

SUPSI

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

CORSO DI LAUREA IN CURE INFERMIERISTICHE

Interventi di terapia complementare nella gestione dell'ansia e della depressione nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia: il ruolo dell'infermiere come promotore della salute

Revisione della Letteratura

Lavoro di tesi
(Bachelor thesis)

di Aline Garbani Nerini

Direttrice di tesi:

Silvana Camponovo Brina

Anno Accademico: 2021-2022

Manno, 31 Luglio 2022

ABSTRACT

Background

Il tumore al seno è il tumore più diffuso nel sesso femminile, con un'incidenza in Svizzera di circa 6'350 casi annui. I trattamenti sono diversi, quello più comune tra le tecniche chirurgiche è caratterizzato dalla mastectomia, comportando ripercussioni importanti a livello fisico ma soprattutto a livello psicologico. La prevalenza e l'entità di una patologia psichiatrica nei pazienti oncologici è un tema molto presente e molto importante, che spesso viene trascurato. Tra queste ritroviamo principalmente l'ansia e la depressione.

Obiettivo

L'obiettivo di questo lavoro è quello di determinare se gli interventi di terapia complementare comportano un miglioramento dei livelli d'ansia e depressione nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia.

Metodologia

La metodologia utilizzata per la realizzazione di questo lavoro è una revisione della letteratura. Sono state consultate le seguenti banche dati: PubMed e CINAHL. Infine sono stati selezionati 11 articoli ritenuti pertinenti.

Risultati

Gli studi analizzati hanno dimostrato dei risultati favorevoli relativi alla riduzione dell'ansia e della depressione nelle donne dopo essersi sottoposte ad intervento di mastectomia. Sono quattro i principali interventi riscontrati.

Conclusioni

È emerso come alcuni interventi di terapia complementare, quali la musicoterapia, lo yoga, l'agopuntura e la *mindfulness* hanno un effetto benefico ed efficace nella riduzione dell'ansia e della depressione nelle donne che si sono sottoposte ad intervento di mastectomia a causa di un tumore della mammella. Sono necessari però ulteriori studi.

Keywords

breast cancer, mastectomy, depression, anxiety, quality of life, acupuncture, mindfulness-based stress reduction, music therapy, yoga, relaxation, oncological care, relaxation technique.

INDICE

1. INTRODUZIONE	5
1.1 Motivazione personale.....	5
1.2 Scopo e obiettivi del lavoro	5
1.3 Metodologia.....	6
2. QUADRO TEORICO	7
2.1 La ghiandola mammaria	7
2.2 Il tumore al seno	8
2.2.1 Definizione di tumore.....	8
2.2.2 Dati epidemiologici.....	9
2.2.3 Fattori di rischio	10
2.2.4 Sintomatologia.....	11
2.2.5 Diagnosi e prevenzione.....	11
2.2.6 Stadiazione	12
2.2.7 Approccio terapeutico (farmacologico e chirurgico)	13
2.3 La malattia oncologica e il suo percorso	15
2.4 Ripercussioni psicologiche nella donna dopo intervento di mastectomia	18
2.4.1 L'immagine corporea	18
2.4.2 L'autostima	19
2.4.3 La sessualità	20
2.4.4 La qualità di vita	21
2.5 L'ansia e la depressione	22
2.6 Interventi non farmacologici – terapia complementare	25
2.6.1 La musicoterapia.....	26
2.6.2 Lo yoga	27
2.6.3 L'agopuntura	28
2.6.4 La mindfulness	28
2.7 Le competenze infermieristiche – il ruolo dell'infermiere	30
2.7.1 Ruolo di esperto in cure infermieristiche.....	30
2.7.2 Ruolo di comunicatore.....	30
2.7.3 Ruolo di membro di un gruppo di lavoro.....	31
2.7.4 Ruolo di manager	31
2.7.5 Ruolo di promotore della salute (Health Advocate)	31
2.7.6 Ruolo di apprendente e insegnante.....	32
2.7.7 Ruolo legato all'appartenenza professionale	32
3. METODOLOGIA	33

3.1 La revisione della letteratura.....	33
3.2 Metodologia di lavoro	34
3.3 Obiettivi del lavoro di Bachelor	36
4. REVISIONE DELLA LETTERATURA	37
4.1 <i>Tabella riassuntiva degli studi</i>	37
4.2 Descrizione.....	47
4.2.1 Studio 1.....	47
4.2.2 Studio 2.....	48
4.2.3 Studio 3.....	50
4.2.4 Studio 4.....	50
4.2.5 Studio 5.....	51
4.2.6 Studio 6.....	52
4.2.7 Studio 7.....	53
4.2.8 Studio 8.....	54
4.2.9 Studio 9.....	54
4.2.10 Studio 10	56
4.2.11 Studio 11	57
4.3 Discussione dei risultati	58
4.3.1 Intervento di musicoterapia	58
4.3.2 Intervento di yoga e delle tecniche di rilassamento.....	58
4.3.3 Intervento di mindfulness.....	59
4.3.4 Intervento di agopuntura	59
5. CONCLUSIONI	60
5.1 Riflessione personale sul percorso svolto	62
5.2 Limiti della ricerca	62
5.3 Implicazioni per la pratica professionale e il futuro	62
5.4 Ringraziamenti	63
6. BIBLIOGRAFIA	64
7. ALLEGATI	68
7.1 Allegato 1.....	68
7.2 Allegato 2.....	69

1. INTRODUZIONE

Purtroppo, nonostante i numerosi progressi scientifici nel campo della medicina, il cancro rappresenta ancora oggi a livello mondiale una delle malattie più diffuse, nonché una delle principali cause di morte. A causa dell'invecchiamento della popolazione vi è sia un aumento dell'incidenza tumorale, sia un aumento dei decessi. Secondo alcuni dati riportati dal rapporto nazionale sui tumori del 2021, il rischio di nuovi casi è complessivamente in calo tra gli uomini mentre rimane invariato per il genere femminile (Confederazione Svizzera, 2021). Il tumore al seno è il tumore più diffuso nelle donne e in Svizzera colpisce ogni anno attorno alle 6'350 donne, con un aumento del rischio stesso nelle donne con più di 50 anni (Lega contro il cancro, 2022). Come per ogni patologia, essa comporta una serie di trattamenti che si possono attuare al fine di curare o palliare il quadro clinico della persona. Nel caso del tumore al seno, la mastectomia è il trattamento chirurgico più invasivo e che comporta una serie di ripercussioni a livello psico-fisico (come l'alterazione dell'immagine corporea, della sessualità, ...) portando la donna ad un maggior rischio di sviluppare ansia e depressione (Torta & Mussa, 1997). Per trattare questi stati psicologici che si manifestano in queste donne spesso si ricorre alla terapia farmacologica (come ad esempio la fluvoxamina e/o il citalopram) (D'Andrea & Guardabascio, 2014). Nella popolazione è poco conosciuta la terapia complementare, soprattutto relativa alla pratica clinica e come terapia non farmacologica per questi quadri clinici. Per questo, in questo lavoro di Bachelor intendo approfondire dapprima la tematica relativa al tumore al seno, portando l'attenzione sulla manifestazione di ansia e depressione nelle donne con tumore al seno che si sono sottoposte ad intervento di mastectomia. Inoltre, tratterò il tema relativo alla terapia non farmacologica, più nello specifico alla terapia complementare, proprio per ridurre gli stati d'ansia e depressione in queste pazienti. Infine, sarà anche presente un collegamento con il ruolo infermieristico, soprattutto riguardando il ruolo di promotore della salute.

1.1 Motivazione personale

Ho scelto di trattare questo tema inerente all'oncologia perché è un ambito che mi interessa e appassiona particolarmente. Purtroppo l'oncologia è una realtà che interessa e che fa parte della nostra quotidianità in quanto si tratta di un gruppo di patologie molto presente sia a livello svizzero che a livello mondiale.

Ancora oggi l'oncologia e i tumori nella società vengono visti come un tabù, prendendo anche forme diverse come per esempio "bao", e altri nomignoli che gli attribuiscono. È importante dire che spesso le diagnosi oncologiche giungono come un duro colpo nella vita della persona e di tutta la rete che vi ruota attorno. Dal momento che si pronuncia la parola tumore subito partono una serie di emozioni come la paura, l'incertezza, la non conoscenza e la paura di perdere il controllo, assieme a tutte le altre correlazioni negative che l'individuo si fa, pensando subito al peggio.

1.2 Scopo e obiettivi del lavoro

Il seguente documento ha lo scopo di riflettere sul ruolo dell'infermiere, come promotore della salute, in relazione alla terapia complementare per le donne con depressione e ansia dopo intervento di mastectomia. Un macro obiettivo di questo elaborato è proprio quello di determinare degli interventi non farmacologici ma di terapia complementare che

l'infermiere, sia in un reparto specialistico ma anche in un reparto di medicina e/o di chirurgia, possa proporre di fronte a pazienti che si presentano con questa specifica problematica.

1.3 Metodologia

La metodologia utilizzata è una revisione della letteratura, infatti è stata effettuata una ricerca di articoli scientifici nelle banche dati. Ho scelto di svolgere questo disegno di ricerca in quanto la ritenevo la metodologia più adeguata alla mia domanda di ricerca e al mio tema, dal momento che volevo valutare l'efficacia degli interventi di terapia complementare (quali la musicoterapia, l'agopuntura, lo yoga e la *mindfulness*) sulla riduzione dell'ansia e della depressione nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento chirurgico di mastectomia. Le banche dati utilizzate principalmente sono state PubMed e CINAHL. All'interno del capitolo 3 – "metodologia" è illustrato in modo più approfondito tutto il processo metodologico.

Il mio elaborato è caratterizzato da un quadro teorico dove vengono illustrati in maniera dettagliata tutte le caratteristiche relative al tumore al seno, quindi dalla definizione alla terapia (con un *focus* sulla mastectomia). Inoltre vi è un capitoletto dedicato al percorso della malattia tumorale ed alle principali ripercussioni psicologiche nelle donne che si sottopongono ad intervento di mastectomia, con un approfondimento relativo all'ansia e alla depressione. Infine, non da ultimo, sarà trattato il tema concernente la terapia complementare, con un approfondimento particolare alla musicoterapia, lo yoga, la *mindfulness* e l'agopuntura.

Infine, verranno riportati i risultati emersi dagli articoli selezionati ed effettuata una discussione e conclusione concernente il lavoro svolto, portando l'attenzione sulle implicazioni del ruolo infermieristico.

2. QUADRO TEORICO

2.1 La ghiandola mammaria

Il corpo umano è costituito da due ghiandole mammarie poste una per lato sulla faccia anteriore del torace, sopra il muscolo grande pettorale e, all'altezza del margine inferiore, sopra il muscolo dentato anteriore. Le mammelle si posizionano nel tessuto sottocutaneo del cuscinetto adiposo pettorale e si estendono inferiormente dalla clavicola verso la sesta costa e dallo sterno fino alla linea ascellare media (Hogan-Quigley et al., 2017). Ciascuna mammella è composta a livello anteriore dal capezzolo, una sporgenza conica pigmentata che costituisce il punto in cui i dotti galattofori si aprono alla superficie corporea (Martini et al., 2016). Il capezzolo è circondato dall'areola, una regione cutanea circolare di colore rosa scuro e dall'aspetto granulare dovuto alla presenza di grosse ghiandole sebacee, sudoripare e ghiandole mammarie accessorie poste a livello del derma sottostante. In alcuni casi l'areola può essere ricoperta da una leggera peluria (Martini et al., 2016).

Il parenchima ghiandolare della mammella è costituito da lobi, a loro volta costituiti da numerosi lobuli secernenti. A livello dei lobuli vi sono degli alveoli caratterizzati da cellule mioepiteliali che hanno il compito di far defluire il latte dapprima nei dotti lobulari e, in un secondo momento, nei dotti galattofori. I dotti lobulari convergono a formare un solo dotto galattoforo per ciascun lobo, per un totale di 15-20 dotti galattofori. Nei pressi del capezzolo i dotti galattofori si espandono e formano una camera chiamata seno galattoforo, che ha il compito di fungere da "serbatoio" di riserva per il latte (Tortora & Derrickson, 2011). Tra la cute e la fascia connettivale vi sono i legamenti sospensori della mammella, legamenti che originano nel derma della cute sovrastante e che svolgono la loro funzione di sostegno (vedi allegato 1). Essi con l'avanzare dell'età oppure con lo sport intensivo possono diventare più lassi, ed è per questo che in determinate circostanze si può osservare un seno pendente verso il basso (Tortora & Derrickson, 2011).

La mammella è caratterizzata da una duplice vascolarizzazione, una superficiale riguardante la cute e una più profonda che riguarda la ghiandola mammaria. Le arterie che drenano sangue più a livello superficiale sono ramificazioni provenienti dall'arteria ascellare e dall'arteria toracica laterale. Mentre per quanto concerne l'irrorazione più profonda riguardante la ghiandola mammaria viene coinvolta principalmente l'arteria toracica interna (Martini et al., 2016).

