



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

***Gestione assistenziale alla paziente affetta
da carcinoma mammario:
l'importanza della relazione terapeutica infermiere-paziente.***

Relatore: Chiar.ma

Prof.ssa Alfia Amalia Lizzi

Tesi di Laurea di:

Cutugno Gloria

A.A. 2020/2021

INDICE.....	pag.1
-Introduzione	
-Obiettivi	
-Strumenti di ricerca	
Capitolo 1 - I tumori e il tumore al seno.....	pag.2
1.1 Definizione di tumore.....	pag.2
1.2 Tipologie di tumori.....	pag.3
1.3 Cancerogenesi.....	pag.4
1.4 Il tumore al seno.....	pag.5
1.4.1 anatomia.....	pag.6
1.4.2 forme invasive e non invasive.....	pag.7
1.4.3 incidenza.....	pag.9
1.4.4 eziologia.....	pag.10
1.4.5 predisposizione genetica.....	pag.10
1.4.6 segni e sintomi.....	pag.11
1.4.7 diagnosi.....	pag.13
1.4.8 stadiazione e gradazione.....	pag.14
1.4.9 trattamento.....	pag.17
Capitolo 2 - Gestione assistenziale.....	pag.19
2.1 Prevenzione I.....	pag.19
2.2 Prevenzione II: la mammografia.....	pag.21
2.3 Ruolo dell'infermiere nella presa in carico.....	pag.23
2.4 Prevenzione e trattamento: gestione infermieristica.....	pag.27
2.4.1 prevenzione.....	pag.27
2.4.2 trattamento.....	pag.30
2.5 PDTA ospedali riuniti torrette.....	pag.38
2.6 Follow-up.....	pag.40
2.7 Sopravvivenza.....	pag.40
2.8 Continuità assistenziale.....	pag.41

Capitolo 3 - La relazione terapeutica.....	pag.42
3.1 Aspetto psicologico.....	pag.42
3.2 Comunicazione-informazione: il tempo di cura.....	pag.44
3.3 Codice Deontologico.....	pag.46
3.4 Legislazione.....	pag.47
3.5 Competenze infermieristiche.....	pag.49
4. Conclusioni.....	pag.51
5. Bibliografia e sitografia.....	pag.53
6. Allegati.....	pag.54
Ringraziamenti	

INTRODUZIONE

La diagnosi di tumore rappresenta un momento critico, caratterizzato da un punto di “rottura” nella vita di chi la riceve; nel caso specifico della donna affetta da carcinoma mammario, esso è avvertito come un attacco alla propria integrità personale, alla propria immagine e al proprio ruolo nella vita; sia esso di madre, di moglie o semplicemente di donna.

Il mondo viene stravolto, nella vita della paziente sembra immediatamente andare tutto in frantumi senza alcuna possibilità di ripresa e si sentirà davanti a tutto questo ingiustamente impotente.

Tra malattia e coping vige una regola generale: tanto più la malattia è dirompente, tanto più l’individuo mette in moto una serie di risposte psicologiche che si riflettono nel modo in cui esso la affronta. Non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo ma spesso, purtroppo, prevale la sfiducia e la negatività; è qui che entra in gioco il professionista infermiere che accompagna la donna durante l’intero percorso.

OBIETTIVI

Lo scopo principale di questo elaborato è quello di analizzare il ruolo dell’infermiere e della relazione che si viene a creare con la paziente nel contesto delle cure oncologiche, in particolare nei riguardi della donna affetta da carcinoma mammario; di evidenziare le molteplici competenze tecniche e relazionali che occorrono per affrontare ed aiutare ad affrontare questo tipo di percorso che porta con sé problematiche di varia natura: emotive, sociali e nell’iter diagnostico-terapeutico.

È mio obiettivo quello di mettere in luce la risorsa che può rappresentare il professionista infermiere in un contesto così delicato: il ruolo di educatore, di professionista della salute ma anche di grande aiuto psicologico nei confronti della donna.

STRUMENTI DI RICERCA

La stesura di questo elaborato è stata effettuata sulla base di una revisione della letteratura e del mio personale periodo di tirocinio clinico e di osservazione delle attività effettuato nel reparto di Oncologia dell’Azienda Ospedali Riuniti di Ancona.

CAPITOLO 1 – I TUMORI E IL TUMORE AL SENO

1.1 DEFINIZIONE DI TUMORE

Con il termine ‘tumore’ o ‘cancro’ ci si riferisce ad una condizione patologica caratterizzata da una popolazione di cellule somatiche di origine monoclonale che hanno subito una serie di mutazioni genetiche.

Poiché il DNA contiene informazioni su come le cellule del nostro organismo debbano crescere e moltiplicarsi, una sua mutazione fa sì che perda tale capacità.

Queste cellule vengono denominate “*cellule neoplastiche*”, le quali acquisiscono una loro attività proliferativa autonoma che non risponde ai normali sistemi di controllo.

La perdita del controllo della proliferazione ha luogo solo in seguito a mutazioni nei geni che controllano la divisione cellulare, la morte cellulare e i processi di riparazione del DNA.

Il nostro organismo è tuttavia in grado, attraverso processi di riparazione e attivazione del sistema immunitario, di contrastare i processi di trasformazione.

Quando questa capacità viene meno, la cellula sana subisce la trasformazione in cellula tumorale.

Tutte le cellule del nostro organismo possono accumulare mutazioni, e quindi divenire neoplastiche, esistono infatti diverse tipologie di tumore; quella presa in considerazione nell'elaborazione di questa tesi è il carcinoma mammario, una tipologia di tumore che interessa la ghiandola mammaria.

È importante sottolineare il fatto che il cancro, non colpisce soltanto il corpo, infatti oltre ad essere una patologia fisica, dalle caratteristiche precedentemente descritte, ha impatto sulla vita dei pazienti e sulla loro sfera psicologica, che si estende inevitabilmente anche alle loro famiglie.

Questi aspetti sono talmente rilevanti da poter considerare il cancro come una “*malattia biopsicosociale*”, che si ripercuote a 360 gradi sulla vita del malato.

1.2 TIPOLOGIE DI TUMORI: *le differenze principali*

I tumori, in riferimento alle caratteristiche morfologiche e alle modalità di accrescimento e di comportamento nei confronti dei tessuti limitrofi, sono distinti in due categorie:

- **Benigni:** sono costituiti da cellule che mantengono pressochè inalterate le loro caratteristiche morfologiche e funzionali pur avendo autonomia moltiplicativa.

Questa tipologia di cellule possiede uno sviluppo definito “compressivo” poiché il tumore, crescendo, comprime le cellule attorno senza distruggerle e rimane confinato all’interno della membrana fibrosa.

Questo tipo di sviluppo espansivo è lento ma può tuttavia danneggiare organi adiacenti; una volta asportato, questa tipologia di tumore, difficilmente recidiva.

- **Maligni:** sono caratterizzati da un’atipica morfologia che è tanto più spiccata quanto più è indifferenziato il tumore.

La modalità di crescita in questo tipo di tumori è più veloce ed è definita “invasiva” poiché i tessuti limitrofi vengono infiltrati e distrutti dalle cellule tumorali che si sostituiscono a quelle normali; la membrana fibrosa in questo caso viene distrutta.

L’infiltrazione delle cellule neoplastiche è molto aggressiva, non si fermano infatti di fronte alla parete dei vasi sanguigni o linfatici, i quali possono essere invasi; se ciò si verifica, ha origine quella che viene definita “*metastatizzazione*”, ossia il processo di formazione di tumori secondari a distanza da quello di origine.

Alcuni tipi di tumori sono caratteristici nel dare metastasi in determinati distretti; si parla infatti di “*tropismo metastatico*”.

Un’altra caratteristica peculiare dei tumori maligni è che possono dare origine a recidiva da eventuali cellule tumorali superstiti.

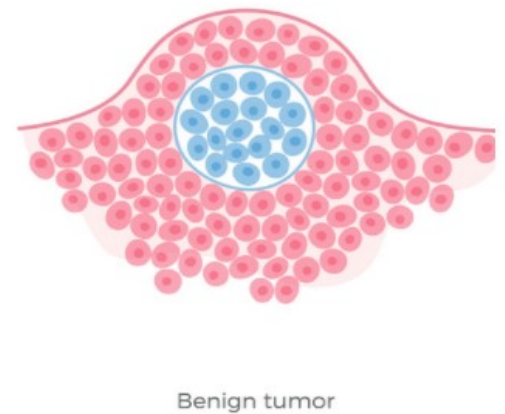


Figura 1

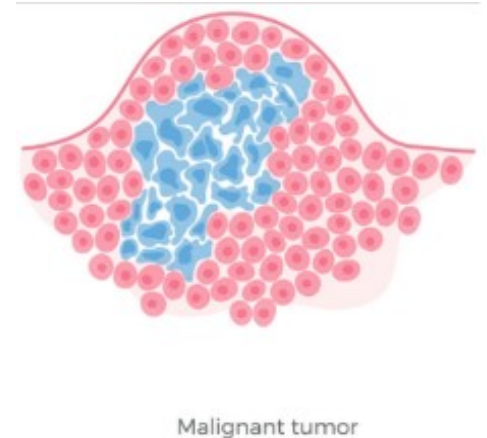


Figura 2

1.3 CANCEROGENESI

La cancerogenesi è il processo che porta alla formazione del tumore; è un processo complesso che richiede molto tempo: raramente una singola alterazione genetica è sufficiente per lo sviluppo del tumore.

Lo schema riportato nella *Figura 3* sottostante ha l'obiettivo di riassumere schematicamente quanto accade nel processo.

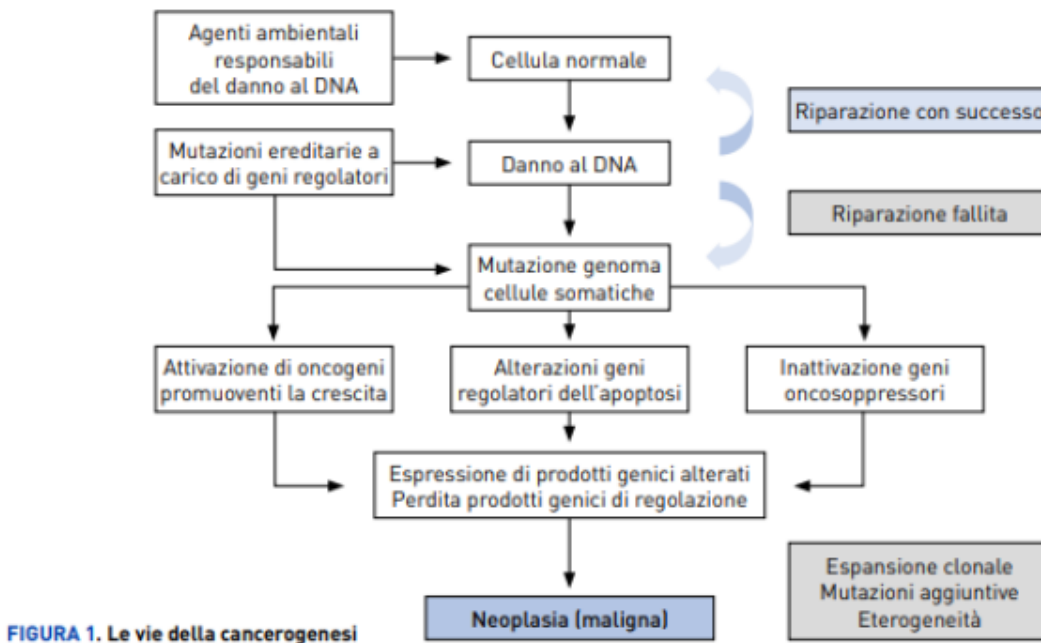


FIGURA 1. Le vie della cancerogenesi

Figura 3- (AIOM- Numeri Cancro 2020)

Possiamo suddividere la cancerogenesi nei seguenti periodi:

- *iniziazione*: quando un agente cancerogeno agisce sul DNA
- *promozione*: effettiva fase della crescita neoplastica.
- *progressione*: continuo avanzamento della malattia
- *diffusione*: se la malattia continua a progredire, il tumore può prendere la via linfatica (tipica del carcinoma mammario) o sanguigna, e quindi espandersi anche a distanza dalla sede d'origine dando origine alla metastatizzazione.

Non basta quindi una sola mutazione a livello del DNA per far sì che si sviluppi un tumore, bensì servono molteplici mutazioni addizionate tra loro senza che avvengano correttamente i processi di riparazione.

Per quanto riguarda gli altri aspetti prettamente medico-scientifici che portano alla formazione di un tumore, quali: eziologia ed epidemiologia, e tutto ciò che ne consegue, in particolar modo nei riguardi di prevalenza, sopravvivenza e guarigione mi incentrerò su studi, ricerche e dati riferiti al tumore al seno.

1.4 TUMORE AL SENO

I numeri del cancro in Italia 2020 confermano che il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (30%) è un tumore mammario.

In Italia sono stimate circa **55.000 nuove diagnosi** di carcinomi della mammella femminile nel 2020.

Secondo i dati ISTAT nel 2018 il carcinoma mammario ha rappresentato, con 13.076 decessi, la prima causa di morte per tumore nelle donne.

Dalla fine degli anni Novanta si osserva una continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (-0,8%/anno), attribuibile a maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce e quindi all'anticipazione diagnostica e anche ai progressi terapeutici.

MAMMELLA	
Incidenza	Nel 2020, sono attese circa 55.000 nuove diagnosi nelle donne
Mortalità	Nel 2020, sono stimati 12.300 decessi
Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi	87%
Sopravvivenza di ulteriori 5 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi	89%
Prevalenza	Sono 834.200 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore della mammella

Figura 4

1.4.1 Anatomia

La mammella è costituita prevalentemente da tessuto adiposo, in cui è contenuto il parenchima, ossia la componente epiteliale funzionante.

Ogni mammella contiene 15-20 strutture ghiandolari, i lobi, organizzate a loro volta in unità più piccole dette lobuli, responsabili della produzione di latte che viene escreto attraverso sottili canali definiti dotti mammari, o lattiferi, i quali convergono in prossimità del capezzolo.

Lobuli e dotti si trovano immersi nel tessuto adiposo, in cui sono presenti anche vasi linfatici e sanguigni.

La linfa contiene prodotti di rifiuto dei tessuti e cellule del sistema immunitario e si riversa nei linfonodi; le cellule tumorali possono entrare nel circolo linfatico e raggiungere i linfonodi dove possono moltiplicarsi aumentandone il volume (in tal caso, i linfonodi possono diventare clinicamente evidenti ed essere palpabili) oppure entrare direttamente nel circolo ematico; in genere, se un tumore della mammella ha interessato i linfonodi, ha maggiori possibilità di essersi già diffuso in altri organi del corpo ed essersi quindi metastatizzato.

Ci sono diversi tipi di tumore al seno, che possono svilupparsi in diverse parti del seno.

