2021].
- Tancredi, R. (2014). Non so cosa dire. La collana del girasole. Disponibile in:
<https://www.aimac.it/libretti-tumore/parlare-malato-cancro> [16 Febbraio 2021].

- WHO (s.d.) Breast cancer. Disponibile in:
<http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/> [22 Gennaio 2021].
- WHO (s.d.) Cancer. Disponibile in:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [22 Gennaio 2021].

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla conclusione della stesura di questa tesi sento di dover ringraziare tutti coloro che hanno creduto in me, permettendo di realizzarmi concludendo questo percorso universitario.

In primis un sentito ringraziamento alla Prof.ssa Lizzi Alfia Amalia, relatrice di questa tesi, per la grande disponibilità e la cortesia dimostratemi, e per tutto l'aiuto fornito durante la stesura.

Ringrazio i tutor Palumbo, Giambartolomei e Falcetelli e il nostro presidente di corso Sandro Ortolani, i quali si sono messi a disposizione di tutti noi studenti al fine di arricchire, ottimizzare e garantire la nostra miglior realizzazione professionale.

Un ringraziamento speciale va ai miei genitori, Mario e Patrizia, sapete quanta difficoltà abbia nel dimostrare a parole ciò che provo, quello che posso dirvi può sembrare un semplice grazie, ma in realtà nasconde tutta l'importanza che do al sostegno che mi avete sempre dato e dimostrato in tutti questi anni, sia economico che morale, aiutandomi a credere sempre nei miei sogni. Spero possiate essere fieri di me, come io lo sono di voi.

Vorrei ringraziare mia sorella gemella Miriam, sebbene abbiamo intrapreso lo stesso percorso universitario, ma fisicamente distanti in due città diverse, non c'è mai stato un momento in cui ti sentissi lontana, nonostante tutto ci sei sempre stata. Il legame che c'è tra noi due è qualcosa di veramente speciale.

Grazie al mio ragazzo Matteo, nonostante in questo momento non potrai essermi accanto, sai sempre come farmi sentire amata, dimostrandomi quanto tu possa tenere a me, rendendomi felice. Mi hai insegnato a essere tenace e a mettere sempre tutta le energie in ciò che faccio, anche quando credo di non averne. E credimi quando ti dico che mai prima d'ora mi sono sentita così sicura del futuro, come quando ti ho accanto.

Un ringraziamento importante va ai miei nonni ovunque voi siate, e a mia nonna Maria, che malgrado i chilometri che ci separano riesco comunque a sentirti sempre vicino al cuore. So che aspettavi molto che questo momento arrivasse, ed è per questo che voglio dedicartelo.

Ringrazio i miei zii, Cleopatra, Vito e Mariano, e mio cugino Tiziano, per essere una costante nella mia vita della quale non posso farne a meno. Grazie per essere in primis miei grandi sostenitori.

Grazie alle mie amiche di vita, Camilla e Diletta, le sole parole non bastano per rievocare tutti i sorrisi e ricordi che abbiamo costruito insieme, ciò che mi auguro è di non dover mai intraprendere strade che ci divideranno, poiché non riesco ad immaginare un futuro senza di voi, ed anche se ciò accadesse sappiate che siete le sorelle che avrei sempre voluto avere.

Un grazie va anche ai miei amici e amiche, Lorena, Federica, Cristina e Flogert, il nostro rapporto è nato sin dall'infanzia e anche se con percorsi diversi siamo riusciti a coltivare la nostra amicizia, sino ad avere il rapporto meraviglioso che abbiamo ora.

Un ringraziamento speciale va alle mie compagne di avventura, Simona e Francesca, con le quali ho condiviso momenti di sconforto e di divertimento, notti passate sui libri e obiettivi raggiunti insieme. Non avrei mai potuto credere di poter stringere un legame così profondo in così poco tempo, mi sembra di conoscervi da una vita e per questo vi voglio bene.

Un ringraziamento ai miei compagni di scuola superiore, con i quali ancora oggi condivido momenti di spensieratezza, sapete sempre come farmi sorridere.

Un ringraziamento molto importante a Fabiana, Claudio e Yuri, la famiglia che mi sono scelta, grazie per avermi fatto sentire sempre a casa, per avermi accolta come una figlia nella vostra quotidianità e avermi sostenuto quando ne avevo bisogno.