Le funzioni della ghiandola mammaria sono quelle di sintetizzare, secernere ed espellere latte (Tortora & Derrickson, 2011). Tutte queste funzioni prendono il nome di lattazione e vengono associate alla gravidanza e alla nascita di un figlio. Vi sono anche degli ormoni importanti che rientrano all'interno di questo processo, come la prolattina e l'ossitocina (Tortora & Derrickson, 2011). La prolattina viene secreta dall'adenoipofisi e, con il contributo di progesterone ed estrogeni stimola la produzione di latte. L'ossitocina invece viene rilasciata dalla neuroipofisi in risposta all'atto di suzione del capezzolo durante l'allattamento da parte del neonato, ed è responsabile dell'eiezione di latte (Tortora & Derrickson, 2011).

Un altro aspetto importante è sicuramente quello legato al drenaggio linfatico, che ha la funzione di trasportare proteine, liquidi e lipidi dallo spazio interstiziale al sistema circolatorio, ma anche quello di trasportare antigeni agli organi linfoidei per far sì che si inneschino i meccanismi immunitari (Martini et al., 2016). La maggior parte della linfa

dalla mammella drena verso l'ascella, infatti i linfonodi ascellari sono responsabili di drenare la linfa proveniente dalla ghiandola mammaria. Inoltre essi sono i linfonodi che, nelle situazioni di controllo medico, vengono palpati più frequentemente in quanto più facili da sentire dal momento che vanno ad appoggiare sulla parete toracica nella porzione superiore del cavo ascellare (Hogan-Quigley et al., 2017).

In caso di carcinoma mammario le cellule cancerogene, mediante il sistema linfatico, possono diffondersi agli altri organi passando da un linfonodo all'altro. Il primo linfonodo che riceve la linfa e, in caso di patologia tumorale, riceve le cellule cancerogene attraverso lo spostamento della stessa, è il linfonodo sentinella (Hogan-Quigley et al., 2017). Proprio per questo spesso si sente parlare della tecnica del linfonodo sentinella, dove tramite un intervento mini-invasivo si va ad asportarlo al fine di determinare se esso è stato invaso da cellule neoplastiche oppure no. Se non è presente nessuna invasione, difficilmente i linfonodi adiacenti saranno stati coinvolti e quindi non sarà necessario procedere con interventi più invasivi come lo svuotamento ascellare (Hogan-Quigley et al., 2017).

La valutazione del seno è utile per fornire informazioni riguardanti anche la diagnostica del carcinoma mammario. Per questo la palpazione dei linfonodi ascellari può risultare importante e fondamentale in quanto un ingrossamento può essere un segno di malattia o di una diffusione della stessa (Hogan-Quigley et al., 2017).

Durante la procedura di valutazione è importante tenere in considerazione che la mammella è un tessuto ormonosensibile e che quindi risponde a modifiche legate ai cicli mestruali, all'età della donna e in caso di gravidanza. Inoltre le proporzioni delle varie componenti, oltre a variare per i fattori appena citati, variano anche a seconda dello stato nutrizionale ed all'eventuale utilizzo di ormoni esogeni (Hogan-Quigley et al., 2017).

2.2 Il tumore al seno

2.2.1 Definizione di tumore

Prima di addentrarci nel vivo della tematica relativa al tumore al seno ritengo importante fare un piccolo passo indietro e soffermarsi sul significato della parola stessa, ovvero di tumore.

Il nostro corpo è composto da milioni e milioni di cellule che, se messe assieme, costituiscono i vari organi e tessuti del nostro corpo. È proprio all'interno di queste cellule che il cancro inizia a svilupparsi, molto spesso in modo silenzioso. Queste cellule in condizioni normali proliferano mediante segnali ricevuti dal loro DNA, formato a sua volta da geni. I geni contengono informazioni in grado di produrre proteine capaci di eseguire determinati compiti all'interno dei diversi processi cellulari (Fondazione AIRC, n.d.). Alcuni esempi possono essere le proteine responsabili del controllo della proliferazione, promuovendola se prodotte da oncogeni o frenandola se si formano a partire da geni oncosoppressori. Altre proteine invece se attivate possono portare all'apoptosi (ovvero la morte cellulare). Tutti questi meccanismi avvengono però in condizioni fisiologiche di normalità (Fondazione AIRC, n.d.).

Se invece ci troviamo di fronte ad una cellula malata o, in questo caso tumorale, essa non sarà più in grado di svolgere le funzioni summenzionate trasmesse dai geni in quanto sono danneggiati. Ciò porta così la cellula ad alterarsi e ad "impazzire", iniziando a dividersi, moltiplicarsi e crescere in maniera incontrollata. Con il tempo si vanno quindi a formare i cosiddetti noduli, prendendo il nome di tumore (Fondazione AIRC, n.d.).

I tumori vengono divisi in tumori maligni e tumori benigni. Quest'ultimi, come anticipato già dal nome, rimangono circoscritti in una parte del corpo ma possono comunque comprimere il tessuto circostante, senza invaderlo e distruggerlo (Lega contro il cancro, 2021). In alcuni casi la crescita di un tumore benigno può provocare una compressione dei nervi oppure un restringimento di alcuni vasi sanguigni, per questo può essere necessario un trattamento anche per questa tipologia di tumore (Lega contro il cancro, 2021).

Nel caso dei tumori maligni invece, a seguito di ulteriori modificazioni dei geni, alcune cellule tendono a staccarsi andando, mediante i vasi sanguigni e linfatici, ad invadere tessuti e organi circostanti, prendendo così il nome di metastasi. Il cancro può diffondersi in qualsiasi parte del corpo e solitamente i primi sintomi di una diffusione di cellule cancerogene possono essere dovuti all'ingrossamento dei linfonodi nelle regioni interessate come le ascelle, la zona del collo e dell'inguine (Lega contro il cancro, n.d.). Il processo di metastatizzazione, ha una tempistica lunga e variabile a seconda dell'individuo colpito e della tipologia di tumore di cui è affetto. L'aggressività di un tumore maligno è indicata dalla velocità di proliferazione delle sue cellule cancerogene e dalla rapidità nel formare metastasi e recidive (Lega contro il cancro, 2021).

È importante tenere in considerazione che le mutazioni genetiche si accumulano nel tempo ed è per questo che il processo di sviluppo tumorale spesso è lungo e non immediato (Lega contro il cancro, n.d.).

2.2.2 Dati epidemiologici

Purtroppo il cancro rimane ancora oggi una delle principali cause di morte al mondo con circa 10 milioni di decessi nell'ultimo anno. I tumori più comuni sono quelli della mammella, del polmone, del colon-retto e della prostata (World Health Organization [WHO], 2022). Nel 2020 vi sono stati a livello mondiale 2.26 milioni di nuovi casi di tumore al seno, e ben 685'000 decessi (WHO, 2022).

In Svizzera, secondo alcuni dati statistici, l'incidenza tumorale tra il 2014 e il 2018 è stata di 43'500 casi, con un totale di 17'200 decessi. Di questi 43'500 casi, 6'350 sono per tumore al seno andando a costituire il 15% (Lega contro il cancro, 2022). La tipologia di cancro più frequente per incidenza è differenziata a seconda del sesso: negli uomini troviamo al primo posto il cancro della prostata con un'incidenza del 28%, seguito subito da quello del polmone (12%) e quello del colon (11%). Nel genere femminile invece il tumore con tasso di incidenza maggiore è quello del seno con il 32%, seguito dal cancro del colon (10%) e da quello del polmone (10%) (Lega contro il cancro, 2022). Per quanto riguarda invece il cancro con maggiore mortalità per sesso, troviamo negli uomini il cancro al polmone con un tasso del 21.3% seguito successivamente dal tumore della prostata con un tasso del 14.3%. Nelle donne invece il tasso di mortalità maggiore è dovuto al tumore al seno con il 17.9% seguito subito dopo da quello del polmone con il 16.2%. Si può anche osservare come il carcinoma mammario sia una malattia con un'incidenza aumentabile con l'età: infatti oltre il 75% dei tumori viene diagnosticato nelle donne con > 50 anni (Repubblica e Cantone Ticino, n.d.). Grazie a questi dati statistici possiamo identificare come a livello Federale il tumore al seno sia un tumore per incidenza molto frequente (al secondo posto dietro al tumore della prostata) e il terzo per numero di decessi all'anno, solo dietro al tumore del polmone e del colon (Lega contro il cancro, 2022).

Per quanto riguarda invece la nostra piccola realtà Ticinese, dal 2011 al 2016 si sono contati 2'080 nuovi casi di tumore al seno nelle donne e 20 negli uomini, con un totale di 417 decessi nelle donne tra il 2011-2015 (Repubblica e Cantone Ticino, n.d).

2.2.3 Fattori di rischio

La maggior parte dei carcinomi mammari non sono riconducibili a nessun fattore di rischio noto. Vi sono però alcuni fattori che favoriscono l'insorgenza di una patologia tumorale. Essi si suddividono in fattori modificabili, caratterizzati principalmente da comportamenti e abitudini dello stile di vita, e fattori non modificabili.

Tra i fattori di rischio non modificabili troviamo principalmente il sesso, infatti statisticamente le donne sono più soggette a sviluppare un tumore al seno rispetto agli uomini. In Svizzera ogni anno sono circa 6'350 le donne che si ammalano, e 50 gli uomini (Lega contro il cancro, 2021). Possiamo quindi dire che il tumore al seno nel sesso maschile è molto più raro (rapporto 100:1) e generalmente si diagnostica in stadio più avanzato (Ciardiello, 2017).

Anche l'età gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo del tumore al seno, infatti quattro donne su cinque hanno più di 50 anni al momento della diagnosi. L'incidenza per fascia d'età aumenta in modo esponenziale fino ai 50-55 anni e cresce con un *plateau* dopo la menopausa, per poi aumentare nuovamente dopo i 60 anni (Ciardiello, 2017).

Un altro aspetto sicuramente importante riguarda la predisposizione genetica, infatti il 5-7% dei carcinomi mammari sono correlati a fattori ereditari di cui circa i 2/3 sono legati a mutazioni di due geni oncosoppressori autosomici dominanti, ovvero il BRCA1 (posto sul cromosoma 17) e BRCA2 (posto sul cromosoma 13) (Ciardiello, 2017). Le mutazioni germinali a carico di questi due geni sono responsabili della sindrome ereditaria mammella-ovaio, in quanto rappresentano un maggior rischio di sviluppare un tumore della mammella e/o dell'ovaio. Infatti le donne che hanno entrambi i geni mutati presentano l'85% di rischio, nel corso della loro vita, di sviluppare una neoplasia della mammella, e il 44% di sviluppare una neoplasia dell'ovaio. Per le donne invece portatrici di un'alterazione a carico di un unico gene il rischio di sviluppare un tumore mammario entro i 70 anni è del 65% per il gene BRCA1 e del 40% per il BRCA2 (Ciardiello, 2017).

È importante tenere in considerazione anche i fattori di rischio ormonali, ovvero gli ormoni sessuali femminili come il progesterone ed in particolare l'estrogeno, in quanto svolgono una funzione nella formazione di un carcinoma mammario dal momento che modulano la produzione dei fattori di crescita (Ciardiello, 2017). Infatti una ricerca scientifica evidenzia come una prolungata esposizione agli estrogeni dovuto, per esempio, ad un menarca precoce (< 12 anni) o menopausa tardiva (> 55 anni), sono associati ad un incremento del rischio, come anche una gravidanza tardiva (> 30 anni), interrotta o ad una nulliparità, possa incrementare lo sviluppo del tumore (Ciardiello, 2017). Al contrario però, una gravidanza prima dei 30 anni, il numero di gravidanze e l'allattamento hanno un significato protettivo dal momento che vi è una minore probabilità di trasformazione dell'epitelio mammario.

Altri fattori di rischio per sviluppare un tumore del seno è la formazione di lesioni al seno dovute a radioterapia o trattamenti precedenti, oppure una familiarità positiva (soprattutto se di primo grado) di tumore al seno (Lega contro il cancro, 2021).

Per quanto concerne invece i fattori di rischio modificabili ritroviamo principalmente lo stile di vita, ovvero tutte quelle abitudini che una persona ha dall'alimentazione, all'attività

fisica fino al consumo di sostanze come il fumo e alcol (Ciardiello, 2017). Infatti una dieta ricca di grassi animali e povera di fibre vegetali, assieme all'abuso di alcolici, all'obesità e alla riduzione dell'attività fisica, provocano un aumento dei livelli di estrogeni derivanti dal tessuto adiposo e dell'insulinemia, andando a costituire un fattore di rischio per l'insorgenza del carcinoma mammario. Per questo è importante avere uno stile di vita sano con un regolare controllo del peso corporeo mediante attività fisica e mediante un'alimentazione adeguata, in quanto riduce il rischio di recidiva nelle donne già curate per tumore al seno (Ciardiello, 2017).