Esso può infatti essere suddiviso in quadranti, costituiti dalle quattro aree che si formano immaginando di tracciare due linee perpendicolari che si intersecano presso il capezzolo.

Quest'ultimo, con l'areola forma una quinta zona chiamata "complesso areola-capezzolo"

Ad ognuno dei quadranti è stato possibile, attraverso studi, attribuire una diversa percentuale di probabilità di sviluppare carcinoma.

Statisticamente è la zona del cavo ascellare e nel quadrante superiore esterno quella maggiormente colpita da tumore (45%), mentre delle due mammelle, quella più frequentemente colpita da tumore è la sinistra.

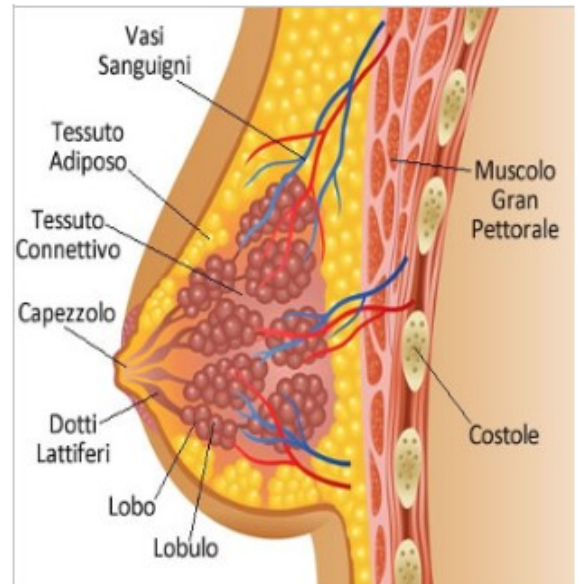


Figura 5

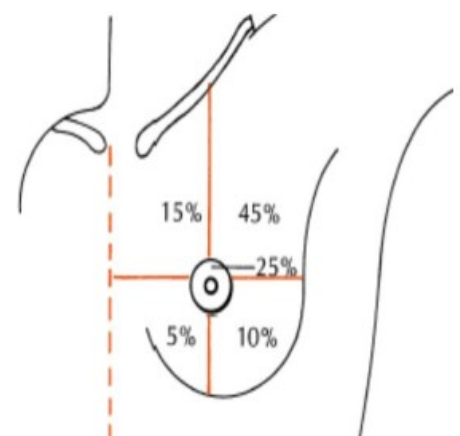


Figura 6- Distribuzione in percentuale del carcinoma della mammella nei diversi quadranti (Dionigi et al., 2016)

1.4.2 Forme invasive e non invasive

La regione mammaria può andare incontro all'insorgenza di tumori che possono interessare oltre che l'epitelio e lo stroma della ghiandola vera e propria anche i tessuti molli, la cute ed il tessuto emopoietico e linfoide.

Il carcinoma mammario è una proliferazione maligna delle cellule epiteliali che rivestono i dotti o lobuli della mammella.

Una prima importante distinzione può essere fatta tra forme non invasive e forme invasive.

Tra le forme **non invasive** si identificano due grandi gruppi:

- **DIN**: neoplasia duttale intraepiteliale (**carcinoma in situ**) ovvero il tumore che colpisce le cellule dei dotti
- **LIN**: neoplasia lobulare intraepiteliale ovvero il tumore che colpisce le cellule dei lobuli

Queste forme non si espandono al di fuori del seno e difficilmente questa forma danno luogo a noduli palpabili al tatto, più spesso vengono identificati attraverso la mammografia. La più comune forma di carcinoma in situ è il carcinoma duttale in situ.

Le **forme invasive** sono invece:

- Il carcinoma duttale: rappresenta il 70-80% di tutte le forme di cancro del seno e si tratta di cellule tumorali che hanno superato la parete del dotto
- Il carcinoma lobulare: rappresenta il 10-15% di tutte le forme di cancro del seno si tratta di cellule tumorali che hanno superato la parete del lobulo; può colpire contemporaneamente i due seni o colpire in più punti la stessa mammella.

Con il tempo le cellule tumorali superano la membrana basale, penetrano nel tessuto adiposo mammario, e possono, così invadere i vasi linfatici o ematici diffondendosi in altre parti del corpo

C'è una rapida diffusione linfatica attraverso il tessuto mammario con una metastatizzazione ai linfonodi ascellari.

Si distinguono tre sottogruppi di tumori mammari:

- **tumori recettori ormonali positivi**, cioè con positività dei recettori per gli estrogeni e/o per il progesterone: nell'esame istologico sono di solito indicati con le sigle ER / PgR e la positività espressa in percentuale.

Essi rappresentano la maggioranza dei tumori mammari e la loro crescita è determinata dalla presenza degli ormoni femminili, gli estrogeni e il progesterone; tali ormoni infatti incentivano e sostengono la moltiplicazione cellulare

- **tumori HER2-positivi** , nell'esame istologico definito come "c-erbB2 score 3+" oppure come "HER2 amplificato"; possono avere i recettori ormonali positivi o negativi.

Nei tumori "HER2-positivi" la crescita delle cellule tumorali è dovuta alla stimolazione del recettore HER2 (dall'inglese, *fattore di crescita epidermico umano di tipo 2*), che anche nelle cellule sane ha la funzione di stimolare la crescita e la proliferazione.

Nelle cellule tumorali questo recettore è "iperespresso", cioè presente in sovrabbondanza, determina così una crescita rapida e incontrollata delle cellule.

Questa forma tumorale rappresenta circa il 15-20% di tutti i tumori della mammella che in passato rappresentava una delle forme più aggressive di malattia; oggi invece, grazie alla presenza di farmaci che interferiscono specificamente bloccando il recettore HER2 è cambiato radicalmente il decorso clinico.

- **tumori triplo-negativi:** in questa ultima categoria si concentrano differenti tipi biologici di tumore che hanno come caratteristica comune quella di non presentare né i recettori per gli ormoni, né l'iperespressione di HER2.

Questi rappresentano circa il 15% di tutti i tumori della mammella e la chemioterapia è l'unica terapia utilizzabile, dal momento che, a differenza di quanto avviene nei tipi recettori ormonali positivi e HER2-positivi, manca un bersaglio specifico (il cosiddetto "target") per la cura della malattia.

La prognosi è sensibilmente peggiore rispetto agli altri tipi: la sopravvivenza delle pazienti con malattia metastatica può essere anche inferiore ai 12 mesi dalla diagnosi ed è particolarmente severa in caso di metastasi al cervello, sede non rara di ripresentazione della malattia.

1.4.3 Incidenza

Con il termine di casi incidenti si indicano i casi diagnosticati in uno specifico periodo, di solito un anno; secondo i dati AIRTUM del 2020, il tumore più frequentemente diagnosticato è il carcinoma della mammella (54.976 casi, pari al 14,6% di tutte le nuove diagnosi), esso infatti occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza rappresentando il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali.

Sede	Maschi	Femmine	Totale
	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Mammella		54.976 (30,3)	54.976 (14,6)

TABELLA 6. Numero di nuovi casi di tumore (e percentuali sul totale) stimati per il 2020 in base al sesso e per le sedi più frequenti[§]. Sono esclusi i carcinomi della cute non melanomi

[§] Il numero totale dei casi stimati per il 2020 è stato calcolato applicando un modello statistico indipendente da quello usato per ciascuna singola sede

* VADS (Vie Aero Digestive Superiori): comprendono lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe

** Sono inclusi: rene, pelvi e uretere

*** Sono inclusi tumori infiltranti e non infiltranti

**** Sono inclusi 589 casi di tumori della mammella maschili

Figura 7

Non soltanto è il tumore più frequente ma è anche il più frequente in ogni classe di età

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
Totale casi incidenti	100% n=15.829	100% n=76.201	100% n=102.724	100% n=29.918	100% n=66.446	100% n=85.493
1°	Testicolo 12%	Prostata 22%	Prostata 20%	Mammella 41%	Mammella 35%	Mammella 22%
2°	Melanomi 10%	Polmone 14%	Polmone 17%	Tiroide 15%	Colon-retto 11%	Colon-retto 16%
3°	LNH 8%	Colon-retto 12%	Colon-retto 14%	Melanomi 8%	Utero (corpo) 7%	Polmone 8%
4°	Tiroide 8%	Vescica* 9%	Vescica* 11%	Colon-retto 4%	Polmone 7%	Pancreas 6%
5°	Colon-retto 7%	VADS** 5%	Stomaco 5%	Utero cervice 4%	Tiroide 5%	Stomaco 5%

TABELLA 7. Cinque tumori più frequenti (esclusi i carcinomi della cute non melanomi) come percentuale sul totale dei tumori incidenti stimati per il 2020, per sesso e fascia di età

Pool AIRTUM, 2008-2016. I dati presentati non sono frutto di stime ma sono casi reali forniti dai registri per le annate indicate

*Sono incluse neoplasie infiltranti e non infiltranti

**VADS (Vie Aero Digestive Superiori), comprendono le seguenti sedi: lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe

1.4.4 Eziologia

Come per la maggioranza dei tumori maligni, non si conoscono le cause del carcinoma mammario, tuttavia sono noti alcuni fattori di rischio che aumentano la possibilità di sviluppare tale neoplasia:

- sesso femminile (150:1 - rapporto femmina:maschio)
- età > 30 anni con massima incidenza dopo i 50 anni
- anamnesi familiare positiva in parenti di 1° grado: si tratta infatti di un tumore “ereditario” (nota bene: si eredita la mutazione genetica e non il tumore.)
- precedente carcinoma alla mammella controlaterale
- fattori riproduttivi ed ormonali: correlati ad una maggiore esposizione agli estrogeni
 - comparsa precoce del menarca
 - entrata tardiva della menopausa
- esposizione a radiazioni ionizzanti nell'infanzia o nell'adolescenza
- sovrappeso\ obesità
- consumo di alcool
- mutazioni genetiche predisponenti
 - gene BRCA1
 - gene BRCA2
 - gene p53

1.4.5 Predisposizione genetica

Quando si parla di tumore è spesso ricorrente il concetto di un'eventuale ereditarietà di esso: *perchè?*

Sono diversi i tumori che, tra i fattori di rischio, annoverano la predisposizione genetica, per esempio i tumori della mammella e dell'ovaio.

La predisposizione ereditaria si sospetta sulla base dell'anamnesi medica ed è legata alla trasmissione di determinate varianti patogenetiche situate in geni specifici del nostro patrimonio ereditario.

I due geni responsabili del 50% delle forme ereditarie di tumori della mammella e dell'ovaio sono il gene BRCA1 (presente sul cromosoma 17) e il gene BRCA2 (presente sul cromosoma 13).

I geni **BRCA1** e **BRCA2** (**BR** per breast = seno e **CA** per cancer = cancro) fanno parte di un complesso di “proteine riparatrici”, controllano infatti la proliferazione cellulare e

il riparo del DNA, agendo come inibitori della moltiplicazione incontrollata di cellule anomale che possono causare l'insorgenza dei tumori; sono infatti oncosoppressori e la loro funzione si esprime principalmente su seno ed ovaio.

Avere mutazioni in uno di questi geni, e quindi un errore della sequenza del DNA, vuol dire non essere in grado di riparare correttamente i danni che il DNA può subire nel corso del tempo, con un conseguente aumento del rischio di sviluppare tumori.

Rispetto alla popolazione generale, le portatrici di mutazioni nei geni BRCA1 e 2 vedono aumentare il loro rischio di sviluppare un tumore al seno fino al 60-90%, a seconda del tipo di mutazione e della storia familiare.

È importante specificare che essere in possesso di una variante patogena dei geni BRCA1 e BRCA2 non si associa necessariamente alla futura insorgenza di un tumore, ma indica comunque una **predisposizione ereditaria** e, dunque, un importante fattore di rischio in più di sviluppo di malattia rispetto a quelli di un individuo di pari età, sesso e condizioni ambientali della popolazione generale.

D'altro canto, l'assenza di variante patogenetica, indica un'assenza di rischio correlato ai suddetti geni, ma l'individuo potrebbe comunque recare varianti patogenetiche in altri geni o essere comunque esposto ad altri fattori di rischio che potrebbero condurre all'insorgenza di un tumore.

1.4.6 Segni e sintomi

Il cancro della mammella si manifesta in modalità differenti a seconda dello stadio in cui si trova al momento dell'osservazione.

La sintomatologia infatti è legata a diversi fattori quali:

- età della paziente
- tipo istologico
- grado di differenziazione cellulare
- diffusione locale o a distanza.

Esame clinico

Si compone di ispezione e palpazione dei seni per verificare l'esistenza di: noduli, alterazioni della cute e del capezzolo, edemi loco-regionali o secrezioni.

Il cancro della mammella raramente dà dolore, spesso, il primo segno ad evidenziarsi è un nodulo o un'area ispessita nel seno, tuttavia la maggior parte dei noduli, circa il 90% non sono forme tumorali.

Alcuni possibili segni e sintomi sono:

- cambiamenti nella forma o nelle dimensioni di una o di entrambe le mammelle
- secrezione dai capezzoli di sostanze sierose o ematiche
- rigonfiamenti sulle ascelle
- avvallamenti, fossette sulla pelle del seno
- arrossamenti della cute attorno al capezzolo
- cambio nell'aspetto del capezzolo o retrazione dello stesso
- alterazione della cute (eventuale cute a buccia d'arancia)
- dolore ingiustificato al seno o all'ascella

Attraverso un attento esame obiettivo della morfologia del seno, la lesione si presenta di volume variabile, non dolente, di consistenza dura, a margini irregolari e limiti indistinti, non dissociabile dai tessuti circostanti e poco mobile sui piani sia superficiali sia profondi.

Qualora il tumore non sia stato diagnosticato in fase iniziale, **nelle fasi più avanzate** della malattia, il carattere infiltrativo della lesione può essere evidenziato dai seguenti segni e sintomi:

- irregolarità del profilo della mammella
- retrazione della cute o del capezzolo
- ulcerazione della pelle della mammella
- infiammazione con conseguente edema per diffusione nodulare della linfa con l'aspetto a buccia d'arancia della cute
- presenza di linfonodi ascellari o sopraclaveari ingrossati

I linfonodi ascellari clinicamente aumentati di volume sono nel 75% dei casi sede di metastasi al successivo esame istologico, mentre nel 25% dei casi è possibile riscontrare la presenza di micrometastasi in linfonodi ascellari indenni alla palpazione.

Eventuali segni di una diffusione metastatica a distanza possono essere caratterizzati dalla presenza di:

- dolori lombo-sciatalgici
- epatomegalia con o senza nodularità
- dispnea a riposo con o senza versamento pleurico.

Inoltre, in presenza di **metastasi**, i sintomi possono variare a seconda del luogo in cui si è sviluppata la metastasi:

- metastasi ossee: forte dolore
- metastasi polmonari: tosse o dispnea progressiva
- metastasi epatiche: asintomatica fino allo sviluppo di insufficienza epatica in fase avanzata
- metastasi cutanee: papule, ulcerazioni, corazze
- metastasi cerebrali: ipertensione endocranica che si manifesta con cefalea, nausea e vomito.

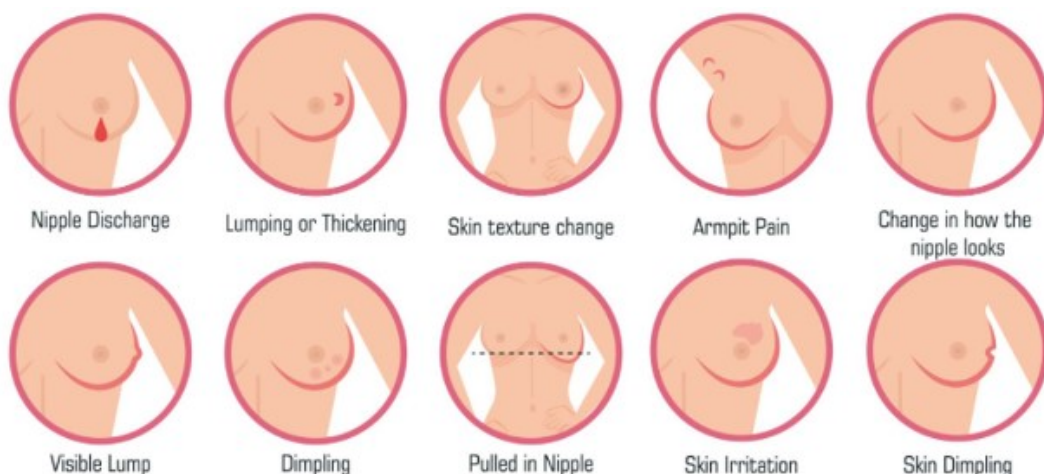


Figura 9

1.4.7 Diagnosi

A completamento dell'esame clinico precedentemente descritto, nei casi in cui sia palpabile una massa la cui diagnosi è incerta, per porre diagnosi di carcinoma mammario sono indicate le seguenti indagini strumentali:

-mammografia: è l'esame più importante per porre diagnosi poiché permette di rilevare segni suggestivi di una lesione maligna, verificare l'esistenza di noduli, microcalcificazioni, segni di infiltrazione e distorsione del parenchima; è un esame radiografico che permette di rilevare anche lesioni di pochi millimetri e, con i nuovi apparecchi, di prelevare un campione per la biopsia.

-ecografia: utile come integrazione dell'esame clinico e della mammografia soprattutto in caso di donne giovani e quindi con seni che risultano opachi alla mammografia;

-biopsia: è in grado di fornire quei dati utili sulla natura e le caratteristiche istopatologiche della lesione al fine di porre una diagnosi definitiva.

Oggi è meno frequente che nel passato osservare lesioni neoplastiche della mammella in una fase così avanzata da poter rilevare semeiologicamente i caratteri sopra descritti.

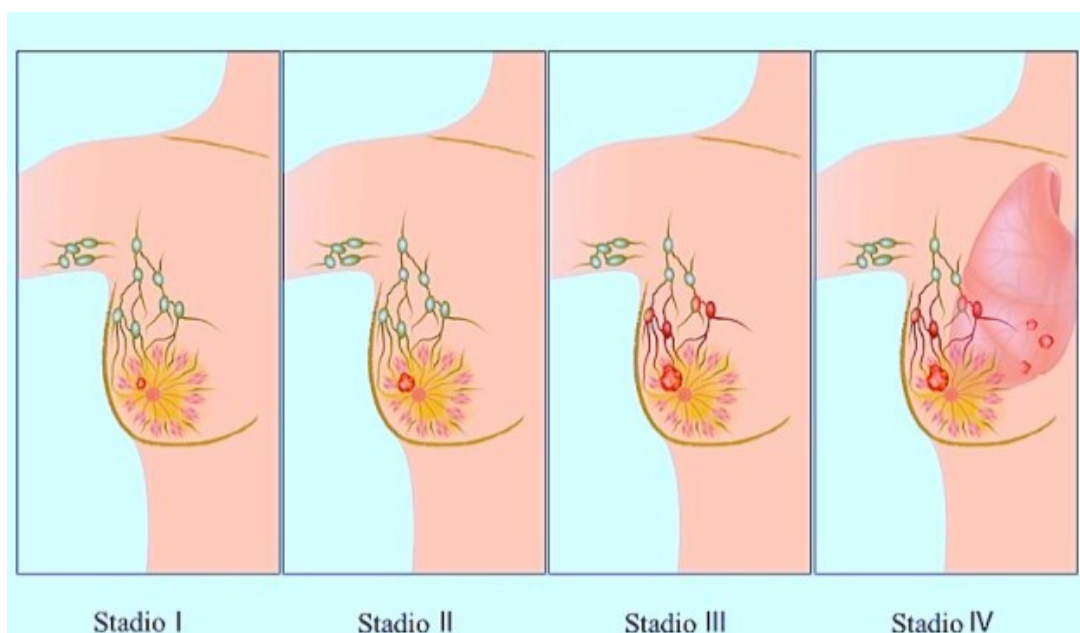
Infatti, la possibilità di avvalersi di metodiche diagnostiche in grado di orientare ad una diagnosi precoce lesioni ancora in fase preclinica e quindi asintomatiche, rende tali neoplasie suscettibili di un trattamento terapeutico spesso curativo.

1.4.8 Stadiazione

Valuta l'estensione del carcinoma e le eventuali metastasi; è necessario quindi effettuarla prima di iniziare qualsiasi intervento terapeutico.

La maggior parte dei tumori della mammella si sviluppa inizialmente all'interno di un dotto, solo in una fase successiva, man mano che il tumore aumenta di volume, si infiltra nello stroma periduttale raggiungendo le strutture linfatiche e vascolari ed infine diffonde ai linfonodi ascellari o ad altre stazioni linfatiche e agli organi a distanza.

Dal punto di vista evolutivo, il carcinoma mammario è stato suddiviso in cinque stadi in base all'ingravescenza (S0-S4), dove lo stadio 0 rappresenta i carcinomi non invasivi "in situ" mentre lo stadio 4 è lo stadio avanzato metastatizzato che ha coinvolto anche altri organi al di fuori del seno.



La stadiazione del carcinoma mammario è rilevante nella programmazione della strategia terapeutica ed è inizialmente clinica, formulata sulla base di:

- **Esame obiettivo**
- **Rx torace**
- **Ecografia addominale**
- **Scintigrafia ossea**
- **Determinazione di marcatori tumorali:** prodotti metabolici o di derivazione dalle cellule tumorali dosabili nel siero; i markers tumorali relativi al carcinoma mammario sono il **CEA** (Antigene Carcinoembrionario) e **CA 15-3** (Antigene Carboidrato). Poiché la loro presenza è influenzata anche da altre cause oltre che per la patologia neoplastica, non sono rari i casi di falsi positivi o falsi negativi; il loro dosaggio è infatti utile nel caso dell'identificazione di un tumore in partenza o per la valutazione della malattia residua dopo l'intervento chirurgico.
- **Esami di laboratorio:** in particolare la *fosfatasi alcalina*, qualora presenti valori elevati, può essere espressione di malattia metastatica sia al fegato che allo scheletro. Anche *transaminasi*, *gamma-GT* e *bilirubinemia*, qualora elevate, possono rappresentare un buon segnale della presenza di malattia metastatica epatica.

Solo successivamente a questi step la stadiazione sarà integrata da analisi istopatologiche.

Esiste anche un altro sistema di classificazione, chiamato **TNM**:

T: valuta l'estensione sulla base della misurazione del diametro massimo (da Tx a T4)

N: indica se i linfonodi adiacenti al tumore presentano cellule maligne (da Nx a N3)

M: indica la presenza o meno di metastasi (da Mx a M1)

Il tropismo metastatico del carcinoma mammario si verifica principalmente in: *ossa, polmoni, fegato e cervello*.

Oltre a darci informazioni nei riguardi della stadiazione della neoplasia, le metastasi, sono essenziali per evidenziare una sostanziale differenza nella malattia oncologica; il tumore al seno metastatico è infatti definito come una patologia cronica curabile, e dunque può essere sottoposto a terapia, controllato, e talvolta può regredire ma non è guaribile.

Il tumore al seno non metastatico invece, soprattutto se diagnosticato in fase precoce e gestito in maniera tempestiva ed opportuna, è considerato guaribile.

Gradazione

Il grado istologico, anche definito “grading” di un tumore, rappresenta una misura del grado di aggressività o di differenziazione cellulare.

Questo parametro descrive quanto la neoplasia si discosta, istologicamente parlando, dal suo tessuto originario; quindi definisce quanto una lesione sia ben differenziata (G1), moderatamente (G2) e scarsamente differenziata (G3) e costituisce pertanto un parametro fondamentale da valutare ogni carcinoma mammario di nuova diagnosi.

Il grado istologico è un importante fattore prognostico indipendente e ha anche un valore predittivo poiché correla con la risposta alle terapie mediche.

Il sistema di grading istologico è stato proposto da Elston ed Ellis e si basa sulla valutazione di tre parametri:

- percentuale di formazione di strutture tubulari
- numero di mitosi
- pleomorfismo nucleare.

Ad ognuno di questi parametri viene poi assegnato un punteggio che varia da 1 a 3; la somma dei tre punteggi determina uno score globale in base al quale si definisce il grado istologico:

- **grado 1** (G1), carcinoma ben differenziato (score da 3 a 5);
- **grado 2** (G2) carcinoma moderatamente differenziato (score 6 o 7);
- **grado 3** (G3) carcinoma scarsamente differenziato (score 8 o 9).

LINFONODO SENTINELLA

L'analisi dei linfonodi ascellari è una procedura diagnostica che permette di ottenere indicazioni preziose riguardo la diffusione della neoplasia e quindi la sua stadiazione: se è circoscritto al seno o se ha iniziato a diffondersi ad altri tessuti

Lungo i vasi linfatici è presente una rete di linfonodi posti in sequenza: il "linfonodo sentinella" rappresenta la prima stazione di drenaggio di una catena linfonodale ed è quindi il primo a essere raggiunto da cellule tumorali che migrano dal tumore.

L'informazione ricavata da questo esame consente di:

- impostare al meglio la terapia
- risparmiare eventualmente lo svuotamento del cavo ascellare

1.4.9 Trattamento

La cronicità delle malattie oncologiche, il carcinoma mammario in questo caso, richiede la piena condivisione di un progetto terapeutico ben delineato.

Stadiazione e gradazione sono elementi propedeutici per impostare una terapia adeguata e per prevedere la prognosi.

È importante pensare che così come tutte le persone sono diverse, anche le malattie sono diverse e che ogni esperienza di malattia, così come ogni persona, è unica: non esiste una paziente con malattia metastatica uguale a un'altra, né un tumore uguale ad un altro.

La prima cosa da tenere presente quando si parla di carcinoma della mammella e, in particolare di tumore in fase metastatica, è che si parla in realtà di malattie diverse, che hanno una differente componente biologica, un differente comportamento clinico ed una differente evoluzione e che necessitano quindi di differenti trattamenti e strategie terapeutiche.

Sulla base della stadiazione della neoplasia si sceglie la strategia terapeutica più idonea che può essere così schematizzata:

- **Carcinoma in situ:** Chirurgia +/- Radioterapia + tamoxifene (se tumore recettore ormonale positivo)
- **Stadi I e II:** Chirurgia +/- Radioterapia + Adjuvante
- **Stadio III:** Neoadjuvante + Chirurgia +/- Radioterapia +/- Adjuvante
- **Stadio IV:** Terapia Sistemica e Palliativa.

È necessario precisare che:

- Terapia neoadjuvante, adjuvante e sistemica si avvalgono di farmaci citotossici, ormonoterapia, target-terapia.

I tumori che esprimono recettore per gli estrogeni vengono trattati con ormonoterapia a cui si associa, nei casi a rischio recidiva, la chemioterapia. Quelli privi di recettori ormonali si trattano attraverso chemioterapia. Indipendentemente dalla presenza o meno dei recettori ormonali se il tumore è Her2 positivo si aggiunge il trastuzumab.

- La chirurgia può essere associata o meno alla radioterapia non perchè la radioterapia sia opzionale ma perchè dipende dal tipo di trattamento chirurgico:

Gli interventi conservativi (es. quadantectomia) devono essere sempre seguiti da radioterapia della mammella residua.

- Gli interventi di chirurgia radicale (mastectomia) portano via tutto, di conseguenza e non c'è più tessuto mammario da irradiare ed in questi casi la radioterapia si effettua solamente nei tumori avanzati che hanno invaso parete toracica e linfonodi.

I trattamenti per il carcinoma mammario avanzato comprendono trattamenti farmacologici sistemici e trattamenti locali ed hanno principalmente due obiettivi:

- ✓ Aumentare la sopravvivenza delle pazienti
- ✓ Migliorare la qualità di vita controllando la malattia e riducendo i sintomi

CAPITOLO 2 – GESTIONE ASSISTENZIALE

2.1 PREVENZIONE I

La prevenzione racchiude un insieme di attività, azioni ed interventi che mirano a ridurre la morbilità, la mortalità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o a una certa patologia promuovendo la salute dell'individuo e della collettività, coinvolgendo varie professioni in campo sanitario.

Come sancito dal **Profilo Professionale** (D.M. 14 settembre 1994, n. 739) *“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”*

Da questo evince l'importanza dell'infermiere come educatore e come professionista della salute anche in ambito della prevenzione, che ricopre un ruolo fondamentale nella vita di ogni individuo.

La prevenzione primaria è la forma classica e principale di prevenzione e comprende tutti gli interventi destinati ad ostacolare l'insorgenza delle malattie nella popolazione; lo scopo è quindi quello di ridurre l'incidenza del cancro agendo sui fattori di rischio modificabili e aumentando la resistenza individuale a questi e comprende tutti gli interventi da attuarsi “a monte”, cioè prima dell'instaurarsi di un qualsiasi stato di malattia andando ad agire su tutti i potenziali fattori di rischio.

Il rischio di ammalarsi di tumore è direttamente proporzionale alla presenza e al numero di tali fattori di rischio e rimarrà invariato se questi non vengono modificati.

Questo tipo di prevenzione è diretta quindi alle persone sane e anche a quelle guarite dal tumore e viene attuata attraverso:

- progetti di educazione alla salute e campagne di sensibilizzazione/informazione alla popolazione
- profilassi immunitaria (vaccinazioni)
- interventi sull'ambiente per eliminare o correggere le possibili cause delle malattie
- interventi sull'uomo per rilevare e correggere errate abitudini di vita
- individuazione e correzione delle situazioni che predispongono alla malattia

Anche il **Codice Deontologico** cita l'importanza dell'infermiere in questo ambito; attesta infatti quanto segue:

“La prevenzione delle malattie e l'educazione sanitaria, insieme all'assistenza dei malati e disabili, sono le principali funzioni dell'infermiere che quindi promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e diffonde una cultura della salute. A tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi ed operatori in quanto l'assistenza infermieristica è al servizio della persona e della collettività e si realizza attraverso interventi specifici autonomi e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa.”