Anche l'utilizzo di ormoni esogeni (come la terapia sostitutiva ormonale utilizzata nella post-menopausa) espone la donna ad un rischio maggiore di sviluppare il carcinoma mammario dovuto all'aumentata esposizione estrogenica (Ciardiello, 2017).

2.2.4 Sintomatologia

Il tumore al seno può manifestarsi come un nodulo solitario confinato unicamente alla mammella oppure come malattia più estesa attraverso una diffusione locale o a distanza (Ciardiello, 2017). I sintomi iniziali sono rari, in quanto spesso le neoplasie della mammella vengono scoperte in donne asintomatiche mediante l'autopalpazione ed esami strumentali nel corso di *screening*. I sintomi possono segnalare quindi già una malattia localmente avanzata o metastatica (Ciardiello, 2017). Il riscontro più frequente è la presenza di un nodulo mammario (nel 80% dei casi), solitamente non dolente, fisso, di consistenza dura, a margini mal definibili ed irregolari, che a volte può andare ad alterare il profilo della mammella (Ciardiello, 2017). Il nodulo neoplastico è riscontrato più frequentemente a sinistra (55%), nel quadrante superiore esterno (45-47%), centralmente (22-25%), nel quadrante superiore interno (14-15%), nel quadrante inferiore-esterno (7-10%) ed infine nel quadrante inferiore interno (2-5%). In casi rari vi può essere un interessamento contemporaneo delle mammelle (Ciardiello, 2017). La donna inoltre può manifestare dolore (mastodinia) e durante la palpazione vi può essere una secrezione mono-orifizia, spontanea o provocata, dal capezzolo dall'aspetto sieroso-acquoso, siero-ematico o ematico. Inoltre vi può essere anche un'alterazione della pelle, la cosiddetta "pelle a buccia d'arancia", una retrazione o protuberanza della pelle nella regione del capezzolo oppure una differenza di grandezza tra le due mammelle (Lega contro il cancro, 2021). Altri sintomi possono essere secondari alla formazione di metastasi. Le sedi più comuni delle metastasi ematogene sono lo scheletro (nel 70-80% dei casi, quindi a livello delle vertebre, dello sterno, delle coste e della volta cranica), i polmoni (65% dei casi, con manifestazioni cliniche quali tosse e dispnea), il fegato (60%, clinicamente silenti per un lungo periodo di tempo) ed infine l'encefalo (25%). Il tumore può anche diffondersi localmente alla parete toracica attraverso i linfonodi soprattutto nel caso di neoplasie di grandi dimensioni o di mastite carcinomatosa (Ciardiello, 2017).

2.2.5 Diagnosi e prevenzione

Un aspetto fondamentale del carcinoma mammario, come per le patologie tumorali in generale, è sicuramente la diagnosi precoce. Questo avviene grazie anche alla sensibilizzazione ed alle campagne di prevenzione presenti in tutto il mondo. La mammografia si tratta di una prevenzione secondaria, nonché del test più efficace di *screening* del carcinoma mammario. È rivolta alle donne al fine di individuare un eventuale diagnosi di carcinoma mammario in uno stadio precoce. In Ticino, nelle donne comprese

nella fascia d'età > 50 anni, la mammografia è raccomandata a cadenza biennale ed i costi sono a carico del Cantone (Repubblica e Cantone Ticino, n.d.c.). Nelle donne comprese nella fascia d'età tra i 40-49 anni, la mammografia viene eseguita a cadenza personalizzata a seconda del singolo individuo sulla base di fattori di rischio come la familiarità e la densità del tessuto mammario. Nelle donne ad alto rischio a causa di un'importante storia familiare o perché portatrici di mutazioni dei geni BRCA1 o BRCA2, i controlli devono iniziare all'età di 25 anni oppure 10 anni prima dell'età di insorgenza del tumore nel familiare (Ciardiello, 2017).

Inoltre a tutte le donne, indipendentemente dall'età, viene raccomandato l'autoesame del seno tramite la palpazione, da eseguire mensilmente in modo regolare, nei giorni successivi alle mestruazioni oppure, nel caso delle donne che si trovano già nella menopausa, è importante scegliere un giorno del mese in cui eseguirlo (Ciardiello, 2017). Questo permette alla donna di individuare eventuali anomalie e, in caso di qualsiasi dubbio, di rivolgersi dal proprio medico curante (vedi allegato 2).

L'esame diagnostico si effettua tramite una raccolta anamnestica dove vengono poste domande inerenti all'epoca del menarca, sulla presenza o meno di una gravidanza, alla menopausa, all'eventuale assunzione di ormoni e, non da ultimo, all'eventuale familiarità di tumore al seno (definendo il grado di parentela). Successivamente si può procedere con l'esame obiettivo che comprende l'ispezione e la palpazione della ghiandola mammaria e dei linfonodi (Ciardiello, 2017). Tramite l'ispezione la donna si mette dapprima seduta o in piedi con le braccia sul bacino e poi successivamente le solleva dietro al capo. Questo permette di valutare eventuali asimmetrie della mammella, alterazioni della cute o del capezzolo. La palpazione invece si esegue con la paziente seduta esplorando dapprima i linfonodi sovraclavari, poi laterocervicali e ascellari. Vengono palpati tutti e quattro i quadranti con la mano piatta ed eseguendo movimenti rotatori così da individuare eventuali noduli, riuscendo a valutarne la sede (quindi quadrante mammario o linfonodale), il numero, le dimensioni, la consistenza, i margini e la mobilità. Vanno poi esplorati i capezzoli afferrandoli delicatamente e praticando un lieve movimento di tiraggio per evidenziare eventuali retrazioni e l'eventuale fuoriuscita di liquido (Ciardiello, 2017).

Se l'esame obiettivo, assieme all'esito della mammografia, è positivo per tumore del seno, la donna si sottoporrà ad ulteriori esami, come per esempio una biopsia, per procedere con la diagnosi e alla stadiazione (Lega contro il cancro, 2021).

2.2.6 Stadiazione

La stadiazione clinica si basa sulla classificazione *TNM*, una classificazione internazionale dei tumori maligni che permette di definire la miglior proposta terapeutica per il paziente.

La lettera "T" sta per *Tumor*, e rappresenta la dimensione del tumore primitivo con un'estensione che va su una scala da 0 (dove il tumore primitivo non è evidenziabile) a 4 (dove si estende già alla parete toracica e/o alla cute). Inoltre questo indicatore può essere anche associato all'acronimo "is" che significa *in situ*, ovvero quando il tumore è localizzato e non diffuso (Ciardiello, 2017).

La lettera "N" (*Nodes*) rappresenta l'interessamento dei linfonodi regionali (ovvero i linfonodi ascellari, clavicolari e dello sterno), e il numero successivo indica la quantità e/o localizzazione dei linfonodi colpiti. L'eventuale lettera in minuscolo invece (come ad

esempio “a”, “b”, ..), vanno a precisare ulteriormente la lesione, solitamente indicandone la grandezza (Lega contro il cancro, 2021).

L'ultimo parametro è rappresentato dalla lettera “M” (*Metastases*) che sta a significare la presenza di metastasi oltre alle regioni dei linfonodi regionali, ma con coinvolgimento anche di altri organi come le ossa, il fegato e i polmoni. A differenza degli altri parametri esso varia solo da 0 o 1, dove 0 è l'assenza di metastasi e 1 invece la presenza (Ciardiello, 2017).

Per ogni criterio sopracitato vi può essere una rappresentazione con la lettera “x”, che sta ad indicare la non definibilità e valutazione del dato stesso.

Per la determinazione del grado di malignità invece, viene utilizzato l'*Elston-Ellis Modification of Scarff-Bloom-Richardson Grading System* (G), che permette di valutare un grado istologico che va dal G1 al G3. Un grado istologico elevato (G3) rappresenta un fattore prognostico sfavorevole in quanto le cellule tumorali sono molto differenziate rispetto alle cellule sane e il tumore cresce rapidamente. Il G1 invece rappresenta un fattore prognostico favorevole in quanto le cellule tumorali sono molto simili alle cellule normali del seno e la loro crescita è lenta (Ciardiello, 2017).

2.2.7 Approccio terapeutico (farmacologico e chirurgico)

Prima di iniziare un percorso terapeutico è importante definire se si tratta di una terapia a scopo curativo oppure palliativo, e per farlo bisogna basarsi sul tipo di malattia, sullo stadio e velocità di progressione della stessa, sullo stato di salute della persona e, non da ultimo, sulle sue esigenze. Una terapia a intento curativo sta a significare che l'obiettivo è centrato sulla guarigione o remissione della malattia, quindi quando il tumore al seno può essere asportato e non sono presenti metastasi (Lega contro il cancro, 2021). Nel caso invece di un intento più di tipo palliativo, l'obiettivo è quello di contenere l'evoluzione della malattia e limitare il più possibile possibili sintomi fastidiosi e limitanti per il paziente (Lega contro il cancro, 2021).

La chemioterapia si basa sull'utilizzo di farmaci citostatici che danneggiano le cellule tumorali oppure ne impediscono la loro crescita, ostacolando le fasi della divisione delle cellule cancerogenee impedendo quindi di moltiplicarsi (Lega contro il cancro, 2021). A differenza della radioterapia che si tratta di un trattamento localizzato, i farmaci chemioterapici entrano nella circolazione sanguigna distribuendosi in tutto il corpo e andando quindi a danneggiare anche le cellule sane, causando i principali effetti collaterali come l'alopecia, una diminuzione dei globuli rossi e bianchi, una maggior predisposizione alle infezioni, ecc. La maggior parte regredisce con il tempo, ma alcuni possono durare anche a lungo o essere addirittura permanenti. I citostatici utilizzati variano a seconda del tipo di tumore e delle caratteristiche cellulari. Nel caso del tumore al seno solitamente si ricorre ad una chemioterapia combinata (Lega contro il cancro, 2021).

Il trattamento chemioterapico può essere neoadiuvante (quando viene intrappreso prima del trattamento chirurgico al fine di ri-dimensionare la massa tumorale e renderla operabile) oppure adiuvante (quando viene eseguito successivamente all'intervento chirurgico con lo scopo di ridurre al minimo il rischio di recidiva). Questa tecnica viene sempre di più utilizzata dopo un'intervento di mastectomia entro 6-8 settimane e prevede la somministrazione di farmaci chemioterapici per un periodo di circa sei mesi (corrispondenti a 6-8 cicli) (Ciardiello, 2017).

La terapia antiormonale, chiamata anche *ormonoterapia* o *terapia endocrina*, ha lo scopo di bloccare o inibire la produzione e l'attività degli ormoni femminili (estrogeni) (Lega contro il cancro, 2021). Infatti, come abbiamo visto nei fattori di rischio, gli ormoni femminili possono stimolare la crescita delle cellule cancerogenee del tumore al seno. Solitamente l'ormonoterapia inizia appena dopo l'intervento chirurgico e si protrae per anni (in generale da 5 a 10 anni). La scelta del tipo di farmaco dipende dall'età della donna, dal suo rischio di recidiva, dalla presenza di eventuali malattie concomitanti e dal suo stato menopausale (Lega contro il cancro, 2021). Vi sono alcuni tipi principali di terapia antiormonali: il *Tamoxifene* che ha la funzione di bloccare l'effetto stimolante degli estrogeni sulle cellule del cancro al seno; gli *Inibitori dell'aromatasi*, che vanno a bloccare la proteina aromatasi (responsabile della produzione di estrogeni) e così facendo, il livello ormonale diminuisce togliendo lo stimolo alla crescita delle cellule ormono-dipendenti del carcinoma mammario; e infine gli analoghi del GnRH, che impediscono all'ipofisi di inviare l'ordine alle ovaie di secernere ormoni, e bloccando la funzione endocrina delle ovaie il livello ormonale femminile diminuisce (Lega contro il cancro, 2021).

La terapia mirata aggrede unicamente le cellule cancerose senza aver alcun effetto sulle cellule sane. In alcuni casi possono essere combinate ad un citostatico oppure ad un farmaco antiormonale. Tra le principali terapie mirate troviamo gli anticorpi monoclonali e gli inibitori della tirosin-chinasi (Lega contro il cancro, 2021).

La radioterapia è un trattamento locale, quindi che agisce unicamente nella zona irradiata, basata sulla somministrazione di raggi e particelle ionizzanti attraverso la pelle con lo scopo di distruggere le cellule tumorali (Lega contro il cancro, 2021). Essa può essere indirizzata per diversi motivi, tra cui anche come terapia dopo intervento conservativo. In questo caso, solitamente, la regione irradiata comprende tutto il seno e ha lo scopo di eliminare eventuali residui tumorali nella mammella o sulla parete toracica, riducendo così il tasso di recidiva loco-regionale. Questa pratica viene eseguita entro 8-12 settimane dalla chirurgia e viene effettuata mediante due campi contrapposti tangenziali, con dosi di 45-50 Gy in 5-6 settimane e un'aggiunta di dose (*boost*) di 10-20 Gy sul letto tumorale in 5-8 somministrazioni (Ciardiello, 2017). In alcuni casi viene eseguita anche dopo la mastectomia sempre per lo stesso motivo di riduzione del rischio di recidiva. Altre situazioni che portano all'indicazione di radioterapia può essere in caso di inoperabilità del tumore o in presenza di metastasi che provocano disturbi al paziente (Lega contro il cancro, 2021).

È importante dire che la radioterapia danneggia sì le cellule tumorali, ma anche le cellule sane possono essere colpite, generando disturbi passeggeri. Nella maggior parte dei casi il tessuto irradiato si riprende grazie alla formazione di nuove cellule sane (Lega contro il cancro, 2021).

Un altro capitolo del trattamento relativo al tumore al seno, capitolo importante all'interno del mio elaborato, è rappresentato dalla chirurgia. Nel caso in cui il tumore mammario si trova in uno stadio iniziale dove quindi non sono presenti metastasi, solitamente si ricorre all'asportazione chirurgica del tumore. Il tipo e l'estensione dell'operazione variano a seconda delle dimensioni del tumore stesso, ma oggi grazie alle nuove innovazioni, è possibile eseguire nella maggior parte dei casi un intervento conservativo asportando unicamente il tessuto tumorale senza dover andare a rimuovere il seno (Ciardiello, 2017). Tra i vari interventi di tipo conservativo troviamo la *quadrantectomia*, dove viene asportato il quadrante interessato con la cute sovrastante, parte del muscolo grande pettorale e vi è la dissezione completa dei linfonodi ascellari.

Solitamente questa procedura è seguita da una radioterapia adiuvante per ridurre il rischio di recidiva (Ciardiello, 2017).

Un'altra tecnica conservativa è la lumpectomia (o tumorectomia) che prevede l'asportazione del tumore assieme a tessuto mammario peritumorale senza la rimozione della cute. Oppure vi è la segmentectomia (o mastectomia parziale) dove viene asportato il segmento interessato assieme ai dotti galattofori (Ciardiello, 2017).

Per quanto riguarda una pratica chirurgica più invasiva invece, viene utilizzata la mastectomia, tecnica in cui vi è l'asportazione completa della mammella inclusa la pelle ed il capezzolo, con coinvolgimento o meno dei muscoli pettorali. A dipendenza della dimensione del tumore e della localizzazione dello stesso, è possibile preservare la cute, l'areola e il capezzolo, rendendo più facile e migliore l'eventuale ricostruzione mammaria (Lega contro il cancro, 2021). Solitamente la mastectomia viene indicata nelle condizioni in cui il tumore è molto avanzato o sono presenti focolai multipli difficili da asportare con un'intervento conservativo, nel caso di una recidiva locale o di un tumore infiammatorio, nel caso di una richiesta o di un desiderio espresso da parte della paziente di non voler svolgere una radioterapia dopo l'intervento conservativo oppure una richiesta esplicita di voler eseguire una mastectomia (Lega contro il cancro, 2021)

Vi sono diverse forme di mastectomia: la *mastectomia radicale di Halsted*, intervento che oggi non viene più praticato a causa dei grandi danni estetici e funzionali che provocava, prevedeva l'asportazione della mammella, di entrambi i muscoli pettorali, dei linfonodi e del tessuto adiposo ascellare (Ciardiello, 2017).

È stata quindi introdotta la *mastectomia radicale modificata* che prevede l'asportazione della mammella, della cute sovrastante e dei linfonodi ascellari (secondo la tecnica di Patey) e anche del muscolo piccolo pettorale (secondo la tecnica di Madden). Esso è l'intervento più praticato in quanto, risparmiando il muscolo grande pettorale, garantisce un risultato estetico migliore (Ciardiello, 2017).

Vi è poi anche la *mastectomia semplice o totale* che comporta l'asportazione della ghiandola mammaria e del complesso areola-capezzolo andando a conservare il muscolo pettorale ed i linfonodi ascellari. Nel caso della *skin sparing mastectomy* (mastectomia con risparmio cutaneo) è prevista l'asportazione della ghiandola mammaria e del complesso areola-capezzolo, conservando però la cute sovrastante (Ciardiello, 2017).

Nel caso invece di tumori piccoli e distanti dal capezzolo, si può utilizzare la *mastectomia sottocutanea (nipple sparing mastectomy)* dove viene asportata sempre la ghiandola mammaria, ma preservata la cute e il capezzolo (Ciardiello, 2017).

La chirurgia, in alcune situazioni, può essere utilizzata successivamente a chemioterapia o radioterapia neoadiuvante, che permettono di ridurre la dimensione del tumore rendendolo così operabile (Ciardiello, 2017).

2.3 La malattia oncologica e il suo percorso

Diversi studi condotti su pazienti oncologici hanno permesso di identificare delle fasi che il paziente attraversa durante il suo percorso di malattia, mettendo in luce anche i rispettivi mezzi di difesa adottati (Torta & Mussa, 1997). È importante specificare che non tutti i pazienti attraversano queste fasi, ma dal momento che vi è il confronto con la morte, possono esserne affrontate almeno alcune:

- Fase del dubbio: questa fase va dalla manifestazione dei primi sintomi fino alla diagnosi, aggravando l'ansia con l'aumentare degli esami e delle visite mediche. In questa fase il paziente reagisce di fronte ad una situazione difficile e dolorosa per lui attraverso dei meccanismi di negazione (solitamente di fronte alla comparsa dei primi sintomi), di rimozione (nei confronti della malattia), di razionalizzazione (quindi come se la malattia non coinvolgesse il suo corpo) e di formazione reattiva (sostituendo con idee piacevoli il senso di angoscia provocato dalla malattia stessa) (Torta & Mussa, 1997)
- Fase diagnostica: si tratta di una fase molto difficile per il malato, per i famigliari ma anche per il medico stesso. Solitamente la difesa attuata più frequente è quella della negazione, seguita da una fase di presa di coscienza della situazione e un alternarsi tra angoscia e speranza relativa all'efficacia della terapia proposta (Torta & Mussa, 1997).
- Fase dell'ospedalizzazione/fase terapeutica: l'ingresso della persona in ospedale a livello psicologico rappresenta la perdita della propria identità, sostituendola con l'immagine della propria malattia. Inoltre, oltre a questo, un impatto significativo è dovuto dalla terapia che viene attuata, che può essere la radioterapia, la chemioterapia piuttosto che la chirurgia. Quest'ultima spesso viene vissuta in modo ambivalente come da una parte una fonte di speranza in quanto rappresenta la metodica più facile e risolutiva nell'immaginario dei pazienti, ma dall'altra anche una fonte di angoscia correlata alle conseguenze che essa porta sul proprio aspetto fisico. Per questo è molto importante informare il paziente su tutti gli aspetti positivi e negativi dell'approccio terapeutico messo in atto (Torta & Mussa, 1997).
- Fase della remissione: solitamente, quando il paziente si accorge dei miglioramenti avvenuti grazie alla terapia messa in atto, migliorano anche la fiducia e i disagi relativi al trattamento. Per questo è importante sostenere il paziente, contenendo l'ansia e la paura di recidiva della malattia (Torta & Mussa, 1997).
- Fase della ripresa di malattia: essa rappresenta la fase in cui vi è un maggior rischio di sviluppare patologie e disturbi psichici in quanto la ripresa e recidiva di malattia scatenano un crollo delle speranze, portando l'individuo nuovamente confrontato con la morte, inducendo un maggior rischio di depressione (Torta & Mussa, 1997).
- Fase terminale: essa rappresenta l'ultima fase in cui tutti gli interventi medici attuati sono ridotti alla palliazione della sintomatologia. In questa fase l'assistenza al malato è fondamentale, è importante venire incontro alle esigenze del paziente e affrontare assieme a lui argomenti legati alla sua malattia come per esempio il dolore e la morte (Torta & Mussa, 1997).

Un altro aspetto sicuramente importante in oncologia è quello caratterizzato dal *coping*, termine che indica lo stile cognitivo comportamentale di un individuo per far fronte alla malattia, ovvero la capacità di affrontare il problema e le loro conseguenze emozionali (Torta & Mussa, 1997). In poche parole, rappresenta l'adattamento dell'individuo ad un evento patologico. Le differenti modalità apportate vengono definiti *stili di coping*. Esso è importante in oncologia in quanto rappresenta un fattore rilevante per indicare le differenti modalità di reazione psicologica e di adattamento psicosociale alla malattia, sulle possibili complicanze psicopatologiche, sulla qualità di vita successiva alla diagnosi di neoplasia,

sulla *compliance* ai trattamenti e sul decorso della malattia (Torta & Mussa, 1997). Infatti la capacità della persona di affrontare determinate situazioni di crisi è rappresentata da una serie di fattori: dal tipo di patologia (quindi in base alla sua sintomatologia), il suo decorso, i tipi di terapia disponibili e gli eventuali effetti collaterali; dal livello di adattamento precedente (nelle situazioni di pregresse situazioni di malattia); dal significato di malattia attribuito (diverso in base alla fase del ciclo attraversata dalla persona); da fattori culturali e religiosi; dal tipo di entità del supporto sociale; dalle caratteristiche di personalità; dall'assetto psicologico del paziente (età, grado di maturazione psicologica, istruzione, eventuali disturbi psichiatrici) e dallo stile di coping (Torta & Mussa, 1997).

Un articolo pubblicato dalla *Oncology Nursing Society* ha identificato la fatica, il dolore, la nausea, il distress psicologico e neuropatico nei primi cinque sintomi più dolorosi e angoscianti per un paziente con malattia oncologica (Cuthbert & Moules, 2014).

Anche il significato personale che la persona attribuisce alla malattia gioca un ruolo fondamentale. Secondo Lipowski (1970), sarebbero otto i differenti possibili significati attribuiti alla diagnosi di cancro:

- Malattia intesa come punizione, e questa punizione può essere vissuta come giusta o sbagliata. Se il paziente considera la sua malattia come una punizione può opporre poca resistenza e adottare un atteggiamento passivo. Se al contrario invece, la persona vede la sua malattia come punizione ingiusta, la sua depressione e i suoi sentimenti di aggressione saranno più marcati (Lipowski, 1970).
- Malattia come nemico: viene vista come un'invasione di forze nemiche interne o esterne. Difatti spesso in queste circostanze si parla di "combattere" la malattia (Lipowski, 1970).
- Malattia come sfida: essa invece è vista come una situazione che impone richieste specifiche e compiti da affrontare utilizzando le proprie risorse mentali (Lipowski, 1970).
- Malattia come debolezza: alcuni pazienti vedono la loro malattia come un fallimento, come un segno di perdita del controllo con implicazioni morali negative. Questo atteggiamento può portare la persona a sfuggire dalla malattia negandola, cercando di nascondersela e cercando di apparire sani (Lipowski, 1970).
- Malattia come sollievo: per alcuni pazienti essere malati significa una tregua dalle richieste e dalle responsabilità dello stare bene, viene vista come una sorta di sollievo nelle persone che avevano ridotto le loro aspettative di vita (Lipowski, 1970).
- Malattia come strategia: essa viene utilizzata come una tecnica per assicurarsi attenzione, supporto e conformità dagli altri. Per questi pazienti far fronte alla malattia equivale a mantenerla e metterla in evidenza (Lipowski, 1970).
- Malattia come perdita o come danno irreparabile: per alcune persone una piccola perdita di una funzionalità corporea particolare, può significare una perdita schiacciante e un danno insostituibile. Questo comportamento è particolarmente suscettibile a portare l'utente a manifestare depressione, fino anche al suicidio (Lipowski, 1970).

- Malattia come valore: la malattia e la sofferenza hanno un valore intrinseco e, al contrario, la malattia tende a dare un valore negativo portando la persona a fare di tutto pur di contrastarla (Lipowski, 1970).

Un altro aspetto importante che gioca nel percorso di malattia della persona è sicuramente l'età e la fase di vita che la persona stessa sta attraversando. L'evento di malattia introduce all'interno della vita un'interruzione inaspettata, dove l'impatto varia e diventa più minaccioso laddove si sono appena stabiliti dei progetti di sviluppo individuale e/o familiare, oppure laddove essi si stanno ancora consolidando e vi sono quindi ancora molteplici obiettivi da raggiungere (Bellani et al., 2002). Non è la stessa cosa ammalarsi a 20-30 anni, oppure a 50 anni e/o oltre, in quanto variano le percezioni che l'individuo ha di sé stesso e dello sviluppo della sua vita presente e futura (Bellani et al., 2002). È inoltre importante evidenziare e mettere in luce le differenze che si possono presentare anche tra il sesso maschile e il sesso femminile. Ad esempio per quanto riguarda il sesso femminile le donne, indipendentemente dall'età, vivono la perdita del seno come una "ferita narcisistica", che attacca la loro femminilità e, se non diventate ancora madri, la vivono come una punizione nell'impossibilità di esserlo (Bellani et al., 2002).