Possiamo così riassumere le principali funzioni dell'infermiere:

- ✓ opera nell'ambito della prevenzione informando, educando e sostenendo il cittadino, la famiglia e la comunità verso i corretti stili di vita e il rispetto dell'ambiente.
- ✓ individua e gestisce i bisogni di assistenza della persona e della famiglia promuovendo e sostenendo il recupero ed il mantenimento della maggior autonomia possibile, educando il singolo e le sue persone di riferimento all'autocura e ad adeguati stili di vita
- ✓ l'operato si applica dalla prevenzione, attraverso interventi centrati sulla rimozione delle cause di malattia, alla promozione della salute.

Le principali modalità per ridurre il rischio di sviluppare un tumore sono riassunte, a cura della Organizzazione Mondiale della Sanità, della IARC e della Commissione Europea, nel **Codice Europeo Contro il Cancro**.

Il documento consiste in 12 regole raccolte, su iniziativa della Commissione europea, per informare i cittadini sulle azioni che ciascuno può intraprendere nella propria vita quotidiana per diminuire il rischio di sviluppare un tumore.

Queste norme possono influenzare sia la vita di chi le mette in atto sia quella di chi gli sta vicino: si stima che il 30% dei tumori in Europa potrebbe essere evitato se tutti seguissero i comportamenti suggeriti dal Codice.

Per la lettura completa del Codice si rimanda all'[Allegato n.1](#)

2.2 PREVENZIONE II: la mammografia

Rappresenta il secondo tipo di prevenzione ed ha come obiettivo l'individuazione precoce dei soggetti ammalati o ad alto rischio riducendo la durata e la gravità della malattia che si è già instaurata.

Gli interventi di prevenzione secondaria rivolti a gruppi di popolazioni sono definiti *screening*; lo strumento essenziale è la diagnosi precoce ed è rivolta a persone ritenute a rischio.

Una diagnosi precoce è fondamentale in quanto rende ancora attuabili interventi terapeutici in grado di condurre alla guarigione della malattia prima del suo aggravarsi.

La maggior parte dei tumori ha una crescita molto lenta, una storia che è spesso lunga decenni prima che si abbia la diagnosi; difatti, una volta avutane la conferma diagnostica, nel caso di un paziente sintomatico, si scopre che la storia è silenziosamente cominciata molti anni prima.

Una regola vale per tutti i tumori maligni: tanto più piccolo è il tumore, tanto maggiori sono le probabilità di guarigione; a tal proposito le campagne di screening oncologico ricercano tumori asintomatici e frequenti e rivelano la presenza di tutte quelle neoplasie che si sarebbero manifestate più avanti nel tempo in uno stadio più avanzato, e quindi più difficili e dispendiose da curare e con meno speranze di guarigione.

Lo screening per il carcinoma mammario è un programma incluso nei **LEA** che, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, si estende a tutte le donne di età compresa *tra i 50 ed i 69 anni* e prevede l'esecuzione della mammografia ogni due anni.

La mammografia è un esame diagnostico che prevede vengano effettuate due proiezioni radiografiche, una dall'alto ed una lateralmente, e che i risultati vengano valutati separatamente da due radiologi per garantire una maggiore affidabilità della diagnosi e un minor rischio di errore.

In caso di esito positivo, la donna viene invitata ad eseguire una seconda mammografia, un'ecografia ed una visita clinica che confermino l'effettiva presenza di un tumore, prima di procedere al relativo trattamento medico-chirurgico.

Per le donne sane ma con un'importante storia familiare di carcinoma mammario o portatrici di una mutazione e che quindi hanno un rischio più alto di sviluppare un tumore del seno, è previsto un programma di sorveglianza clinico-strumentale personalizzato.

A tal proposito, nel 2012 diverse Regioni hanno attivato percorsi specifici che prevedono una risonanza magnetica con mezzo di contrasto a cadenza annuale, a seconda dei casi associata a mammografia e/o ecografia; questa tipologia di screening per chi ha fattori di rischio ereditari viene effettuata a partire dai 25 anni oppure, verificato da una precedente anamnesi familiare a quale età i vari membri della famiglia hanno sviluppato il tumore, 10 anni prima dell'età di insorgenza della malattia nel familiare più giovane. Non è sbagliato affermare che l'efficienza delle campagne di screening misura l'efficienza del sistema sanitario.

I dati che seguono sono relativi alla **Sorveglianza PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e si riferiscono all'attività svolta dai programmi di screening mammario nel periodo annuale 2017-2020: evidenziano che in Italia il 75% delle donne fra i 50 e i 69 anni si sottopone allo screening mammografico a scopo preventivo; alla regione Marche è assegnata una percentuale riguardante la 'Copertura screening mammografico totale' pari all'83,1%, che confrontandolo con le altre regioni risulta uno dei migliori valori.

Emerge un chiaro gradiente di diversità tra Nord e Sud: facendo una media risulta che la percentuale di popolazione target sottoposta allo screening mammografico al Nord è dell'84% che si abbassa fino al 62% nelle Regioni meridionali.

La visualizzazione completa dell'intero documento "Sorveglianza PASSI" la si può trovare nell'[Allegato n.2](#).

L'impatto dello screening mammografico sulla mortalità

Dagli anni '90 in poi si sta assistendo ad un continuo e graduale calo della mortalità da cancro alla mammella; una delle principali cause è sicuramente l'efficienza delle campagne di screening. In tale contesto, è importante sottolineare che, al contrario di quelli organizzati, gli screening spontanei possono comportare anche rischi di sovra-diagnosi, ossia l'identificazione di lesioni tumorali che, seppur confermate istologicamente (e quindi non falsi positivi), non avrebbero avuto un ruolo attivo nel corso della vita del soggetto in assenza di screening.

Viene quindi ulteriormente confermato che, per rendere standard una procedura di screening, deve essere chiaramente evidente un rapporto rischio-beneficio a netto favore del beneficio in termini di riduzione dell'incidenza, della mortalità o aumento della sopravvivenza.

2.3 RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA PRESA IN CARICO

Il ruolo infermieristico in ambito oncologico ha inizio con la presa in carico della paziente con una visione olistica, non limitandosi quindi solo alla cura del sintomo e della malattia, bensì a tutto ciò che ne consegue.

Un tumore è infatti un fenomeno dinamico, che cambia ed influenza tutti gli aspetti ed i bisogni della persona che devono essere considerati fin dal primo momento nella presa in carico; gli aspetti da tenere in considerazione sono i seguenti:

- *biologico\fisico*: comprende i cambiamenti corporei e gli effetti collaterali delle terapie.
- *psichico\emotivo*: al momento della diagnosi di tumore il mondo della paziente viene completamente rivoluzionato e si sentirà crollare la terra da sotto i piedi; è essenziale farle sapere che non è sola e supportarla in ogni fase del processo.
- *sociale*: la vita lavorativa e\o familiare subiranno notevoli cambiamenti in relazione allo stato di salute della paziente, a tal proposito è necessario evitare che si senta “persa” per quanto concerne il proprio ruolo (madre, moglie, lavoratrice ecc..)
- *culturale\spirituale*: da tenere in considerazione anche la fede della paziente e ciò che rappresenta il concetto di malattia.

La presa in carico da parte dell'infermiere viene attuata con un **accertamento infermieristico** che viene definito di tipo “globale” poiché va ad indagare tutte le sfere della paziente in modo da elaborare le diagnosi infermieristiche più appropriate e pertinenti al caso.

È di fondamentale importanza andare ad individuare quali sono i modelli disfunzionali della paziente e quali invece quelli che risultano ancora ottimali: questo step costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici più appropriati; nei riguardi dei modelli disfunzionali, si imposteranno interventi infermieristici volti ad un loro miglioramento o recupero se possibile, i modelli che non hanno subito variazioni e che risultano ottimali invece offriranno un punto di forza per la paziente e saranno quelli sui quali fare leva preservandone l'integrità.

Ciò che segue l'accertamento è l'elaborazione di **diagnosi infermieristiche** che si distinguono in:

- promozione della salute: quando non si evidenziano problemi ma si vuole aumentare il livello di benessere

- attuali: nei riguardi di problemi reali ed attualmente presenti
- di rischio o potenziali: quando il problema non è presente ma si può verificare se il professionista sanitario non interviene
- a sindrome: contiene un insieme di diagnosi

Le diagnosi più probabili di una paziente affetta da carcinoma mammario sono sicuramente le diagnosi attuali e quelle di rischio e possono comprendere:

- ansia correlata all'ambiente ospedaliero, incertezza dell'esito\malattia che si manifesta con agitazione, apprensione e collera
- coping inefficace correlato ad alterazioni dell'integrità corporea che si manifesta con ansia e preoccupazioni
- rischio di senso di impotenza
- interruzione di processi familiari correlata a paura che si manifesta con: difficoltà relazionali del sistema familiare che non è in grado di comunicare al proprio interno in modo aperto e costruttivo
- disturbo del concetto di sé
- dolore acuto\cronico

Fin dall'inizio del percorso terapeutico, è previsto un modello di **presa in carico multidisciplinare** realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei familiari.

Questa tipologia assistenziale è garantita da appositi PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) personalizzati.

Nell'intraprendere il PDTA la donna si trova a contatto con molti professionisti della salute, tra i quali anche l'infermiere di senologia che viene visto come un punto di forza all'interno del team multidisciplinare, in quanto manager del PDTA, rappresenta il filo conduttore tra i diversi professionisti.

In Italia nel 2014 venne pubblicato il [primo curriculum per l'infermiere di senologia](#) da parte del gruppo di lavoro *Senonetwork*; all'interno del documento viene citata la figura del "Breast Care Nurse" definito come il professionista che prende in carico la persona con patologia mammaria dal momento della diagnosi fino al follow up.

Il Breast Care Nurse è la figura assistenziale che:

- garantisce e facilita la comunicazione con la donna, i familiari e i caregiver

- fornisce informazioni su trattamenti chirurgici, farmacologici e riabilitazione
- garantisce supporto emotivo in ogni fase del percorso
- ha conoscenze medico-scientifiche sulle procedure diagnostiche, chirurgiche e ricostruttive, sui trattamenti medici
- assicura continuità assistenziale e la centralità della persona.

È proprio in questo step iniziale, nel momento della presa in carico del paziente, che si viene a creare quella che viene definita “*relazione terapeutica*”, ossia quell'importante rapporto di fiducia reciproca che si instaura tra infermiere e paziente.

Mentre quest'ultimo, è possibile definirlo come il “soggetto debole” poiché portatore di bisogni, dubbi e paure, l'infermiere si deve fare garante della sua salute, deve essere il suo punto di riferimento per tutto il percorso assistenziale, e quindi il portatore di conoscenze, supporto, aiuto ed empatia.

Non è sbagliato parlare di “*umanizzazione delle cure*” che è nell'ambito oncologico indispensabile; basti infatti pensare al fatto che non tutti i professionisti sanitari sono portati ad assistere questa tipologia di pazienti e che spesso vengono effettuati training e formazione di supporto specifici.

Le cure sono personalizzate e cucite su misura non solo per quanto riguarda la prestazione medico-chirurgica, ma specialmente nei riguardi della paziente intesa come “*persona*”.

Ogni persona mi piace personalmente definirla “un mondo nuovo”, perchè non sai mai che tipologia di paziente ti troverai davanti.

La mia esperienza di tirocinio formativo in questi tre anni mi ha insegnato molto, specialmente a livello umano ed è per questo che mi preme spendere qualche parola in più su questo aspetto.

L'infermiere non solo deve farsi un'idea precoce della tipologia di persona alla quale deve prestare assistenza, ma deve adeguare la modalità nella quale erogarla in base a ciò che la paziente richiede.

Il problema, se così possiamo definirlo, sta proprio in quest'ultimo fatto: la paziente non richiede esplicitamente un determinato trattamento, è raro infatti che esprima direttamente i propri pensieri: questo perchè, i primi momenti che infermiere e paziente trascorrono assieme sono sempre quelli più difficili e più tesi, nei quali ci si scambiano poche parole ed è il linguaggio del corpo a parlare.

Molte volte nella mia mente mi sono ritrovata a fare il paragone tra un primo appuntamento ed il primo incontro infermiere-paziente, perchè sostanzialmente è proprio quello che accade.

Quello che si deve andare a creare è una relazione basata sulla fiducia e anche il paziente stesso ne è a conoscenza; così come noi infermieri siamo portati a guardare e studiare il paziente anche con un occhio clinico, lui guarderà e studierà noi con un occhio umano, perchè è questo che accade quando si conosce qualcuno di nuovo.

Ci si fa subito una prima impressione, a primo impatto si capisce se quella persona può piacerci o meno, perchè è nella natura umana.

L'infermiere non deve mai sottovalutare questo aspetto innato dell'uomo e cercare di mostrarsi aperto e disponibile sempre, pronto ad accogliere i bisogni e farsene carico.

Molte volte mi è successo di assistere ad interviste infermieristiche e compilazioni delle relative cartelle, che costituiscono nella fase iniziale una delle fasi indispensabili per la conoscenza del paziente, e di concentrarmi sulle reazioni di quest'ultimo.

Il paziente in quel momento risulta distratto dall'ambiente circostante, come se guardasse il mondo con gli occhi di un bambino: studia gli oggetti nella stanza, osserva con attenzione le persone con il camice, analizza gli sguardi degli altri pazienti cercando di interpretarne i pensieri, guarda le mani dell'infermiere scrivere e spesso si fa ripetere le domande perchè non è concentrato.

In realtà è concentrato su altro: a capire se quello è il reparto nel quale dovrà rimanere, se l'infermiere che si trova davanti e che magari gli piace sarà in turno anche il giorno successivo o se non lo rivedrà, è incentrato nel dubbio paralizzante della sua malattia, nella paura del non sapere e dell'incertezza verso il futuro.

Spesso l'infermiere si sente fare domande alle quali non può e non sa rispondere:

“Quindi sto male? Ho davvero un tumore? È così grave come dicono? Posso guarire?”

Ed è qui che entra in gioco la professionalità, la formazione e l'empatia; è in questi momenti che in base alla risposta fornita si decreta l'inizio o meno di una buona relazione terapeutica.

Fortunatamente durante il mio percorso di studi mi è capitato di conoscere infermieri in gamba, infermieri che prima di essere tali erano persone; che non importa cosa stavano facendo e se il tempo per compilare la cartella infermieristica fosse poco, e che ad una richiesta del genere di aiuto, perchè è di questo che si tratta, si prendevano tutto il tempo

necessario per parlare ed ascoltare.

Da questo ho capito che il lavoro dell'infermiere non è un lavoro che tutti possono fare, come tutti d'altronde, ma per il quale è necessaria una dose di gentilezza e di bontà d'animo superiore alla norma, specialmente in ambito oncologico.