2.4 Ripercussioni psicologiche nella donna dopo intervento di mastectomia

Prima di addentrarci nel vivo di questo capitolo, vorrei porre l'attenzione su una domanda che può risultare semplice e banale, ma che in realtà comprende una serie di risposte e riflessioni: *"Cosa rappresenta il seno per una donna?"*

Il seno è considerato dalla donna come parte dell'identità femminile, in quanto rappresenta la femminilità, il sesso, la bellezza e la maternità (Sukartini & Sari, 2021). Questo perché fin da quando si è piccoli i bambini iniziano a vedere le differenze fisiche tra un bambino e una bambina grazie alla scuola e all'interazione con l'altro. Inoltre spesso le bambine manifestano già quell'attitudine materna giocando a giochi di ruolo come per esempio fare la mamma con le bambole prendendosene cura come fosse realmente il proprio figlio. Perdere il seno può andare quindi ad ostacolare il concetto di sé, la propria identità, la propria immagine corporea e può portare anche a cambiamenti nei ruoli sociali e alla perdita di autostima (Sukartini & Sari, 2021). Le reazioni a questi cambiamenti variano da donna a donna e nel tempo possono portare all'isolamento, ma soprattutto a manifestare ansia e depressione (tematiche che affronterò successivamente in un capitolo dedicato più avanti).

Le donne che si sottopongono ad un intervento chirurgico di rimozione del seno subiscono uno *shock* per quanto riguarda tutto il loro essere (Fortune, 1979). È importante tenere in considerazione che la mastectomia è un intervento chirurgico importante in quanto corrisponde all'intera rimozione della mammella (unilateralmente o bilateralmente a dipendenza), portando ad un cambiamento e a delle conseguenze sull'aspetto delle pazienti (Martins Faria et al., 2021).

2.4.1 L'immagine corporea

Una tematica che viene toccata è quella che riguarda l'immagine corporea. Essa viene definita come l'impressione mentale del proprio corpo, l'atteggiamento verso il sé fisico e lo stato di salute, che nell'arco della vita si modifica e subisce dei cambiamenti (Sukartini

& Sari, 2021). Il cambiamento sotto questo aspetto può portare ad una diminuzione dell'immagine corporea andando a costituire un problema psicosociale. Infatti l'immagine corporea negativa nelle donne con tumore al seno dopo mastectomia include l'insoddisfazione per il proprio aspetto, la perdita percepita di femminilità e integrità del proprio corpo, riluttanza nell'espone la propria nudità (anche dovuto alla presenza di cicatrici) ed una diminuzione dell'attrazione sessuale (Sukartini & Sari, 2021). Infatti alla perdita del seno spesso si aggiunge la perdita dell'immagine di donna bella e sana. Uno studio condotto in Indonesia ha evidenziato come le donne che hanno subito intervento di mastectomia, consideravano il loro aspetto imperfetto, sproporzionato e poco attraente. Proprio per questo attuavano delle strategie per modificare il proprio abbigliamento provando ad indossare abiti larghi e coprenti, non riuscendo più invece a mettere abiti stretti che mettevano troppo in luce il loro corpo (Sukartini & Sari, 2021). L'immagine corporea non si limita però unicamente all'aspetto fisico ma coinvolge anche aspetti psicologici, culturali e sociali. Le donne subiscono dopo la mastectomia un lungo processo di accettazione che riguarda il loro nuovo corpo e che viene influenzato da fattori esterni come l'approvazione e accettazione sociale (Martins Faria et al., 2021). Per questo le donne possono avere ripercussioni anche sul piano sociale, portandole all'isolamento dal momento che si sentono insicure e hanno paura del giudizio altrui (Martins Faria et al., 2021). Tuttavia è importante anche dire che oggi, tramite i social network e programmi tv, vengono trasmessi messaggi e ideali di bellezza che influiscono molto lo stereotipo "tipo" di donna: per esempio spesso si vuole far passare che un segno di bellezza femminile equivale ad avere un seno abbondante invece che piccolo, ed è proprio per questo che sempre più donne ricorrono alla chirurgia plastica. Questo è un aspetto sicuramente sfavorevole e che va ad influire negativamente sull'aspetto psicologico della donna (Yilmaz & Gürler, 2020).

Concludendo quindi possiamo dire che il seno per una donna è molto importante per quanto riguarda la propria immagine corporea e quindi, proprio per questo, è importante che gli infermieri forniscano supporto psicosociale alle pazienti durante tutto il percorso terapeutico, al fine di ridurre le ripercussioni sullo stato di salute e mentale della donna (come per esempio l'ansia e la depressione) (Fortune, 1979).

2.4.2 L'autostima

È stato dimostrato che i cambiamenti fisici dovuti alla mastectomia portano a sentimenti di vergogna andando a ridurre l'autostima. Durante l'assistenza della paziente è importante focalizzarsi anche sulla cura dell'impatto emotivo causato dalla malattia e dall'intervento chirurgico, in quanto viene considerato come fattore influente sull'autostima della persona, e anche sulle interazioni sociali (Fernandes et al., 2013). L'autostima è una componente della nostra qualità di vita definito come il sentimento, l'affetto e la considerazione che io come persona ho di me stessa, ovvero quanto mi piaccio io, come mi vedo e cosa penso di me stessa (Fernandes et al., 2013). Se consideriamo che sia l'autostima che il concetto di sé sono fattori decisivi nel rapporto con sé stessi e con l'altro, risulta importante valutarla. Per farlo vi sono diverse scale che si possono utilizzare, tra cui la *Rosenberg Self-Esteem Scale* che permette attraverso dei punti, di identificare il livello di autostima della persona. In Brasile è stato condotto uno studio su delle donne con tumore al seno che hanno effettuato intervento di mastectomia, a cui è stata somministrata la scala di valutazione sopracitata per valutare il loro grado di autostima. I risultati hanno dimostrato come vi siano diverse variabili che influiscono

sull'autostima, ma soprattutto come determinati interventi possano aiutare la donna a ritrovare un nuovo equilibrio e quindi aumentare la propria autostima. Tra questi sicuramente emerge l'importanza di avere un supporto da parte dei familiari come può essere il proprio partner, oppure la partecipazione a gruppi di sostegno dove si permette alla persona di scambiare informazioni ed esperienze con altre donne che si ritrovano nella stessa situazione, andando così a migliorare l'immagine di sé, l'autostima e anche la comunicazione interpersonale (Fernandes et al., 2013). Inoltre studi hanno evidenziato una correlazione significativa tra l'autostima, la qualità di vita e la depressione: una scarsa qualità di vita va a ridurre l'autostima, una bassa autostima va ad aumentare l'incidenza della depressione (Sukartini & Sari, 2021). Alcune donne decidono di ricorrere alla ricostruzione, che può essere immediata dopo l'intervento chirurgico di mastectomia oppure avvenire in un secondo momento. Alcuni studi a proposito hanno evidenziato come le donne che, dopo mastectomia hanno ricorso alla ricostruzione, abbiano usufruito di un maggior beneficio a livello di autostima e immagine corporea, ma anche a livello della sfera sessuale (Neto et al., 2013).

2.4.3 La sessualità

La sessualità rappresenta un'altra tematica di non poca importanza. Per la maggior parte della popolazione la sessualità non rappresenta unicamente la riproduzione e il modo di riprodursi, bensì costituisce un aspetto essenziale della qualità di vita, una parte vitale dell'intimità affettiva nelle relazioni ed una fonte di gratificazione libidica (Bellani et al., 2002). Per la sessualità ci si riferisce a questioni che riguardano il genere, quindi aspetti personologici e del comportamento associati all'essere maschio o femmina, sia a questioni sessuali che riguardano il comportamento genitale (Fortune, 1979). Il genere comprende le norme sociali del comportamento appropriato (quindi in base al genere maschile e/o femminile), come questo comportamento viene appreso, l'accettazione del proprio sesso, come uno vede se stesso e i valori delle caratteristiche maschili o femminili. Le questioni genitali invece includono i rispettivi partner sessuali, l'eccitazione ed il desiderio sessuale, la gratificazione e l'orgasmo (Fortune, 1979). Lo sviluppo della sessualità inizia prima della nascita e continua per tutto il corso della vita. I sensi quale la vista e il tatto influenzano lo sviluppo della sessualità e dell'immagine corporea, infatti per una donna un corpo formoso e sinuoso viene valutato positivamente, mentre un corpo simile al sesso maschile non è un'immagine accettabile (Fortune, 1979). La sessualità è un aspetto essenziale della vita e per questo lo è anche per le persone malate di cancro. Nel caso delle donne affette da tumore al seno la perdita di quest'ultimo, considerato organo sessuale secondario, provoca una serie di cambiamenti psicologici e dei disturbi sessuali tra cui la perdita dell'attrattività, la diminuzione dell'interesse sessuale, dell'eccitazione e dell'orgasmo (Martins Faria et al., 2021). I disturbi della sessualità assumono un importante significato in quanto, oltre ad essere una conseguenza degli effetti fisici e di reazioni psicologiche della malattia, condizionano lo stato psichico ed emozionale già fragile del paziente, riducendo l'autostima e rinforzando il vissuto di invalidità e menomazione (Torta & Mussa, 1997). Per quanto riguarda gli effetti fisici diretti essi sono rappresentati da patologie tumorali che coinvolgono l'apparato genitale, ma anche da fattori di tipo neurologico, vascolare o ormonali che causano un'interferenza sull'attività sessuale e sulla capacità riproduttiva (Torta & Mussa, 1997). Per quanto riguarda invece gli effetti psicologici indiretti ritroviamo una modifica a livello corporeo che, soprattutto se indotta da interventi chirurgici quali la mastectomia, induce una perdita dell'attrattività sessuale.

Vi possono essere anche difficoltà a livello del rapporto di coppia in quanto il partner tende a modificare il proprio comportamento in base alla nuova condizione. Una donna che ha subito un intervento di mastectomia si ritrova confrontata con ostacoli a cui deve far fronte per ritrovare un proprio equilibrio nelle sue attività sessuali. Un primo ostacolo che la donna può avere è caratterizzato dalla cicatrice, dalla difficoltà di mostrarla al proprio partner e dalla paura di essere giudicata (Fortune, 1979). Per questo l'infermiere potrebbe proporre alla coppia e al proprio partner di fissare un appuntamento con lo scopo di esplorare l'area del seno e determinare le aree di sensazione piacevole per la donna, anche perché spesso sorgono domande sulle capacità ed i bisogni sessuali della donna e inoltre emerge anche la paura del partner nel provocare dolore durante i rapporti sessuali (Fortune, 1979).

I disturbi della sfera sessuale possono quindi essere classificati in disturbi del desiderio sessuale (caratterizzati dalla perdita dell'alibido), disturbi dell'eccitamento sessuale (dovuti dalla diminuzione della lubrificazione e impotenza nell'uomo), i disturbi dell'orgasmo e i disturbi del dolore sessuale (Torta & Mussa, 1997). Facendo riferimento particolare al carcinoma della mammella è impossibile non tenere in considerazione come un intervento di mastectomia incida sull'immagine di sé, creando complessità sulla propria femminilità e, di conseguenza, sulla sessualità. È anche vero che il tempo svolge una funzione determinante per quanto riguarda i disturbi della sfera sessuale, in quanto nei primi 6 mesi dopo l'intervento si ha un'incidenza di disfunzioni sessuali del 50-80%, mentre dopo i 6 mesi questa percentuale scende fino al 30%. Interventi quali la ricostruzione rapida del seno, le dinamiche di coppia precedenti alla patologia e l'età svolgono un ruolo rilevante in questo ambito (Torta & Mussa, 1997). Per quanto riguarda la ricostruzione del seno, uno studio condotto in Brasile ha evidenziato come una diagnosi di cancro ed il trattamento chirurgico di mastectomia contribuisce all'insorgenza di disturbi psichiatrici quali la depressione. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare e confrontare la sessualità nelle donne che hanno subito la sola mastectomia rispetto alle donne che hanno subito una ricostruzione del seno. Grazie a questo studio è emersa l'importanza e il beneficio della ricostruzione mammaria per quanto riguarda la funzionalità sessuale, grazie ad un miglioramento della propria immagine corporea e della propria autostima (Guimarães et al., 2015).

Per quanto riguarda invece la tematica legata all'età, uno studio condotto da Chang et al. (2018), fa emergere l'importanza dell'età della donna, in quanto le donne più anziane spesso danno meno importanza al seno e al deterioramento delle relazioni intime, oltre che alle loro funzioni riproduttive (citato in Martins Faria et al., 2021).