Sono rimasta affascinata da questa tipologia di infermieri e mi è capitato di pensare non solo al fatto di voler diventare così un giorno, ma anche al fatto che se mai i miei cari dovessero star male, mi piacerebbe saperli in mani sicure e gentili come quelle.

Ho imparato che lo studio e l'intelligenza sono fondamentali in questo mondo, specialmente nella medicina, ma che sono solo una piccola parte di tutto ciò che c'è dietro; la professionalità è infatti costituita da questo e da molto altro, dall'umanità in prima battuta, ed è una cosa che non si può imparare.

2.4 PREVENZIONE E TRATTAMENTO: *gestione infermieristica*

Più volte è stato ribadito il concetto che l'infermiere non è soltanto figura che prepara e somministra il trattamento su prescrizione medica ma il più delle volte è anche quella che spiega il programma terapeutico, prepara agli effetti collaterali ed istruisce sui comportamenti da adottare come educatore sanitario.

2.4.1 *Prevenzione*

Nella prevenzione del tumore al seno un ruolo fondamentale è ricoperto, oltre che dai programmi di screening appositi, anche dall'esame di autopalpazione della mammella.

L'esame periodico del proprio seno permette infatti di imparare a conoscerne l'aspetto normale e fisiologico e di poter cogliere precocemente qualsiasi cambiamento avvenga.

Esso ovviamente non si sostituisce alla mammografia o all'ecografia che consentono di individuare tumori di pochi millimetri, non si può parlare infatti di diagnosi precoce, ma rappresenta sicuramente una pratica che se eseguita correttamente e regolarmente può aiutare a ridurre il rischio di diagnosticare un tumore al seno in fase avanzata.

L'infermiere come educatore, in riferimento alla prevenzione, deve:

- incentivare l'aderenza alle campagne di screening di mammografia biennale dopo i 50 anni
- incentivare le giovani donne a partire dai 20 anni di età ad effettuare almeno 1 controllo annuale del seno
- educare ad una corretta autopalpazione

Autopalpazione: come effettuarla

L'esame può essere effettuato a partire dai 20 anni una volta al mese tra il settimo e il quattordicesimo giorno del ciclo; rispettare questi tempi è importante poiché la struttura del seno si modifica in base ai cambiamenti ormonali mensili.

Si può effettuare tranquillamente a casa davanti ad uno specchio e si compone di due fasi: l'osservazione, che permette di individuare cambiamenti morfologici del seno e del capezzolo e palpazione, che può far scoprire la presenza di piccoli noduli anomali.

Procedura:

- posizionarsi davanti ad uno specchio con le braccia lungo il corpo:
 - osservare la forma del seno e la simmetria
 - osservare i capezzoli per individuarne eventuali cambiamenti (escoriazioni, inspessimenti, secrezioni)



Figura 11

- mettere le mani sui fianchi girandosi prima da un lato e poi dall'altro
 - osservare eventuali differenze e/o asimmetrie



Figura 12

- mettere le braccia in alto dietro la nuca con i gomiti aperti
 - osservare eventuali anomalie

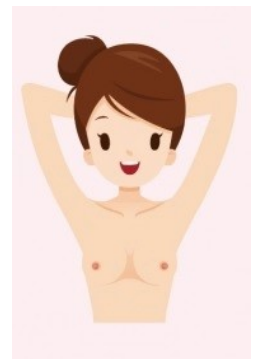


Figura 13

- mantenere un braccio con la mano dietro la nuca e con la mano opposta iniziare a toccare il seno dall'alto verso il basso:
 - utilizzare per palpare le tre dita centrali tenendole dritte ed unite partire dall'esterno per poi procedere verso la parte interna del seno
- adagiare il braccio che si trovava sulla nuca lungo il corpo e ripetere gli stessi movimenti

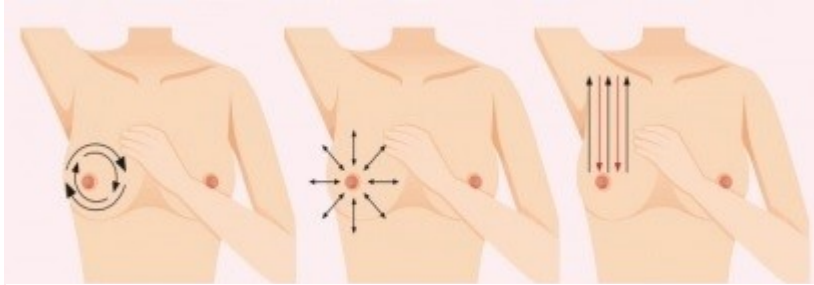


Figura 14

- ripetere la sequenza per l'altro seno
- sdraiarsi e disporre un braccio relativo al seno da analizzare sotto la nuca ed iniziare la palpazione con l'altra mano:
 - con le tre dita dritte ed unite fare movimenti circolari dall'esterno verso l'interno fino ad arrivare al capezzolo



Figura 15

- ripetere la sequenza per l'altro seno
- porre particolare attenzione ad eventuali secrezioni dai capezzoli
- esaminare infine il cavo ascellare

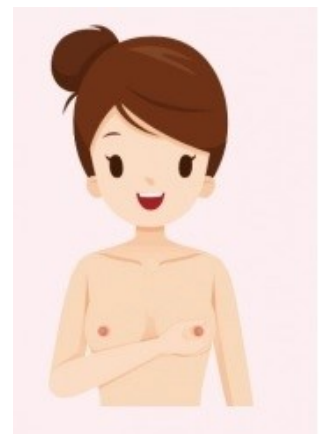


Figura 16

2.4.2 Trattamento

Il professionista infermiere può trovarsi davanti a diverse tipologie di pazienti con diverse tipologie di tumore; come è stato ribadito più volte, la terapia e quindi il trattamento e la gestione assistenziale variano in relazione alla stadiazione della malattia ed alla volontà della paziente stessa.

Potranno esserci sostanzialmente 3 tipologie di pazienti, in base al trattamento al quale saranno sottoposte:

1. intervento conservativo: la paziente sarà sottoposta a quadrantectomia, ossia l'asportazione del quadrante del seno colpito da neoplasia.
2. intervento demolitivo: il più radicale in cui viene rimosso l'intero seno.
3. trattamento farmacologico: farmaci biologici, chemioterapia o radioterapia neoadiuvante o adiuvante

Per la gestione infermieristica focalizzerò dapprima l'attenzione sulla paziente sottoposta a chemioterapia e successivamente alla paziente candidata all'intervento chirurgico.

Gestione infermieristica della paziente sottoposta a chemioterapia

La chemioterapia può essere attuata individualmente o in associazione all'intervento chirurgico, sia essa di tipo neo-adiuvante o adiuvante.

In tutte le casistiche che si possono riscontrare esistono comunque delle regole fondamentali per quanto riguarda gestione ed assistenza.

La chemioterapia è un trattamento sistemico invasivo che si avvale di farmaci citotossici somministrati tipicamente per via endovenosa e in alcuni casi sottoforma di compresse; la loro somministrazione avviene attraverso cicli di trattamento a cadenza variabile.

La durata di ogni somministrazione può variare (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.

Questa tipologia di trattamento non si ripercuote soltanto sulla condizione fisica della paziente ma anche sulla sfera psicologica data la sua elevata incidenza di effetti collaterali.

Per il trattamento dei tumori della mammella sono disponibili molti chemioterapici da

somministrare da soli o in combinazione; i più usati sono le antracicline, i taxani, derivati del fluoro, derivati del platino e la finalità del trattamento varia in funzione della fase della malattia.

Accertamento e presa in carico

È il primo step fondamentale per intraprendere il percorso oncologico.

Prima di iniziare il trattamento chemioterapico il medico attraverso un attento colloquio con la paziente le spiega già la modalità di azione del chemioterapico, i risultati attesi e le eventuali complicanze che si possono verificare cercando di darle quante più informazioni possibili in quanto è stato verificato che un paziente informato e a conoscenza della terapia alla quale verrà sottoposto, reagisce meglio alla stessa.

Fase pre-trattamento

La competenza dell'infermiere in questa fase preliminare sta nel:

- comprendere se la paziente abbia realmente capito la tipologia di trattamento che andrà ad iniziare: eventualmente anche facendole domande
- colmare eventuali lacune\dubbi circa il trattamento
- rassicurare la donna ed evitare stati d'ansia e/o agitazione: questi ultimi sono fisiologici, specialmente quando la paziente è in procinto di iniziare un nuovo percorso dal quale non sa esattamente cosa aspettarsi; la paziente va incoraggiata a mantenere la calma e lo si può fare agendo sulla paziente stessa ma anche sull'ambiente circostante, sia al momento della visita con il medico che durante il trattamento
- conoscere il farmaco che si andrà a somministrare
- garantire la privacy ed il confort

Molto spesso le sedute di chemioterapia vengono effettuate in regime di Day Hospital nel quale la paziente arriva per fare la terapia, al termine effettua un breve periodo d'osservazione e poi può tornare a casa.

Si tratta di sedute di trattamento che durano qualche ora, in base alla tempistica della scheda di terapia impostata: se la paziente reagisce bene e senza la comparsa di eventi avversi, la velocità dell'infusione può essere aumentata secondo lo schema.

In caso contrario, se la paziente dovesse accusare effetti collaterali e/o non tollerare la somministrazione del chemioterapico, il medico deciderà se interrompere la seduta di terapia o rallentare l'infusione del farmaco tenendo sotto stretta vigilanza la paziente.

Durante il trattamento

Nel corso della somministrazione l'infermiere deve:

- assicurarsi dell'integrità e delle caratteristiche del chemioterapico che devono corrispondere a quelle riportate sullo schema della terapia (dosi, tempi ecc)
- garantire privacy e confort alla paziente per tutta la durata dell'infusione
- accertarsi che la paziente abbia un accesso venoso idoneo alla somministrazione
- effettuare una corretta gestione della via infusione
- rispettare le tempistiche dell'infusione
- essere disponibile per la paziente
- monitorare la paziente per tutta la durata dell'infusione e provvedere tempisticamente ad ogni necessità

La chemioterapia è stancante ed estenuante, non solo per la tipologia di farmaco di per sé ma anche perchè prevede che la paziente rimanga seduta o sdraiata per molte ore che possono risultare davvero pesanti.

Sarebbe impossibile rendere una seduta di chemioterapia piacevole ma l'obiettivo dell'infermiere deve essere quello di renderla il quanto più sostenibile, ricordandosi del fatto che spesso, anche solo una parola di conforto può fare la differenza.

Post-trattamento

Nei minuti immediatamente successivi alla somministrazione del chemioterapico è responsabilità infermieristica:

- rilevare i parametri vitali
- assicurarsi che la paziente rimanga ad effettuare il periodo di osservazione previsto prima di tornare a casa
- tenere sotto controllo gli effetti indesiderati in base al tipo di farmaco somministrato
- ricordare alla paziente quando dovrà effettuare il successivo ciclo di chemioterapia

Effetti collaterali

Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto e in funzione dei farmaci utilizzati; alcuni effetti collaterali si possono manifestare durante la chemioterapia o immediatamente dopo, altri invece possono verificarsi a distanza di tempo.

Nella maggior parte dei casi gli effetti collaterali sono comunque controllabili e reversibili tramite un adeguato trattamento.

I disturbi principali sono i seguenti:

- nausea e vomito: si possono prevenire o ridurre considerevolmente con la somministrazione di antiemetici a scopo precauzionale prima dell'inizio dell'infusione del chemioterapico.
- alterazione dei valori dell'emocromo: si può verificare una riduzione dei globuli bianchi con conseguente possibile aumento del rischio di infezione; riduzione delle piastrine con possibile sanguinamento; riduzione dei globuli rossi con conseguente anemia. Prima di ogni seduta di chemioterapia è previsto un prelievo di sangue per controllare i valori dell'emocromo poiché in caso di considerevoli alterazioni potrebbe essere necessario rinviare il trattamento di qualche giorno.
- caduta dei capelli
- stomatite: alcuni chemioterapici possono provocare l'infiammazione del cavo orale.
- stipsi, diarrea e dolori addominali.
- diminuzione dell'appetito con conseguente perdita di peso.
- modificazioni del gusto: i cibi potrebbero assumere un sapore diverso, talvolta metallico, sia a causa del farmaco somministrato, sia a causa di una stomatite.
- astenia, dolori ossei, articolari o muscolari.
- alterazioni cutanee: si possono manifestare con iperpigmentazione o desquamazione.
- disturbi neurologici: si manifestano con formicolii e/o prurito a mani e piedi talora associati a diminuita sensibilità e raramente a difficoltà al movimento.
- alterazioni della funzionalità epatica e renale.
- reazioni allergiche: anche per queste è possibile effettuare a scopo precauzionale la somministrazione di cortisone.
- alterazioni della funzionalità cardiaca
- stravasamento del farmaco chemioterapico: l'importanza della conoscenza del farmaco somministrato sta proprio nel sapere come comportarsi in caso si verifichi stravasamento e sapere se esistono eventuali antidoti somministrabili precocemente.
- alterazioni del ciclo mestruale: la chemioterapia può causare una menopausa precoce con conseguente infertilità.

Gli effetti collaterali sono molteplici ed è difficile trovare la modalità più giusta attraverso la quale informare la paziente degli stessi ma è una parte fondamentale del processo ed è uno dei primi passi da effettuare per instaurare una relazione terapeutica efficace basata sulla fiducia.

Gestione infermieristica della paziente sottoposta ad intervento chirurgico

Così come la chemioterapia anche la scelta dell'intervento chirurgico più appropriato viene fatta sulla base delle caratteristiche del tumore e delle volontà della donna.

Le tecniche chirurgiche sono molteplici ma possono essere riassunte in:

- conservative: comprendono la 'resezione parziale' e la 'quadrantectomia'
- demolitive: consiste nella mastectomia

ad entrambe le tipologie di intervento può far seguito un rimodellamento da parte del chirurgo plastico: nel caso della mastectomia il chirurgo plastico attua quella che viene definita “chirurgia ricostruttiva” ossia una vera e propria ricostruzione del seno spesso eseguita contestualmente alla mastectomia o immediatamente dopo, quindi nella stessa seduta d'intervento.

Accertamento e presa in carico

Durante l'anamnesi è importante valutare le reazioni della paziente alla diagnosi, le sue capacità di affrontarla, le sue esperienze e conoscenze nei confronti del carcinoma mammario e il rapporto con il partner\caregiver per capire che tipo di supporto può essere.

Assistenza pre-operatoria

Se si decide di intraprendere la strada dell'intervento chirurgico la paziente deve essere a conoscenza del fatto che l'iter che lo precede è ampio e ben strutturato; si compone infatti di varie fasi sequenziali da attuare scrupolosamente.