È quindi importante superare timori, pregiudizi e pudore nell'affrontare queste tematiche, sia da parte dei pazienti, ma soprattutto da parte degli operatori sanitari, al fine di garantire una migliore presa in cura del paziente, soprattutto da un punto di vista psicologico (Torta & Mussa, 1997)

2.4.4 La qualità di vita

Un altro aspetto compromesso a causa della mastectomia è sicuramente quello della qualità di vita. Lo sviluppo di una propria qualità di vita di una donna è legato ad una serie di fattori tra cui anche la percezione del proprio corpo (Martins Faria et al., 2021). Studi hanno evidenziato come la mastectomia vada ad influenzare negativamente la qualità di vita delle donne con tumore al seno in quanto l'asportazione dello stesso (parziale o

totale), causa implicazioni sulla salute sessuale, nelle attività fisiche e domestiche e nella vita familiare. Inoltre è stato dimostrato che nel tempo le donne tendono ad avere un miglioramento sul piano della qualità di vita, grazie al passare del tempo che gli permette di riaccettare nuovamente il suo corpo e accettare il cambiamento (Martins Faria et al., 2021). Rispetto alle modalità di chirurgia conservativa, la mastectomia ha sicuramente un impatto maggiore sulla qualità di vita, questo perché la chirurgia conservativa comporta un'immagine corporea più positiva in quanto provvede a modificare una parte del corpo, senza rimuoverla completamente. Proprio per questo anche la ricostruzione gioca un ruolo fondamentale dal momento che vi è una correlazione importante tra l'immagine corporea e la qualità di vita della donna (Martins Faria et al., 2021). D'altronde in una società in cui gli standard estetici sono basati su determinati stereotipi corporei le donne che si sottopongono a mastectomia ricorrono spesso a sentimenti quali frustrazione, sviluppando successivamente problemi psicosociali (Martins Faria et al., 2021).

Tutte questi fattori sopracitati e affrontati nei singoli capitoli dedicati, a lungo andare portano le pazienti ad avere emozioni contrastanti tra di loro e costituiscono una forma di malessere e stress con maggior rischio di sviluppare depressione e un'isolamento sociale (Archangelo et al., 2019).

Per quanto riguarda invece l'assistenza infermieristica, la comunicazione svolge sicuramente un ruolo importante. È importante spiegare alla donna prima dell'intervento quali possono essere le rispettive problematiche sul piano psicologico e, in un secondo momento, quali possono essere delle strategie per aiutare la donna ad affrontare al meglio il problema presente (Carr et al., 2019). Inoltre può essere d'aiuto organizzare degli incontri con delle donne che hanno già affrontato lo stesso percorso e che possono quindi aiutare a trovare la "strada giusta". Alcuni studi infatti mettono in luce come delle testimonianze di donne sopravvissute al cancro al seno svolgano un ruolo rilevante nell'accettazione di un intervento con un forte impatto sul piano psicologico e fisico come la mastectomia. Al contrario, anche esperienze negative di donne che hanno rifiutato la mastectomia per curarsi con metodi tradizionali svolgono una funzione e influenza rilevante sulla propria scelta (Olasehinde et al., 2019).

2.5 L'ansia e la depressione

La prevalenza e l'entità di una patologia psichiatrica nei pazienti oncologici è un tema molto importante. Nonostante l'evoluzione della medicina e le scoperte effettuate nel campo delle proposte terapeutiche in oncologia, il cancro rimane sempre una malattia associata alla perdita della speranza, al dolore, alla paura e alla morte (Torta & Mussa, 1997).

L'ansia è un fenomeno umano e universale che normalmente include uno stato di impotenza (Khan et al., 2016). L'ansia può presentarsi in forma acuta correlata alla sintomatologia ed al trattamento oncologico, oppure in forma cronica a causa del persistere di fattori fisici ed emozionali o per la difficoltà della persona stessa di adattarsi alla nuova condizione (Torta & Mussa, 1997). Uno stato ansioso acuto si presenta con un quadro clinico che varia da sintomi di tipo psicologico a sintomi di tipo somatico. Tra i sintomi psicologici ritroviamo l'apprensività, un senso di angoscia, la preoccupazione e ipervigilanza, la paura, l'irrequietezza e impazienza, l'affaticabilità e la difficoltà di

concentrazione (Torta & Mussa, 1997). Per quanto riguarda invece la sintomatologia somatica ritroviamo irrequietezza motoria, tremori, cefalea, disturbi del sonno, sintomi neurovegetativi come sudorazione, vampate o brividi, palpitazioni, parestesie, senso di oppressione toracica o fame d'aria e disturbi gastrointestinali (come nausea, diarrea o disturbi della digestione) (Torta & Mussa, 1997).

Per quanto riguarda invece un quadro ansioso di tipo cronico ritroviamo una forma clinica caratterizzata da sindrome d'ansia generalizzata, fobie semplici e la fobia sociale. Per fobia semplice si intende una reazione inadeguata ed esagerata a specifici stimoli o oggetti che normalmente non evocano ansia, portando la persona all'evitamento degli stessi (Torta & Mussa, 1997). Per quanto riguarda invece la fobia sociale si intendono quegli stati d'ansia che si presentano in situazioni dove il soggetto interagisce con altre persone, temendo il giudizio ed eventuali critiche, oppure ha il timore di una scarsa *performance* o di un comportamento inaspettato che gli possa creare imbarazzo (come per esempio arrossire, una sudorazione, ...) (Torta & Mussa, 1997). Questo può essere molto frequente e importante in oncologia, soprattutto a seguito di interventi chirurgici invasivi e mutilanti (come nel caso della mastectomia), in quanto può portare la donna all'isolamento sociale e andare ad aumentare quel senso di solitudine e abbandono già presente a causa della patologia tumorale (Torta & Mussa, 1997).

Per quanto riguarda invece la depressione, essa può essere causata da diversi fattori, tra cui fattori genetici, biologici, psicologici e sociali. Nella maggior parte dei casi insorge in concomitanza ad eventi di vita stressanti o traumatici, oppure a situazioni e cambiamenti difficili (Repubblica e Cantone Ticino, n.da).

Nei pazienti oncologici essa può provenire da uno stress situazionale conseguente alla diagnosi ma anche dal trattamento. Petty e Noyes (2018) hanno identificato una serie di fattori (sia psicologici che fisici) che possono svolgere un ruolo eziologico nella depressione secondaria al cancro (citato in Torta & Mussa, 1997). Tra questi viene evidenziato il rischio di depressione nei pazienti con compromesse condizioni fisiche, con uno stadio avanzato di malattia, un'anamnesi familiare positiva o la presenza di un episodio depressivo precedente. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, ovvero quello correlato ad un pregresso episodio depressivo, rappresenta un fattore di rischio nel caso in cui il primo episodio depressivo è avvenuto precocemente (quindi prima dei 25 anni), nel caso in cui invece è arrivato tardivamente (dopo i 50 anni) oppure nei pazienti con storia di due o più episodi depressivi (Torta & Mussa, 1997).

Non sempre però, la depressione è correlata in modo diretto alla malattia tumorale o ad una reazione della stessa. Il trattamento scelto o richiesto per far fronte all'evoluzione tumorale può contribuire ed essere la causa principale dell'alterazione emozionale. Studi condotti hanno evidenziato come il grado di distress emozionale sia direttamente proporzionale all'entità e all'estensione dell'intervento chirurgico effettuato. Infatti uno studio condotto su 75 donne affette da tumore al seno sottoposte a mastectomia confrontate con 50 donne affette da una patologia tumorale benigna della mammella, ha evidenziato come nel caso del gruppo delle donne mastectomizzate il 21% fosse affetto da depressione, contro il 18% del gruppo di controllo (Torta & Mussa, 1997).

Il cancro al seno ed il suo trattamento cambiano la percezione nelle donne mastectomizzate del loro aspetto fisico, il che può portare allo sviluppo di una depressione e ad un effetto negativo sulla qualità di vita. Uno studio condotto su un campione di donne trattate presso l'Ospedale Universitario di Sarajevo ha dimostrato come il cancro al seno abbia una particolare correlazione con la depressione, a causa

sia dei sintomi che minacciano la loro vita, sia a conseguenze correlate a interventi chirurgici quali la mastectomia (Salibasic & Delibegovic, 2018). Tra i problemi che queste donne incontrano sono la paura della morte, la distruzione dei loro piani di vita, i cambiamenti legati al loro aspetto fisico, i problemi finanziari e l'ansia per la loro vita. Tutto questo può portare allo sviluppo della depressione. Nelle pazienti con cancro al seno l'influenza più significativa sul loro aspetto fisico, la loro immagine di sé e vita sessuale è dovuto dalla mastectomia, e questo può spiegare l'insorgenza di ansia e depressione in queste pazienti (Salibasic & Delibegovic, 2018).

Presso l'Ospedale Universitario di Sarajevo è stato effettuato questo studio prendendo un campione di donne con tumore al seno diviso successivamente in due gruppi: un gruppo comprendeva le pazienti affette da cancro al seno trattate con chirurgia conservativa (segmentectomia, quadrantectomia o emimastectomia), l'altro gruppo invece comprendeva donne trattate con una chirurgia radicale (mastectomia). Da questo studio è emerso come in entrambi i gruppi la depressione era presente, ma maggiore nelle pazienti che hanno subito un intervento di mastectomia (Salibasic & Delibegovic, 2018).

La diagnosi di depressione in soggetti affetti da cancro deve essere posta sulla base di una sintomatologia psicologica o cognitiva (come la perdita di speranza, di autostima, idee di colpa e suicidarie), ma anche sulla base di criteri diagnostici come il DSM-IV (Torta & Mussa, 1997). Essi infatti si possono dividere in:

Sintomi psicologici:

- Riduzione del tono timico
- Riduzione dell'autostima
- Perdita di interessi
- Ansia o angoscia
- Idee di colpa e inutilità
- Visione pessimistica del futuro
- Idee o atti suicidari

Sintomi biologici:

- Disturbi del sonno
- Peggioramento mattutino della sintomatologia
- Rallentamento o agitazione
- Perdita di peso
- Riduzione dell'appetito
- Riduzione della libido

Per quanto concerne le forme cliniche di depressione più frequenti in oncologia le ritroviamo sottoforma di tre principali quadri clinici. Abbiamo le forme maggiori, che sono caratterizzate da un episodio depressivo maggiore singolo o una forma depressiva ricorrente. Vi sono le forme minori (o persistenti) che invece sono caratterizzati da periodi prolungati di una sintomatologia depressiva attenuata, senza remissione, per almeno due anni (detto anche disturbo distimico). E infine le forme reattive che sono correlate alle varie fasi della patologia tumorale, di cui fa parte il disturbo da disadattamento (Torta & Mussa, 1997). Altri disturbi psichiatrici comunemente riscontrati nelle pazienti con cancro al seno includono i disturbi d'ansia tra cui il disturbo d'ansia generalizzato, la sindrome da stress post-traumatico e il disturbo di adattamento con umore ansioso (Fiorentino et al., 2011).

Beck (1967), afferma che ci sono 3 principali temi di credenze disfunzionali che dominano nelle persone affette da depressione: “sono difettoso e inadeguato”; “tutte le mie esperienze risultano sconfitte o fallimenti”; “il futuro è senza speranza”. Esse sono descritti come la *Triage Cognitiva Negativa*, ovvero che quando sono presenti nello stato cognitivo di una persona, è molto probabile che si verifichi la depressione (citato in Khan et al., 2016).

Per quanto riguarda invece le opzioni di trattamento vi sono sia degli interventi di tipo farmacologico, sia degli interventi di tipo non farmacologico.

Tra la terapia farmacologica della depressione in psico-oncologia troviamo medicinali antidepressivi. Tra questi ritroviamo gli inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina (SSRI), come ad esempio la fluvoxamina, il citalopram e la paroxetina e gli inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI), come ad esempio la Duloxetina (D'Andrea & Guardabascio, 2014).

Per quanto concernono gli interventi di tipo non farmacologici ritroviamo le terapie complementari, come la musicoterapia, lo yoga, lo shiatsu, l'agopuntura e tecniche di rilassamento. Esse verranno spiegate meglio nel capitolo successivo.

2.6 Interventi non farmacologici – terapia complementare

Un numero sempre più crescente di pazienti oncologici si rivolge all'utilizzo di medicine complementari (MC) per diverse motivazioni, che possono variare dall'attenuazione della sintomatologia correlata agli effetti collaterali di trattamenti, piuttosto che favorire un miglioramento della qualità di vita (Baccetti et al., 2015).

È importante dire che oggi, molte delle terapie complementari vengono rimborsate dalla cassa malati e dall'assicurazione di base. Tra esse ritroviamo l'agopuntura, la medicina antroposofica, la farmacoterapia della medicina tradizionale cinese, l'omeopatia e la fitoterapia. Esse vengono rimborsate a condizione che siano praticate da un professionista con possesso di titolo specialistico e di una formazione specifica (Lega contro il cancro, 2019).

Nonostante esse non vadano a curare in primo piano la malattia tumorale, possono però aiutare la persona a ritrovare le proprie risorse fisiche ed emotive al fine di far fronte alla malattia oppure agli effetti secondari indotti dalle varie terapie. All'interno della medicina complementare il paziente, nonché l'essere umano, viene visto e compreso nella sua globalità, focalizzandosi sul legame corpo-mente. Il principio della terapia complementare si fonda sulla premessa che la malattia insorge nel momento in cui l'equilibrio tra l'essere umano ed il suo ambiente viene alterato (Lega contro il cancro, 2019). Questo squilibrio che si va a creare tra le differenti parti del proprio corpo comporta una manifestazione sintomatologica della malattia. Grazie a queste terapie si va a riequilibrare le componenti del corpo, ad esempio, rinforzando le difese immunitarie, ristabilendo così un legame tra le stesse (Lega contro il cancro, 2019).