- **INFORMAZIONE:** è importante per gestire l'ansia e la paura e soprattutto per dare la possibilità alla paziente di mettere in atto misure di adattamento alla situazione; è necessario spiegare bene tutto ciò che accadrà e le sensazioni che proverà, dare informazioni riguardanti protesi e chirurgia plastica.
- **PREPARAZIONE FISICA ALL'INTERVENTO:** riguarda il digiuno, la pulizia intestinale, l'igiene della cute ed eventualmente la tricotomia.
- **EDUCAZIONE TERAPEUTICA:** va attuata sia prima che dopo l'intervento e consiste nell'insegnare esercizi respiratori e movimenti di dorso flessione dei piedi per prevenire le complicanze polmonari e circolatorie nel post-operatorio.

È inoltre possibile iniziare una profilassi anti-trombotica già nel pre-operatorio.

Assistenza post-operatoria

Così come il pre-operatorio, anche la gestione successiva all'intervento chirurgico si compone di varie fasi:

Immediatamente al rientro della paziente dalla sala operatoria:

- monitorare PV
- attendere la scomparsa dell'anestesia
- posizionare la paziente in semi-fowler quando indicato per favorire la respirazione
- incoraggiare all'esecuzione di esercizi respiratori e alla dorso flessione del piede
- controllo e monitoraggio di ferita e drenaggi
- iniziare un bilancio idro-elettrolitico
- controllo accurato della diuresi

Gestione del dolore:

Attenersi alla prescrizione medica per la somministrazione di analgesici.

È possibile tentare metodiche di analgesia non farmacologiche quali: tecniche di respirazione e di rilassamento, far sollevare leggermente il braccio alla paziente per diminuire la tensione sull'incisione chirurgica.

Gestione dell'ansia:

Dopo la ripresa dall'anestesia è fondamentale avere un colloquio con la paziente per spiegarle com'è andato l'intervento e ribadire quello che sarà il suo percorso nel post-operatorio invitandola ed incentivandola a partecipare attivamente a tutte le attività che le verranno proposte.

È necessario farle vedere il proprio corpo e il cambiamento che esso ha subito, ribadendo che il suo aspetto migliorerà giorno dopo giorno.

Gestione della ferita e dei drenaggi:

Il cambio della medicazione è un momento importante perché è il momento in cui la paziente vede per la prima volta l'incisione senza coperture; va quindi garantita assoluta privacy ed è essenziale avere l'accuratezza di descrivere l'aspetto dell'incisione anche al partner\caregiver prima di mostrarla per evitare reazioni sgradevoli davanti alla paziente che si potrebbero ripercuotere in essa in modo negativo.

Per quanto riguarda i drenaggi è necessario monitorare spesso, specialmente nelle prime 12h, la loro pervietà rilevando e segnando in cartella infermieristica la quantità e la qualità del liquido drenato.

La paziente va informata del fatto che i drenaggi verranno mantenuti in sede per circa 7-10 gg; educarla quindi ad una corretta gestione.

I giorni successivi...

- Il secondo giorno del post-operatorio viene fatta fare una doccia con acqua tiepida e detergente sia per pulire l'incisione e i punti di inserzione del drenaggio, sia per favorire un rilassamento muscolare utile per eseguire gli esercizi di movimentazione e riabilitazione della mano e del braccio.
- Mobilizzazione precoce: molteplici studi hanno dimostrato l'efficacia di una precoce mobilizzazione nel post-operatorio, dapprima passiva e successivamente attiva in modo da consentire una rapida ripresa funzionale con conseguente stimolazione del circolo linfo-venoso.

Quando il medico deciderà che la paziente è pronta per essere alzata dal letto si programmerà il momento della “prima alzata” in accordo con l'assistita.

Per essere alzata deve essere offerto sostegno dalla parte non interessata dall'intervento tenendo presente che esso rappresenta un momento delicato che va strettamente monitorato, è essenziale quindi la figura dell'infermiere.

Per quanto riguarda la comunicazione con la paziente, l'infermiere può:

- ✓ suggerirle di parlare con gruppi di donne che hanno superato il tumore al seno e affrontato il suo stesso percorso in modo da infondere in lei fiducia
- ✓ affrontare con la paziente e il suo partner il tema della loro vita sessuale, incoraggiando entrambi ad esprimere i propri sentimenti e dubbi offrendo consigli al riguardo

Complicanze

Le complicanze più comuni conseguenti ad un intervento di chirurgia mammaria sono le seguenti:

- Distesie all'ascella e dell'arto superiore omolaterali: quasi tutte le donne a seguito dell'intervento lamentano questa problematica riferendo una sensazione di “cuscinetto” o di ipoestesia a livello dell'ascella e della regione postero-mediale del braccio. Questi sintomi possono essere transitori o permanenti se causati dalla lesione del nervo intercostobrachiale; al fine di evitare posture scorrette indotte da tali disestesie, si consiglia di invitare la paziente ad una precoce mobilizzazione

dell'arto.

- Linfedema: è correlato alla interruzione delle vie linfatiche si sviluppa quando, in seguito all'asportazione dei linfonodi, il drenaggio linfatico non è sufficiente ad assicurare un adeguato flusso di linfa verso il circolo ematico.

Lo svuotamento del cavo ascellare rappresenta la causa principale di comparsa del linfedema e comporta uno squilibrio locale della circolazione linfatica per cui la linfa del braccio, non potendo più defluire attraverso i vasi linfatici interrotti, ristagna nei tessuti dell'arto alimentando processi infiammatori cronici con alterazione della matrice extracellulare e della funzionalità del sistema immunitario; in presenza di linfedema la paziente sarà più a rischio di infezioni per l'accumulo dei detriti cellulari e il blocco dei vasi linfatici che impedisce il trasporto dei linfociti e dei macrofagi al sito di infezione. La sua comparsa costituisce un evento di grande rilevanza non solo a causa della sua frequenza, ma soprattutto per le ripercussioni funzionale, sociali, estetiche e lavorative che esso comporta sulla paziente.

È importante prevenire qualsiasi tipo di lesione cutanea sul braccio interessato ed agire tempestivamente se il linfedema si sviluppa alzando il braccio in modo che, il gomito sia più alto della spalla e la mano più alta del gomito, e esercizi specifici come l'aprire e chiudere la mano esercitando un'azione di pompaggio.

- Ematoma: presente a livello dell'incisione che si manifesta con abbondante drenaggio ematico; viene trattato applicando sull'incisione una fasciatura rigida e impacchi di ghiaccio per 24 ore.

Esso si riassorbirà con il tempo e non deve quindi destare preoccupazione nella paziente.

- Sieroma: al termine di un intervento di mastectomia o di dissezione ascellare radicale si accumulano secrezioni dapprima francamente ematiche ma che divengono in seguito sempre più sierose. Dopo la rimozione del drenaggio ascellare può essere necessario aspirare il siero in eccesso, tenendo presente che la paziente potrà essere più a rischio di eventuali infezioni
- Infezione: la paziente deve essere educata nel riconoscimento dei segni e sintomi di infezione e a riferirli precocemente

Alla dimissione...

- Vista la permanenza dei drenaggi, la paziente verrà dimessa con gli stessi quindi deve essere educata alla loro gestione e alla gestione della ferita chirurgica cambiando la medicazione ogni giorno per almeno 7 giorni insegnandole le tecniche più adeguate.
- Assicurarsi che la paziente abbia compreso l'importanza di tenere il braccio sollevato e di fare gli esercizi con la mano
- Educarla sulla cura del braccio facendo attenzione a trattarlo con delicatezza visto che la sensibilità è alterata; dobbiamo sottolineare il fatto che deve evitare misurazioni della pressione, prelievi e infusioni dal braccio interessato e che non deve compiere sforzi con quel braccio
- Educarla ad una corretta gestione del dolore tramite analgesici
- Spiegare l'importanza di evitare lesioni cutanee
- Insegnare le tecniche di autopalpazione del seno
- Offrirle consigli su quali indumenti sono più adatti

2.5 PDTA OSPEDALI RIUNITI ANCONA

Presso gli Ospedali Riuniti di Ancona è attiva una *Breast Unit*, ovvero un team multidisciplinare le cui figure professionali hanno organizzato un Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA) per donne alle quali è stato rilevato un sospetto o è stata posta diagnosi di tumore al seno.

Il PDTA rappresenta l'organizzazione di un percorso clinico per migliorare la qualità dell'assistenza erogata alle pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività sequenziali e standardizzate.

Le procedure e le attività in esso racchiuse sono basate sulle migliori evidenze scientifiche e consentono, oltre ad un miglioramento della gestione diagnostico-terapeutica, di ridurre le tempistiche per l'inizio del trattamento e garantiscono l'assistenza da parte di personale esperto, dedicato e qualificato.

L'accesso all'interno del percorso assistenziale della Breast Unit, previo consenso informato, è gratuito e può avvenire attraverso visita specialistica con impegnativa mutualistica da programmare tramite CUP o dopo essersi accordati direttamente con gli specialisti.

Tutte le pazienti, una volta studiate e diagnosticate in maniera completa devono essere inviate alla valutazione della riunione multidisciplinare della Breast Unit.

- La presentazione iniziale del caso è di pertinenza dello specialista che ha preso in carico la paziente al momento della sua iniziale presentazione ambulatoriale, ovvero di chi ha gestito l'iter diagnostico.
- La valutazione multidisciplinare dovrà considerare tutte le opzioni terapeutiche (chirurgiche e non) prese in esame dalle specifiche competenze.
- L'esito della valutazione dovrà essere comunicato alla paziente in una riunione apposita alla presenza degli specialisti direttamente coinvolti nello specifico.

I componenti della Breast Unit effettuano riunioni cliniche con cadenza settimanale sia per discutere di nuovi casi, sia per valutare l'evoluzione clinica dei casi già precedentemente presi in carico; viene inoltre stabilita l'eventuale convocazione per una successiva riunione, ordinaria o straordinaria per situazioni clinicamente urgenti.

Ogni riunione della BU esita nella redazione di una relazione clinica e di un piano di cura sul singolo caso analizzato, in maniera dettagliatamente strutturata.

Nello specifico il PDTA prevede:

- comunicazione ed informazione alla paziente: dopo il primo colloquio con il medico le viene consegnata una brochure informativa nella quale sono riportati i nomi dei medici e degli specialisti che l'hanno presa in carico con i loro relativi contatti ed uno schema che riporta tutto ciò che la paziente si può aspettare in ogni fase di cura.
- visita pre-operatoria che comprende una descrizione dettagliata di: attività, alimentazione da seguire, eventuale assunzione\interruzione di farmaci, procedure e documentazione necessaria, dal periodo pre-operatorio al momento della dimissione
- descrizione e modalità dell'assistenza durante il ricovero
- esami da effettuare in regime di ricovero e nel follow-up
- descrizione delle modalità di intervento
- informazioni riguardanti il trattamento riabilitativo post-operatorio
- informazioni al trattamento chemioterapico e radioterapico
- educazione ed informazione del paziente e della famiglia
- monitoraggio continuativo dei processi assistenziali
- visite di controllo

2.6 FOLLOW UP

Terminato il percorso di cura, inizia per le pazienti la fase dei controlli periodici, chiamata follow-up della durata di 5 anni, in cui vengono eseguiti esami e visite mediche, la cui frequenza è legata alla specificità del caso clinico.

Questa fase può essere gestita dal Chirurgo Senologo, dall'Oncologo Medico o dal Radioterapista Oncologo; tra gli accertamenti richiesti c'è sempre la mammografia e, molto spesso, l'ecografia mammaria.

Dopo i primi 5 anni, la paziente operata di tumore al seno può essere seguita dal proprio medico di base secondo protocolli di sorveglianza concordati o, nei casi a maggior rischio di ricaduta, proseguire i controlli clinici per ulteriori 5 anni.

2.7 SOPRAVVIVENZA

Grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure, la sopravvivenza delle donne affette da tumore della mammella è migliorata sensibilmente, influenzata dalla prevenzione secondaria e dalla terapia; la mortalità si è ridotta notevolmente e la sopravvivenza stimata a 5 anni è pari all'87%.

Questo importante aumento a cui abbiamo assistito negli ultimi anni è certamente dovuto a diverse variabili, tra cui:

- efficacia dei programmi di screening
- miglioramento delle terapie

Nelle donne senza segni e/o sintomi di carcinoma mammario la diagnosi di uno stato iniziale di malattia consente un trattamento più efficace e una probabilità maggiore di ottenere guarigioni.

Numerosi studi hanno dimostrato come lo screening mammografico possa ridurre la mortalità e aumentare le opzioni terapeutiche; si stima infatti che ogni 1000 donne sottoposte a screening biennale nella fascia di età 50-69 e controllate sino a 79 anni vengano salvate tra le 7 e 9 vite.

Dalla seconda metà degli anni '90 in Italia si sta assistendo a una costante flessione della mortalità che oggi risulta ridotta del 30% circa rispetto ai valori registrati alla fine degli anni '80.

2.8 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Il percorso terapeutico della paziente affetta da carcinoma mammario si è visto essere un percorso lungo e tortuoso che non termina quando la paziente ha finito il suo ciclo di chemioterapia o ha effettuato l'intervento chirurgico.

Ricopre un ruolo fondamentale, ancora purtroppo poco riconosciuto, il concetto di “continuità assistenziale” applicata al di fuori dei comuni programmi di Follow-up ospedalieri: è importante infatti che la cura continui anche quando la paziente abbandona l'ambito ospedaliero diventando “*survivor*”, termine che sta ad indicare una completa regressione della malattia.

Anche in questo momento è essenziale una presa in carico multidisciplinare poiché spesso è proprio in questa fase che la paziente si trova a rielaborare i molteplici vissuti della malattia e che quindi necessita di aiuto per metabolizzarli al meglio per poter tornare alla sua quotidianità.

A tal proposito è necessario sottolineare il fatto che non deve esserci un “muro” tra ospedale e territorio, anche se la gestione assistenziale di quest'ultimo è purtroppo poco presente.

L'infermiere che lavora sul territorio prende il nome di “infermiere territoriale” o di comunità; tale figura è stata ufficialmente istituita per legge il 13 Maggio 2020 (DL Rilancio) ed è quindi molto recente. Esso opera a domicilio direttamente a casa del paziente e lavora in stretta collaborazione con il medico di Medicina Generale; il tipo di assistenza che offre è di tipo sanitario, ma offre anche un importante supporto dal punto di vista psicologico, per aiutare le famiglie a convivere con il peso della malattia e a non sentirsi da sole.

Prima che il lavoro dell'infermiere territoriale abbia inizio deve essere approvato un PAI, cioè un Piano di assistenza individuale, compilato da parte di dell'azienda sanitaria della zona e del medico di famiglia.

Può essere di grande aiuto una documentazione di tipo informatizzato che favorisce la continuità delle cure anche tra setting assistenziali differenti senza il rischio di perdere parte di essa.

CAPITOLO 3 - *La relazione terapeutica*

La relazione terapeutica è centrale a tutta la pratica infermieristica.

L'infermiere nello svolgere il suo operato di natura terapeutica non si limita soltanto allo svolgimento di funzioni tecniche ma lo fa anche attraverso il dialogo, con lo scopo di migliorare il rapporto con il paziente, gestire al meglio la sua sintomatologia ansiosa e puntare ad un maggior recupero della sua autonomia.

L'infermiere è considerato dai pazienti una figura chiave nel loro percorso terapeutico in quanto rimane a stretto contatto con loro nei diversi momenti dell'iter diagnostico-terapeutico fin dall'inizio; per alcuni pazienti infatti può risultare più semplice relazionarsi con l'infermiere piuttosto che con altri sanitari, divenendo per questo la loro figura di riferimento.

A tal proposito, nell'approccio assistenziale, viene appositamente messo l'infermiere al centro del percorso di umanizzazione, affidando a lui la maggior parte degli interventi previsti.

L'infermiere deve fare della relazione una componente essenziale per la gestione dell'ansia e delle emozioni della paziente; questa viene espletata attraverso interventi di ascolto, dialoghi ed educazione, pianificando incontri e valutando i bisogni assistenziali della paziente durante tutto il suo percorso.

3.1 ASPETTO PSICOLOGICO

Per quanto riguarda il setting oncologico, durante il tirocinio clinico effettuato nel suddetto reparto, ho avuto modo di apprendere che l'attenzione del personale sanitario è focalizzata certamente sulla malattia stessa ma anche sul disagio psicologico che da essa ne deriva. Questa problematica nella maggior parte dei casi è dovuta al fatto che i pazienti non ricevono informazioni sufficienti circa i diversi aspetti della loro malattia e spesso lamentano di ricevere notizie pressappochiste e frettolose che li privano della loro autodeterminazione e del diritto all'informazione e dignità; ai pazienti piace essere consapevoli del proprio stato ed è quello di cui l'infermiere si deve fare garante.

Un altro fattore incidente sul distress psicologico è il cambiamento corporeo che ne consegue. I pazienti oncologici vengono precocemente messi a conoscenza del fatto che a seguito dei trattamenti chemioterapici, radioterapici e chirurgici, subiranno degli importanti cambiamenti fisici, in modo da abituarli preventivamente.

Nel caso specifico della donna affetta da carcinoma mammario il cambiamento corporeo più importante che si può verificare è quello della perdita del seno a seguito della mastectomia.

Proprio per le serie difficoltà psicologiche che insorgono a seguito di quest'ultima, sono stati effettuati con il tempo sempre più interventi di chirurgia plastica immediatamente successivi alla mastectomia nel corso della stessa seduta di intervento, per evitare alla paziente di vedersi senza una parte così importante del proprio corpo.

Negli ultimi anni infatti il trattamento chirurgico del tumore della mammella si è evoluto a tal proposito, con obiettivo di garantire risultati estetici ottimali non modificando la radicalità oncologica dell'intervento; tutto ciò ha favorito il progressivo affermarsi di tecniche chirurgiche definite "oncoplastiche".

L'importanza della chirurgia plastica si è affermata già nel 1998 a Firenze, in occasione della prima "European Breast Cancer Conference", nella quale l'EU.SO.MA. (European Society of Mastology) riunì gli esperti nazionali per discutere le varie opportunità e le modalità della ricostruzione dopo un intervento chirurgico per tumore della mammella.

Da tale conferenza venne stabilito che le donne portatrici di un tumore al seno devono essere curate da team multidisciplinari e ne derivò un importante documento conclusivo di consenso in cui si affermava che: *"la chirurgia ricostruttiva della mammella è da ritenersi parte integrante del trattamento chirurgico delle neoplasie mammarie"*.

Lo stesso discorso vale anche per la metodica del "rimodellamento" che si rende invece necessario a seguito della chirurgia conservativa e deve essere sempre effettuato contestualmente all'intervento.

La ricostruzione mammaria, indipendentemente dalla tipologia di intervento chirurgico effettuato, è diventata ormai parte integrante dello stesso in quanto permette di ristabilire al più presto un'immagine corporea più accettabile.

Attualmente la richiesta di chirurgia oncoplastica è sempre più crescente anche in considerazione del fatto che il risultato estetico è diventato un obiettivo primario sia per il medico sia che per la donna nell'ottica di miglioramento continuo della qualità di vita; il raggiungimento di esiti estetici ottimali è infatti strettamente correlato alle funzioni relazionali affettivo-emotive.

3.2 COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE: *il tempo di cura*

Come ribadito più volte, una buona comunicazione, ma soprattutto la fiducia instauratasi tra paziente ed infermiere, o in generale, tra paziente e team multidisciplinare, rivestono un ruolo fondamentale in tutto il processo diagnostico-terapeutico fin dalla presa in carico.

Il dialogo non dovrebbe mai mancare tra un paziente e l'infermiere che lo assiste, tuttavia una buona comunicazione non prevede soltanto una parte informativa di "nozioni" da fornire alla paziente ma si compone di un momento ben più importante, il momento nel quale bisogna accertarsi che essa abbia realmente compreso in maniera sufficiente ed adeguata le informazioni a lei fornite.

Bisogna verificare che la paziente abbia compreso:

- ✓ le informazioni riguardanti la propria patologia
- ✓ nozioni relative all'intervento chirurgico e/o alla terapia farmacologica
- ✓ tutto ciò che riguarda il periodo post-operatorio: dai comportamenti da adottare in seguito alle possibili complicanze acute e/o croniche alla modificazione dell'immagine corporea associata alle diverse tipologie di intervento.

Si potrebbe inoltre incoraggiare una discussione aperta su possibili paure, bisogni e desideri limitando in questo modo lo stress personale e della coppia, questo perchè è di primaria importanza rendere partecipe del percorso anche il compagno\care-giver della donna; è necessaria infatti una presa in carico anche dello stesso, seppur in modo differente rispetto alla paziente.

Gli affetti stretti, come può essere il marito della donna, o comunque una persona a lei molto vicina, è necessario che comprendano quanto la paziente stessa poiché rappresenteranno il suo punto di riferimento al di fuori dell'ambito ospedaliero laddove i professionisti sanitari non sono presenti. È necessario tenere a mente che viene "distrutto" anche il mondo del care-giver alla diagnosi di tumore della paziente, e bisogna adottare un comportamento consono anche per lui.

Un care-giver informato e rassicurato può essere un gran punto di forza per la donna e potrà così offrirle tutto il supporto necessario nel momento del bisogno.

Tutti noi a volte abbiamo necessità di qualcuno che si faccia carico dei nostri problemi o che ci aiuti ad affrontarli e questo può rappresentare l'esempio più calzante del caso:

avere qualcuno come spalla di supporto aiuta ad alleggerire il peso delle nostre paure e rende senz'altro il cammino meno difficoltoso.

Si è parlato molto di comunicazione e di quanto sia importante il tempo speso ed investito in questo processo, che prende per l'appunto il nome di "*tempo di cura*", tuttavia mi preme fare presente una realtà che spesso si verifica e che viene erroneamente intesa come una debolezza o incapacità dell'operatore sanitario; ossia il momento nel quale non si sa cosa dire.

In alcuni delicati momenti, l'infermiere, è possibile che si trovi di fronte a questa situazione, sia per la paura di dire troppo, sia per la paura di dire poco o semplicemente per la paura di sbagliare; la cosa più importante in questi casi non è ciò che dirà, ma come ascolterà il paziente.

Un buon ascoltatore infatti può fare molto di più di chi predica senza cognizione.

L'ascolto attivo rappresenta una delle parti più difficili della relazione terapeutica; così come vi è una netta differenza tra il parlare ed il comunicare, vi è anche tra ascoltare e "sentire".

Farsi carico dei bisogni della paziente è anche questo: ascoltare ciò che lei ci comunica, comprenderlo e farlo nostro, ossia sentirlo.

In assenza di questo passaggio ne consegue una presa in carico ed un'assistenza infermieristica del tutto erronea che non sarà possibile definire "personalizzata".

Il tempo di cura è tutto questo e non solo: una buona e corretta comunicazione, un adeguato ascolto senza fretta, il rispetto per la paziente e la presa in carico del care-giver, sono tutte fasi che richiedono tempo e professionalità e delle quali un buon infermiere non può e non deve fare a meno.

3.3 CODICE DEONTOLOGICO

Il tempo di cura viene citato anche nel nuovo Codice Deontologico del 2019, in particolare nell'articolo 4 del CAPO I:

ART. 4 - RELAZIONE DI CURA

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.

Figura 17

Vengono citate due espressioni: “ascolto e dialogo” le quali posseggono una molteplicità di valenze, il significato universale tuttavia veicola il prendersi cura a vario titolo professionale e personale del paziente.

L'infermiere si fa garante della disponibilità al dialogo: deve saper ascoltare per capire quale sia il vissuto del paziente, in particolare per quanto riguarda la sua patologia.

Occorre creare un dialogo aperto ad ogni tipo di opportunità disponibile coinvolgendo familiari e/o care-giver; è necessario ottenere un feedback e quindi un contatto reciproco. Bisogna saper ascoltare, un buon ascolto permette di acquisire consapevolezza sui vissuti del paziente e di individuarne i relativi bisogni.

Parte altrettanto essenziale è il coinvolgimento del paziente in prima persona nel percorso assistenziale: essere curati non vuol dire essere oggetto di un atto di benevolenza ma esercitare un diritto di libertà e responsabilità.

Un altro aspetto della comunicazione viene preso in considerazione negli articoli 28 e 29 del CAPO V: vogliono porre l'attenzione sulla forma e sulle modalità corrette di comunicazione, attuabile anche attraverso l'utilizzo di mezzi informatici e social media.

ART. 28 - COMPORTAMENTO NELLA COMUNICAZIONE

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

ART. 29 - VALORI NELLA COMUNICAZIONE

L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

Figura 18

Per quanto riguarda il percorso di cura occorre citare l'articolo **13** del **CAPO III**, il quale riassume il fulcro centrale di questa tesi: tale articolo rappresenta uno dei punti cardine per l'assistenza al malato oncologico.

ART. 13 - AGIRE COMPETENTE, CONSULENZA

E CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

L'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni.
Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga

Figura 19

L'intera disciplina del codice deontologico è improntata ad un dialogo personalizzato con la persona (art.17), rispettoso anche dell'eventuale volontà di non ricevere informazioni sul proprio stato di salute (art. 20) e che si spinge “fino al termine della vita della persona assistita” (art. 24).

3.4 LEGISLAZIONE

La legislazione in ambito medico, ancor più nell'oncologia, è un argomento molto complesso e delicato. Il professionista sanitario, sia esso medico o infermiere, è visto come la figura adibita alla guarigione del paziente; tuttavia è stato ribadito più volte il concetto di autodeterminazione e di libera scelta da parte del paziente.

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (**L.833\1978**), viene sancito il concetto per il quale le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se ciò non è previsto da una legge.

Non è raro infatti, che il paziente decida di non ricevere informazioni nei riguardi della sua patologia o di non accettare le cure a lui proposte; il professionista sanitario sta dalla parte del paziente, e lo supporta qualsiasi siano le sue decisioni.

Il diritto dell'assistito all'autodeterminazione in relazione al trattamento sanitario trova fondamento nella Carta Costituzionale all'articolo 2, che tutela e promuove i diritti fondamentali e agli articoli 13 e 32, i quali stabiliscono rispettivamente che “la libertà personale è inviolabile”, e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”.

Legge 15 Marzo 2010, n.38

Si tratta di una legge quadro italiana, tra le prime adottate in Europa, che comprende principi e disposizioni normative volte a garantire un'assistenza qualificata in ambito palliativo e della terapia del dolore.

Con questa legge la sofferenza non è più un aspetto inevitabile nel corso della malattia, bensì rappresenta una dimensione complessa da affrontare con serietà e competenza; il Sistema Sanitario si impegna ad occuparsi di cure palliative e terapia del dolore in tutti i setting assistenziali, in ogni fase della vita e per qualsiasi tipo di patologia nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- tutela della dignità e dell'autonomia del malato senza alcuna discriminazione
- tutela e promozione della qualità di vita fino al suo termine
- adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale al malato e alla sua famiglia

Legge 22 Dicembre 2017, n. 219

Al diritto alla relazione di cura ha dato certezza normativa la legge n. **219 del 2017**, intitolata “**Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**”(Legge sul Biotestamento), che ha riconosciuto la funzione determinante apportata dal consenso informato alla “libera costruzione della personalità”.

Il legislatore pone al centro il malato e in particolare la sua partecipazione attiva alle cure in relazione al suo concetto personale di dignità; al significato prettamente medico del termine di “salute” si sostituisce una concezione di salute olistica che tiene conto della dignità e quindi della considerazione che il malato ha di sé.

Il testo normativo è composto di 8 articoli dei quali se ne riassumono i concetti fondamentali:

- **Diritto del paziente all'autodeterminazione terapeutica:** tale legge ha conferito al paziente un ruolo centrale nell'ambito della procedura per la prestazione del consenso, affermando che “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne nei casi espressamente previsti dalla legge”. Proprio per questo motivo il consenso informato non si risolve in un atto istantaneo, consta bensì di una vera e propria procedura. Emerge l'importanza della relazione di cura e della fiducia reciproca tra le parti nella quale l'autonomia decisionale del paziente si confronta e si relaziona

con la competenza, la professionalità e la responsabilità del professionista sanitario.

- **Disposizioni anticipate di trattamento:** rappresentano gli atti in cui qualsiasi persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, può esprimere le proprie preferenze e convinzioni in materia di trattamento sanitario, potendo anche nominare, tramite atto scritto, un soggetto fiduciario che lo rappresenti nelle relazioni con il medico e gli ospedali; nell'attività di informazione possono essere infatti coinvolti, qualora il paziente lo desideri, anche i suoi care-givers, ai quali esso può delegare il ricevimento di tutte le informazioni nei riguardi delle proprie condizioni cliniche; il paziente può esercitare quindi il diritto di non essere messo al corrente del proprio stato di salute.
- **Rifiuto dei trattamenti sanitari:** la legge ha fermamente stabilito che qualsiasi persona, nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario proposto dal medico, anche se necessario per la propria sopravvivenza.
Il rifiuto, così come il consenso, deve essere esplicitamente manifestato dal paziente e documentato in forma scritta; esso può essere manifestato anche a trattamento in corso, si tratterebbe quindi di una revoca del consenso in precedenza prestato con conseguente interruzione delle cure in atto.
- **Terapia del dolore:** in caso di rifiuto del paziente di intraprendere le terapie a lui proposte oppure nell'ipotesi di revoca di quelle in corso, il medico non può "abbandonare" il paziente ma deve attivarsi per alleviarne le sofferenze; a tal proposito, deve sempre essere garantita al paziente una appropriata terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative consentite per legge.

3.5 COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Numerose sono le competenze che un infermiere qualificato deve avere per poter lavorare in ambito oncologico, altrettanto numerose sono quelle citate all'interno di questo elaborato ma è possibile riassumere il tutto in poche righe evitando la stesura delle varie competenze infermieristiche sotto forma di elenco.