Sono diverse le terapie nell'ambito della medicina complementare, per questo è importante saper scegliere quella che più si addice alla singola persona e casistica. Vi sono infatti terapie mirate maggiormente sulla pratica di esercizi come lo yoga, oppure altre basate piuttosto sull'esecuzione di massaggi. Inoltre alcune terapie agiscono sul corpo mentre altre principalmente sulla psiche, per questo nel caso di ansia e depressione si potrebbero prevalere di più gli interventi basati su quest'ultima (Lega contro il cancro, 2019).

È comunque importante sottolineare che le terapie complementari sono sempre più spesso oggetto di studi clinici, dove i loro effetti tutt'oggi sono in corso di valutazione. Prima di poterle prescrivere sistematicamente, sono necessarie ulteriori prove scientifiche (Lega contro il cancro, 2019).

2.6.1 La musicoterapia

Per comprendere a fondo gli effetti benefici che la musicoterapia può avere sull'essere umano è importante porre una definizione del termine stesso. La *World Federation of Music* definisce la musicoterapia come l'utilizzo della musica e/o degli elementi musicali come il suono, il ritmo, la melodia e la sua armonia da parte di un professionista qualificato all'interno di un processo, al fine di migliorare le proprie necessità fisiche, emozionali e sociali (citato in «I benefici della Musicoterapia», 2019). La musicoterapia è una disciplina che integra competenze correlate all'area musicale, medica e psicologica. La musica è considerata uno strumento terapeutico per ristabilire o migliorare la salute mentale, emozionale e fisica (Europa Donna della Svizzera Italiana, 2015). La sua natura non verbale e creativa facilita l'espressione, la comunicazione e la crescita interiore e, grazie alla musicoterapia, la persona è come se vedesse riaprirsi la propria vita davanti (Europa Donna della Svizzera Italiana, 2015). Da secoli si conoscono i poteri della musica sull'essere umano: basti pensare ai tempi degli sciamani dove nelle culture antiche utilizzavano la musica per migliorare la concentrazione così da ritrovare il proprio benessere psico-fisico («I benefici della Musicoterapia», 2019). Per quanto riguarda un esempio più di attualità e più vicino alla nostra realtà basti pensare ai centri commerciali dove spesso vi è la musica finalizzata ad incentivare gli acquirenti ad acquistare, oppure negli studi medici dove la musica ha lo scopo di rilassare e tranquillizzare i pazienti («I benefici della Musicoterapia», 2019). In poche parole, la musica viene utilizzata in diversi modi e con scopi e finalità differenti.

La conoscenza della musicoterapia come intervento clinico nel campo della salute è da parte di molti medici e operatori sanitari ancora abbastanza limitata (Suvini et al., 2008). Tuttavia con il passare degli anni essa ha ottenuto una certa importanza all'interno dell'ambito medico, traendone dei benefici in diversi ambiti:

- Nella promozione del benessere
- Nella gestione dello stress
- Nella palliazione del dolore
- Nel migliorare la memoria
- Nel migliorare la comunicazione
- Nell'esprimere i propri sentimenti
- Nella promozione della riabilitazione fisica
- Nella gestione della depressione

Inizialmente la musicoterapia fu applicata nell'handicap infantile con lo scopo di favorire lo sviluppo psicofisico e le relazioni sociali dello stesso. Con il passare del tempo ha preso sempre di più un'evoluzione fino ad arrivare ad essere utilizzata in caso di situazioni psichiche (come la depressione), neurologiche (come l'Alzheimer) oppure in situazioni di gravidanza e/o post partum («I benefici della Musicoterapia», 2019).

Grazie alla musicoterapia si può andare ad agire su diverse aree dell'individuo, rendendola una medicina alternativa che varia da un'azione a livello della sfera emozionale fino ad un'azione più di livello fisico («I benefici della Musicoterapia», 2019). Proprio per fare questo si ricorre alla musica in due differenti modi. Il primo comprende

la musicoterapia ricettiva, dove l'ascolto della musica è scelta accuratamente dal musicoterapeuta. Il secondo invece tratta la musicoterapia attiva dove il paziente crea la musica aiutandosi da strumenti semplici e da suoni prodotti da lui stesso (Europa Donna della Svizzera Italiana, 2015). Una seduta ha la durata di circa un ora e può avvenire al domicilio della persona, nello studio del terapeuta oppure all'interno degli ospedali (Europa Donna della Svizzera Italiana, 2015). Per quanto riguarda l'effetto terapeutico, la musicoterapia agisce sull'attenuazione di sintomi e sulla prevenzione o stabilizzazione delle complicanze, e questa capacità viene articolata e indirizzata secondo i bisogni della singola persona (Suvini et al., 2008).

2.6.2 Lo yoga

Lo yoga, termine che deriva dalla radice “*yuj*” sanscrita che significa “unire” e “soggiogare”, è considerato nel mondo occidentale come un approccio olistico alla salute ed è classificato come forma di medicina complementare (Woodyard, 2011). Si tratta di un antico e complesso sistema che, grazie alla pratica regolare, consente di promuovere la forza, la resistenza, la flessibilità facilitando le caratteristiche di cordialità, compassione e maggiore autocontrollo, coltivando così un senso di benessere e calma (Woodyard, 2011). È una forma di fitness mente-corpo che implica una combinazione tra attività muscolare ed un focus sulla consapevolezza di sé, del proprio respiro e della propria energia (Woodyard, 2011). Questa pratica si fonda su quattro principi di base: il primo principio indica che il corpo umano è un'entità olistica composta da varie dimensioni interconnesse tra loro ed inseparabili facendo sì che la salute o la malattia di una dimensione vada a colpire ed influire automaticamente anche le altre; il secondo principio è che ogni individuo e le sue esigenze sono unici e quindi devono essere approcciati in modo da riconoscerne questa individualità adattando la loro pratica di conseguenza; il terzo principio è che lo yoga è auto-alimentante, ovvero la persona è il proprio guaritore. Lo yoga permette di coinvolgere la persona all'interno del processo di guarigione svolgendo un ruolo attivo nel suo percorso verso la salute e la guarigione, raggiungendo così un maggiore senso di autonomia; Infine il quarto ed ultimo principio indica che la qualità e lo stato della mente di un individuo sono fondamentali per la guarigione, ad esempio quando l'individuo ha uno stato mentale positivo la guarigione avviene più rapidamente rispetto ad una persona che ha uno stato mentale negativo (Woodyard, 2011). Tra le ragioni più comuni per cui le persone si affidano ad un trattamento complementare come lo yoga ritroviamo i problemi di salute mentale come la depressione, l'ansia, lo stress e l'insonnia. Questa pratica porta la persona a rilassarsi, rallentando così la respirazione e concentrandosi sul presente, andando a spostare l'equilibrio dal sistema nervoso simpatico (risposta di fuga o lotta) al sistema parasimpatico (risposta di rilassamento) (Woodyard, 2011). Lo yoga porta ad un'inibizione dell'area simpatica dell'ipotalamo, inibisce le aree responsabili della paura, dell'aggressività e della rabbia stimolando i centri del piacere nel proencefalo mediano e in altre aree portando ad uno stato di piacere. Questa inibizione porta ad una riduzione dell'ansia nella persona (Woodyard, 2011).

Per quanto riguarda la depressione praticare costantemente lo yoga porta ad un miglioramento della stessa e ad un aumento del livello di serotonina. Inoltre è stata dimostrata la creazione di un maggior senso di benessere, aumentando le sensazioni di rilassamento, migliorando la fiducia in se stessi, l'immagine corporea, le relazioni interpersonali e incoraggiando la persona ad avere una visione ottimistica della vita (Woodyard, 2011).

In conclusione, si può quindi dire che questa pratica ci permette di sviluppare una maggiore responsabilità per affrontare al meglio le sfide che si presentano nella vita quotidiana. Inoltre permette di lavorare sul piano psico-emozionale e di armonizzare il sistema corpo-energia-mente, lasciando scaricare tensioni e ritrovare quel senso di benessere all'interno di determinate circostanze (Federazione Italiana Yoga, 2020). Proprio perché sempre di più le persone si affidano ai programmi di fitness mente-corpo come ad esempio lo yoga, è importante che gli operatori sanitari siano informati sulla natura dello yoga e sulle sue prove di efficacia inerenti agli effetti terapeutici (Woodyard, 2011). Le pratiche dello yoga aumentano la forza muscolare e la flessibilità del corpo, promuovono e migliorano la funzione respiratoria e cardiovascolare, favoriscono il recupero ed il trattamento delle dipendenze, riducono lo stress, l'ansia e la depressione e, non da ultimo, migliorano i modelli del sonno aumentando così il benessere generale e la qualità di vita della persona (Woodyard, 2011).

2.6.3 L'agopuntura

La Medicina Tradizionale Cinese (MCT) è composta da vari tipi di interventi, tra cui quello più comune è l'agopuntura. Nonostante la sua antica storia, l'agopuntura è diventata famosa nel mondo occidentale solo ed unicamente negli ultimi decenni. Questo grazie soprattutto a James Reston, un reporter che all'inizio degli anni 70, dopo essersi sottoposto ad un intervento chirurgico d'urgenza durante la sua permanenza in Cina, riferì di aver tratto beneficio da questa pratica per quanto riguardava la palliazione e gestione del dolore nel post-operatorio (Antonelli & Donelli, 2020).

Si tratta di un'antica medicina fondata su una teoria di base dove l'organismo è attraversato da dei meridiani sui quali sono presenti dei punti, e che essi permettono l'accesso diretto all'energia vitale che vi scorre all'interno. La malattia si manifesta quando un'energia perversa ha accesso al flusso di energia all'interno, causando così un blocco (Europa Donna della Svizzera Italiana, 2015). L'agopuntura viene ritenuta in grado di ripristinare il fluire del Qi, termine che sta ad indicare i fenomeni energetici del nostro corpo come il metabolismo, il movimento ecc., ovvero il ripristinare dell'energia vitale dell'organismo favorendo così i vari processi di autoguarigione e promuovendo il miglioramento dello stato di salute (Antonelli & Donelli, 2020).

La MCT può essere d'ausilio in qualsiasi fase del percorso che una donna con tumore alla mammella si trova confrontata. Per esempio, durante la fase diagnostica, l'agopuntura può aiutare la donna nella gestione dello stress e della paura. Durante una terapia chemioterapica o radioterapica aiuta nella gestione degli effetti collaterali come la nausea, il vomito e l'astenia. Nel caso invece di un intervento chirurgico essa aiuta a gestire sintomi postoperatori come il dolore, ma anche una sensazione di benessere e di nuovo equilibrio dopo un intervento invasivo come può essere la mastectomia (Europa Donna della Svizzera Italiana, 2015). L'agopuntura è utilizzata soprattutto per curare problemi di tipo muscolo scheletrici, ginecologici, malattie psicosomatiche e disturbi emotivi quali ansia e depressione (Europa Donna della Svizzera Italiana, 2015).