Evito di fare ciò che ho appena scritto perchè mi è sempre stato difficile da studentessa comprendere i concetti espressi in tal modo, e perchè trovo molto più chiaro ed

esplicativo racchiudere il succo del discorso rielaborandolo in maniera personale, per farlo arrivare meglio ai destinatari.

La mia esperienza, seppur ancora minima, nell'ambito dell'assistenza infermieristica mi ha fatto comprendere che essa può essere considerata di qualità solo se è in grado di aumentare la dignità delle persone, che è proprio ciò che i pazienti hanno più a cuore; può essere definita realmente di qualità se ne mantiene lo sviluppo individuale per quanto possibile e se promuove il sostegno emotivo ed il comfort.

L'assistenza infermieristica deve essere in grado di migliorare la qualità della vita degli assistiti e creare un clima favorevole alle cure in tutti gli ambiti; a tal proposito assume un ruolo fondamentale la corretta gestione del dolore nei riguardi del malato oncologico, esperienza complessa che solo un professionista sanitario adeguatamente formato è in grado di gestire in modo appropriato.

Penso che la dignità del paziente sia l'aspetto centrale delle cure infermieristiche che per nessun motivo deve essere tralasciato; competenza infermieristica è quindi avere sempre a mente e a cuore questo concetto fondamentale nell'ambito di infinite competenze tecniche, relazionali ed educative.

Qualora l'assistenza sanitaria venga fornita in scarse condizioni di dignità può influire negativamente sulla guarigione dei pazienti e quindi sull'outcome.

L'esperienza della dipendenza dalle cure, che nel caso del malato oncologico è in alcune fasi della malattia purtroppo inevitabile e rappresenta la paura a lui più grande, è una condizione che espone il paziente ad un'elevata fragilità personale poiché cambia tutto all'interno della sua vita: cambia dapprima la propria libertà e possibilità nello stare da soli e si prova disagio nell'essere "costretti" in un certo senso a chiedere aiuto, si prova di conseguenza paura per non ricevere l'aiuto necessario.

Altro aspetto responsabile della sensazione di disagio nel malato oncologico è la paura di essere un peso per i propri cari.

Non è un caso che io abbia fatto un uso spropositato della parola "paura" in queste ultime righe, perchè è una delle emozioni preponderanti nel paziente oncologico.

Competenza infermieristica è alleviare tale paura, poiché impossibile eliminarla, ed è proprio in queste situazioni che possiamo fare la differenza: i nostri atteggiamenti personali e professionali nei confronti dei pazienti possono diventare ostacolanti o favorevoli l'accettazione della malattia e possono permettere ai pazienti di fargli

elaborare l'esperienza di dipendenza in modo meno traumatico ed accettabile alleggerendo il peso delle loro paure ed insicurezze.

4. CONCLUSIONI

È difficile riassumere le conclusioni di un argomento così ampio in poche righe, specialmente se le cose che vorrei esprimere e far arrivare ai lettori sono molteplici.

Mi soffermerò quindi sul fulcro dell'assistenza infermieristica che sta alla base della relazione terapeutica infermiere-paziente, la presa in carico.

La presa in carico del paziente, intesa in modo "olistico", è una delle prime cose che vengono insegnate a noi studenti di infermieristica nel nostro percorso di studi; con il termine "olistico" si intende una visione del paziente a 360°, necessaria per garantire un'assistenza individualizzata quanto più ottimale.

Nonostante le varie definizioni fornitemi, ancor prima di mettere piede in un reparto, mi chiedevo spesso a cosa corrispondesse effettivamente nella pratica e cosa avrei dovuto fare per attuarla, per essere una "buona infermiera".

Ho capito realmente il significato di questo termine durante il mio periodo di tirocinio effettuato in oncologia.

La gestione assistenziale del paziente oncologico, in particolare nei riguardi della donna con neoplasia mammaria, è uno degli insegnamenti che più mi è rimasto a cuore; si tratta di una pratica complessa che prevede implicazioni di varia natura: fisiche, emotive e sociali, che si ripercuotono inevitabilmente sulla qualità di vita della paziente.

L'assistenza erogata dunque, deve andare ben oltre gli aspetti prettamente fisiopatologici o terapeutici: è importante fornire alla donna un'assistenza personalizzata "cucita su di lei" che può essere garantita solo a seguito di una presa in carico di tipo olistico, perfezionandola ed adeguandola ad ogni fase della malattia.

La relazione di cura ed il ruolo dell'infermiere risultano indispensabili ed influiscono su molteplici parametri quali:

- processo di guarigione
- aderenza alla terapia
- mantenimento\recupero dell'autonomia personale

L'infermiere svolge a pieno il suo ruolo come educatore e figura di supporto; in particolare emerge la capacità relazionale di esso nei riguardi della sfera emotiva.

L'intero processo assistenziale può evidenziare dei punti di criticità, quelli che si possono riscontrare più frequentemente nella pratica clinica sono: la scarsa conoscenza delle procedure oncologiche ed un'erronea presa in carico della paziente. Tutto ciò si ripercuote in un processo assistenziale mal gestito e di conseguenza in outcome negativi; è possibile agire alla fonte ed intervenire precocemente per evitare l'instaurarsi di queste problematiche attraverso: continui aggiornamenti del personale sanitario, pratica clinica, ma anche attraverso l'importante concetto di "umanizzazione delle cure" e la consapevolezza che non tutti i professionisti sono in grado di lavorare nei medesimi setting assistenziali.

L'assistenza al malato oncologico è un mondo complesso e come mi disse un giorno un'infermiera del reparto di Oncologia, non è per tutti, si deve per forza di cose amare questa tipologia di reparto per poterci lavorare, altrimenti si rischia di fare del male a sé stessi e non si sarà in grado di offrire un'assistenza infermieristica adeguata alle esigenze dei pazienti.

Mi sembra consono concludere con il precedente pensiero che racchiude in esso innumerevoli concetti infermieristici ed esprimere una mia riflessione personale al riguardo: per diventare un giorno una brava infermiera è necessario tutto quello che ho appreso in questi tre anni di studi e di pratica ma non è e non sarà mai abbastanza.

L'esperienza ci insegna molto, sia come studenti, sia come futuri lavoratori, ma non deve frenarci mai dall'essere affamati di sapere; la conoscenza e le evidenze scientifiche si aggiornano continuamente ed un augurio che faccio a me stessa, ai miei compagni del corso di studi, e perché no anche agli attuali professionisti infermieri, è di continuare a studiare ed aggiornarci, per poter offrire un'assistenza infermieristica di qualità e per far valere ciò che in realtà rappresenta questa laurea: fare parte delle professioni intellettuali è un privilegio e bisogna onorare questo titolo facendoci valere sia come professionisti sanitari singoli ma soprattutto come gruppo, perché essere infermiere non è per tutti ma tutti quelli che lo sono hanno un obiettivo comune e solo insieme si è in grado di raggiungere grandi traguardi.

5. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

SITOGRAFIA:

- Risk Factors for Cancer - National Cancer Institute (2015). Disponibile in:
<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk>
- I numeri del cancro in Italia – AIOM (2020). Disponibile in:
https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori_web.pdf
- Tumore al seno – Agenzia Zoe, AIRC (2021). Disponibile in:
<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-del-seno>
- Carcinoma mammario metastatico – Alessia Levaggi, Catia Angiolini, Alessandra Modena, AIOM (2017). Disponibile in:
<http://media.aiom.it/userfiles/files/doc/op-paz-fond/2018/Carcinoma.pdf>
- Screening mammografico – Sorveglianza PASSI (2020). Disponibile in:
<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico>
- La chemioterapia per il cancro alla mammella – AIMAC (2019). Disponibile in:
<https://www.aimac.it/libretti-tumore/cancro-mammella-seno/chemioterapia-cancro-mammella>
- Core curriculum infermiere di senologia – Senonetwork (2014). Disponibile in:
[https://www.senonetwork.it/C_Common/Download.asp?file=/Site\\$/files/doc/Documenti/raccomandazioni/Core_Curriculum_Infermiere_Senologia_Senonetwork_Italia_Onlus_MAGGIO_2014_rwyva0a7.pdf](https://www.senonetwork.it/C_Common/Download.asp?file=/Site$/files/doc/Documenti/raccomandazioni/Core_Curriculum_Infermiere_Senologia_Senonetwork_Italia_Onlus_MAGGIO_2014_rwyva0a7.pdf)
- PDTA per la gestione del tumore alla mammella - Ospedali Riuniti di Ancona (2017). Disponibile in:
https://ospedaliriuniti.etrasparenza2.it/moduli/downloadFile.php?file=oggetto_allegati/1716213423500_0374.DG.pdf
- History – European Breast Cancer Council. Disponibile in:
<https://ebccouncil.com/history/>
- Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (L219/2017). Disponibile in:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>
- Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (L38/2010). Disponibile in:

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?aggiornamenti=&attoCompleto=si&id=32922&page=&anno=null>

BIBLIOGRAFIA:

- Breast tumours – WHO Classification of tumours, 5Th edition, Volume 2 – WHO (2019)
- Senologia. Diagnosi, terapia e gestione - Francesca Rovera, Adriana Bonifacino, Pietro Panizza, Fedro Peccatori (2018)

6. ALLEGATI

Allegato n.1:

<https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/prevenzione-per-tutti/codice-europeo-contro-il-cancro>

Allegato n.2 :

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico?tab-container-1=tab1>

RINGRAZIAMENTI

Sono sempre stata una persona alla quale piace scrivere e probabilmente mi riesce anche meglio del parlare.

Questo perché sono estremamente emotiva e trasformo tutto in pianto; che sia gioia, rabbia, tristezza, perplessità... io piango.

Di questo ne sono ben consapevole tutte le persone che mi hanno accompagnata in questi tre anni di percorso: il Dr. Ortolani Sandro, il Direttore del nostro CdL, i miei tutor Palumbo Pasquale e Giambartolomei Alessia, i miei compagni del corso di studi. Sono da sempre stata una di quelle persone "strane", forse difficili da inquadrare, ne sono consapevole, sono una di quelle che pur di non mostrare la propria debolezza si è cucita addosso un'armatura di ironia e irascibilità, chi mi conosce lo sa bene.

Non sono mancati i conflitti, le incomprensioni e tutte le giornate nelle quali tornavo distrutta da tirocinio e mi chiedevo: "Ma chi me l'ha fatto fare?"

Eppure la risposta a questa domanda è scontata: io, solo ed unicamente io ho intrapreso questa strada; un giorno mi sono detta che tutta questa empatia e tremenda emotività che mi appartengono a qualcosa devono pur servire, e ho deciso di utilizzarle per fare del bene agli altri.

È difficile da credere, ne sono consapevole: io che piango se non riesco a fare in modo impeccabile una procedura durante una certificazione di laboratorio, dovrei essere la stessa che si prende cura, nel momento di più estrema debolezza, di un essere umano!?

Questi tre anni mi hanno fatta maturare e cambiare per certi versi; e non parlo del fatto che sia riuscita a non piangere più davanti agli altri, sarebbe un'utopia, perché probabilmente lo farò anche durante la discussione della mia tesi, ma parlo del fatto che ora ho un ben differente concetto di "prendersi cura".

Ho imparato a fare delle mie debolezze un punto di forza nei riguardi degli altri, ho imparato a capire gli altri, ad ascoltare e a farmi ascoltare, ho imparato a gestire situazioni che mai mi sarei immaginata di vivere.

Questi tre anni di studi sono stati un percorso dentro me stessa, dentro quella fredda armatura di cui parlavo e mi hanno permesso di giungere alla conclusione del fatto che fare del bene agli altri è terapeutico anche per sé stessi.

Ringrazio la mia relatrice, la Prof.ssa Alfia Amalia Lizzi che mi ha permesso di svolgere questa tesi, che mi ha aiutata e dato preziosi consigli con gentilezza e semplicità, rendendo il tutto un piacevole lavoro.

Ci tengo a ringraziare a cuore aperto i miei Tutor del corso di laurea, che forse più di tutti sono riusciti a comprendermi; da quella fatidica domanda che mi venne fatta uno dei primi giorni: “Ma sei sicura di voler fare l’infermiera?”, in me si accese qualcosa, probabilmente rabbia, perchè mi sentii sminuita e la trovai una domanda fuori luogo. Quella rabbia è poi diventata consapevolezza, tramutata in voglia di fare e dimostrare di più, ed infine si è trasformata in gratitudine; spesso chi sembra volerci fare del male lo fa per scaturire in noi una reazione, ed è quello che probabilmente in quel momento mi serviva.

Ringrazio i miei amici, la prima in ordine cronologico; Nicole, mia grande amica dal primo giorno di asilo, e tutti quelli che mi hanno donato giorni di felicità e spensieratezza, vi devo qualche brindisi.

Ringrazio i miei compagni di università; in particolare due compagne speciali che ho avuto la fortuna di conoscere in questo corso di studi e che sono diventate due grandi amiche, Alessia e Michela: senza di voi probabilmente mi sarei scordata anche la data della proclamazione. Ci siamo supportate e sopportate, specialmente nei momenti di sconforto nei quali prevaleva la voglia di compilare la rinuncia agli studi; eppure eccoci qui, ce l’abbiamo fatta! (Finalmente)

Ringrazio infine la mia famiglia: mia madre Catia, è grazie a lei se ho raggiunto anche questo traguardo nella mia vita, ai suoi sacrifici e al suo amore immenso.

Mio fratello Mario, che ogni volta che passavo un esame mi domandava: “E adesso?” incerto su come sarebbe proseguito il mio percorso di studi; ora sono io a domandarmelo.

Ringrazio a Carola, che reputo ormai da tempo parte della famiglia a tutti gli effetti, futura mamma di mia nipote e anche una grande amica.

Ringrazio inoltre tutti gli infermieri che ho avuto il piacere o il dispiacere di incontrare in questi tre anni di tirocinio: non mi vergogno a dire che da alcuni ho imparato a non essere mai come loro, ma da altri, da quelli che a me piace definire “gli animi buoni” ho imparato davvero l’essenza più profonda dell’essere infermiere; dal fare una semplice

carezza ad un paziente incosciente, alle lunghe chiacchierate a cuore aperto con i pazienti in fin di vita.

Fosse per me continuerei a scrivere ringraziamenti all'infinito, perché sono stati tre anni intensi dove molte persone hanno arricchito la mia vita accompagnandomi in questo cammino e lasciandomi qualcosa di buono, ne sono estremamente grata.

Purtroppo questi non sono stati anni semplici, a partire dalla Pandemia mondiale che stiamo affrontando, ma non sono stati anni semplici nemmeno nei riguardi delle perdite.

Scrivere questa tesi non è stato un caso, oltre a rappresentare il grande augurio che faccio a me stessa nei confronti dell'infermiera che voglio un giorno diventare, volevo trovare il modo per esprimere il mio affetto e la mia vicinanza a due persone speciali che hanno subito la perdita più grande e dolorosa che una persona possa affrontare.

È dedicata alla grande forza e al dolore di due donne che fanno parte della mia vita: Carola e Chiara.