2.6.4 La mindfulness

La *mindfulness* è un termine derivante dalla lingua inglese che significa consapevolezza di un'esperienza diretta della persona. Jon Kabat-Zinn (1994), uno dei pionieri di questa pratica nonché biologo e professore della *School of Medicine* dell'Università del

Massachusetts, ha descritto questo termine come un'attenzione particolare in modo intenzionale e non giudicante al qui ed ora, quindi al presente (citato in Associazione Italiana per la Mindfulness [AIM], n.d.). È importante dire che la mindfulness ha una correlazione con la meditazione in quanto il suo approccio deriva proprio dalla meditazione di consapevolezza, nonché una delle tradizioni meditative del buddhismo classico. Spesso questa pratica viene confusa con una tecnica di rilassamento, oppure un modo per svuotare la mente, ma non è così (AIM, n.d.). Si tratta di una pratica che parte dall'attenzione di comprendere anche il lato negativo della nostra vita, quindi caratterizzato da disagio, sofferenza e dolore, insegnandoci a non respingere e negare questa dimensione negativa ma trasformarlo in un motivo di crescita personale. L'obiettivo è finalizzato ad eliminare la sofferenza inutile, coltivando la comprensione e l'accettazione di qualunque cosa accada attraverso un lavoro con i propri stati mentali. Dovrebbe permettere di passare da uno stato di sofferenza e disequilibrio ad uno stato di maggiore percezione soggettiva e di benessere, grazie ad una maggior consapevolezza dei propri stati mentali. Questa pratica è stata applicata inizialmente all'interno dell'area clinica, soprattutto nell'ambito della medicina e in ambito psicoterapeutico (AIM, n.d.). Nel 1979, sempre Kabat-Zinn, ha sviluppato un protocollo per introdurre la meditazione di consapevolezza all'interno della pratica clinica. Lui era convinto che la meditazione avesse il potere di trasformare l'esperienza individuale di sofferenza e stress, offrendo strategie per la risoluzione del problema. Per introdurre la meditazione in contesti come gli ospedali e le cliniche era necessario un adattamento delle pratiche tradizionali. Infatti occorreva che la pratica fosse accessibile a tutte le possibilità psicologiche e fisiche dei pazienti, e comunque adattabili a condizioni mediche particolari («Mindfulness», n.d.). Vi sono due programmi in particolare comprendente questa pratica. Il primo programma è il Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), programma che nasce a partire dagli anni '70 da Kabat-Zinn. Questo programma è stato ideato per pazienti affetti da dolore cronico o malattie terminali, con in seguito un'evoluzione anche per altre condizioni cliniche (sia fisiche che psicologiche). Si tratta di otto incontri settimanali per un totale di due mesi, della durata di circa due ore e mezza per incontro. Il programma prevede una dimensione di gruppo e un percorso personale di meditazione. Gli incontri si strutturano su due elementi principali: la pratica, quindi la inquiry, e l'esplorazione. Ogni seduta inizia con un momento di pratica, per un totale di 45 minuti (eccetto la prima). Con il passare degli incontri si sperimentano pratiche differenti che poi i partecipanti dovranno eseguire anche al proprio domicilio. Il tempo rimanente invece è dedicato all'inquiry, ovvero alla condivisione delle esperienze vissute durante la pratica, sia di gruppo che individuale a casa («Mindfulness», n.d.). L'altro programma è il Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) che è basato sull'aiutare gli individui a realizzare una trasformazione radicale nella loro relazione con i pensieri, emozioni e sensazioni fisiche che possono portare alle ricadute depressive. Questo perché secondo alcuni autori un soggetto che è stato affetto da depressione in passato corre un grande rischio di nuovi episodi depressivi in quanto un umore negativo, anche se per breve periodo, tende a riattivare pensieri, emozioni e sensazioni presenti durante il periodo di sofferenza («Mindfulness», n.d.). In poche parole quindi, la MBCT ha lo scopo di insegnare alle persone ad adottare una nuova relazione con il proprio corpo e con la propria mente, al fine di proteggerli dalle possibili ricadute. Si focalizza non tanto sul fatto di escludere i processi di pensieri negativi, ma piuttosto sul fatto di evitare che si stabilizzino e si ripresentino. Questa pratica viene eseguita in gruppo con incontri settimanali della durata di circa due ore, dove si alternano momenti di pratica a momenti di inquiry. I pazienti sono invitati a svolgere gli esercizi anche al proprio domicilio («Mindfulness», n.d.).

2.7 Le competenze infermieristiche – il ruolo dell'infermiere

Come per ogni professione, anche per le cure infermieristiche vi sono delle competenze generali che vanno a rappresentare questa pratica e che la persona che sta effettuando questo percorso specifico deve acquisire entro il termine della propria formazione. Per quanto riguarda il Bachelor of Science in cure infermieristiche sono sette i principali ruoli che l'infermiere deve rivestire all'interno del proprio lavoro come professionista.

2.7.1 Ruolo di esperto in cure infermieristiche

Il primo ruolo comprende il ruolo di esperto in cure infermieristiche dove gli infermieri sono responsabili, all'interno del sistema sanitario, del loro agire e delle relative decisioni e valutazioni che effettuano. L'infermiere deve essere in grado di rilevare le varie necessità terapeutiche della persona presa in cura indipendentemente dalla fase di vita che sta attraversando e dalla sua età, eseguendo le rispettive cure necessarie a preservare la sicurezza e la dignità del paziente, oppure delegandone l'esecuzione e valutando in seguito l'esito. Inoltre offrono ai pazienti ed ai rispettivi familiari consulenze infermieristiche basate sui principi etici e su conoscenze scientifiche aggiornate (Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Professionali Svizzere [KFH], 2011). È inoltre importante che l'infermiere ricerchi costantemente evidenze scientifiche inerenti a situazioni che si presentano nella pratica e che le condivida con l'equipe al fine di migliorare e offrire cure di elevata qualità, efficaci e continuative ai pazienti. Per quanto riguarda un esempio concreto, in questo ruolo rientra ad esempio la fase dell'accertamento nel percorso del *nursing*, che comprende la valutazione soggettiva e oggettiva del paziente tramite l'intervista e i vari tipi di assessment. Inoltre questo ruolo permette anche all'infermiere di individuare eventuali evoluzioni cliniche che richiedono un trattamento tempestivo del paziente, e creare un piano di cura personalizzato e individualizzato alla singola persona (KFH, 2011).

2.7.2 Ruolo di comunicatore

La comunicazione gioca un ruolo fondamentale e rilevante nella pratica professionale e quindi è importante che come comunicatori gli infermieri permettano lo sviluppo di rapporti di fiducia con il paziente e trasmettano informazioni dettagliate e mirate al paziente, ai suoi familiari ed all'equipe. È importante adattare lo stile comunicativo alla situazione che si presenta tenendo in considerazione il grado di comprensione del ricevente, al fine di garantire una corretta comunicazione, e integrare così il paziente il più possibile all'interno del piano terapeutico (KFH, 2011). Inoltre l'infermiere deve contribuire all'interno dell'equipe intraprofessionale e interprofessionale al fine di sviluppare una comprensione condivisa della situazione di cura e, in caso di necessità, gestire i conflitti così da poterli gestire e prevenire in un futuro. Inoltre è importante che l'infermiere condivida le proprie esperienze ed i propri saperi e competenze relative ad una tematica piuttosto che un'altra al fine di migliorare il sapere dell'intero equipo e permettere una crescita anche da un punto di vista professionale (KFH, 2011).

È importante che l'infermiere instauri un buon rapporto di fiducia con la paziente al fine di comprendere a pieno le sue emozioni e il suo stato d'animo e accoglierla. Inoltre è sicuramente importante prendersi in cura anche la rete che vi ruota attorno al paziente, come ad esempio il partner.

2.7.3 Ruolo di membro di un gruppo di lavoro

Come membro di un gruppo di lavoro, l'infermiere deve partecipare attivamente all'interno dei gruppi di lavoro interdisciplinari e interprofessionali, così da poter mettere le proprie competenze professionali a disposizione degli altri attori e figure coinvolte del sistema sanitario, dei pazienti e dei familiari (KFH, 2011). Inoltre l'infermiere si impegna a garantire il rispetto dei principi etici dell'assistenza infermieristica ed il rispetto delle altre professioni sanitarie coinvolte. Si assume anche la responsabilità della situazione di cura, coordinando e accompagnando il team di lavoro e sostenendo e guidando sul piano disciplinare tutti gli altri collaboratori (KFH, 2011). Questo ruolo emerge molto in quanto spesso nella presa in cura dei pazienti, visto che sempre più spesso i pazienti sono affetti anche da comorbidità, ci si ritrova confrontati con una vasta rete terapeutica che ruota attorno al paziente. Per questo è importante saper collaborare tutti insieme al fine di garantire una buona presa in cura del paziente stesso.

Per quanto riguarda in particolar modo l'argomento relativo alle terapie complementari per ridurre l'ansia e la depressione, dal momento che c'è un coinvolgimento di plurime figure come il musicoterapista, l'agopuntore ecc. è importante saper collaborare e interagire tra i professionisti al fine di garantire una miglior presa in cura della paziente.

2.7.4 Ruolo di manager

Come ruolo di manager gli infermieri mettono in atto trattamenti con efficienza ed efficacia nel rispetto delle condizioni generali dell'istituzione e legali. Inoltre partecipano e collaborano all'implementazione e alla valutazione di standard di qualità per le cure infermieristiche basate su prove di efficacia riconoscendo il fabbisogno di innovazione (KFH, 2011). Utilizzano correttamente le tecnologie e le innovazioni informatiche, come ad esempio la cartella informatizzata, permettendo di tenere una traccia di quello che viene fatto sul paziente così da informare sia i colleghi dei turni successivi, ma anche tutta la rete terapeutica che vi ruota attorno al paziente (KFH, 2011). Questo aspetto potrebbe essere rilevante nel caso specifico in cui vi sono anche altri professionisti coinvolti in quanto, anche se il paziente esegue un trattamento di musicoterapia piuttosto che di yoga al di fuori della struttura sanitaria dove era ricoverato, il terapeuta può comunque risalire a tutte le informazioni del caso.

2.7.5 Ruolo di promotore della salute (Health Advocate)

Come promotori della salute gli infermieri usano le proprie conoscenze nell'interesse della salute e della qualità di vita dei pazienti e della società. Gli infermieri integrano nella loro pratica professionale interventi e programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie partecipando attivamente alla loro realizzazione (KFH, 2011). Inoltre fanno sì che i pazienti ed i rispettivi familiari possano far uso di mezzi a disposizione al fine di prevenire e affrontare malattie e mantenere il più possibile un'alta qualità di vita.

In questo cappello rientra un po' il ruolo infermieristico inerente al mio elaborato. Infatti, ritengo che l'infermiere come promotore della salute abbia il compito di proporre, in base alla singola situazione che si presenta e in base alle esigenze del paziente, interventi finalizzati alla promozione del benessere del paziente stesso. Per far questo, nel caso di una donna affetta d'ansia e/o depressione dopo un intervento di mastectomia, si possono

proporre anche terapie complementari come ad esempio la musicoterapia, l'agopuntura, lo yoga e/o la mindfulness. Ovviamente non possiamo noi, come infermieri, in primo piano praticare questi interventi, ma possiamo (ed è nostro compito) saper indirizzare la persona verso i rispettivi specialisti (KFH, 2011).

2.7.6 Ruolo di apprendente e insegnante

L'infermiere mantiene e sviluppa le proprie competenze professionali mediante l'apprendimento continuo in base alle conoscenze scientifiche (KFH, 2011). Inoltre sono in grado di identificare eventuali problematiche rilevanti per la pratica professionale segnalandole successivamente a chi di dovere, al fine di affrontarle nei progetti di ricerca e di sviluppo future. Infine riflettono sul loro operato mediante la pratica riflessiva, rilevando lacune e risorse e utilizzano le conoscenze esperienziali di pazienti e colleghi come opportunità di apprendimento. Non da ultimo riconoscono la necessità di apprendimento di pazienti e del loro entourage offrendo così sostegno (KFH, 2011).

2.7.7 Ruolo legato all'appartenenza professionale

L'infermiere data la sua appartenenza professionale si impegna per la salute e la qualità di vita delle singole persone e della società, vincolandosi all'etica professionale e alla cura della sua stessa salute personale (KFH, 2011).

Nelle relazioni e contatti con i pazienti e la rete che vi ruota attorno mantengono un atteggiamento conforme a quella che è l'etica professionale. Inoltre sottopongono la loro pratica ad una costante valutazione e riflessione, contribuendo così alla salute e alla qualità di vita individuale e collettiva. È importante che l'infermiere sia in grado di riconoscere i propri limiti come curante e chiedere aiuto in caso di bisogno (KFH, 2011).

3. METODOLOGIA

3.1 La revisione della letteratura

Per il mio lavoro di Bachelor ho deciso, come metodologia, di effettuare una revisione della letteratura in quanto ritenuto il metodo più adeguato dal momento che l'ansia e la depressione nelle donne con tumore al seno che si sono sottoposte ad un intervento di mastectomia è un tema piuttosto diffuso e dibattuto. La vera domanda che potrebbe sorgere è: "cosa è una revisione della letteratura?".

Quando si parla di una revisione della letteratura in poche parole si sta parlando di una metodologia basata sulla sintesi di evidenze presenti, relative ad uno specifico problema di ricerca (Polit & Beck, 2014). Il suo scopo e obiettivo principale è quello di integrare le varie evidenze scientifiche e di ricerca al fine di individuare le conoscenze già presenti, ma soprattutto individuare le lacune della ricerca (Polit & Beck, 2014). Infatti proprio per questo le revisioni di letteratura fungono talvolta da spunti e basi per lo svolgimento di ulteriori studi (Polit & Beck, 2014). È importante che la revisione di letteratura venga basata su studi e fonti primarie di ricercatori che hanno condotto lo studio sul tema trattato, evitando così la consultazione e il ricorso all'utilizzo di fonti secondarie che, al contrario, sono scritte da persone differenti da coloro che hanno effettuato lo studio (Polit & Beck, 2014).

Come per ogni metodologia, vi sono delle fasi che si devono attraversare. La prima comprende la formulazione di un quesito di ricerca, per questo è importante raccogliere, analizzare e interpretare l'informazione (Polit & Beck, 2014). Personalmente la modalità che ho utilizzato per formulare il mio quesito di ricerca è tramite l'acronimo PI(C)O: P sta per popolazione a cui si vuole fare riferimento; la I rappresenta gli interventi infermieristici che si mettono in atto; e la O indica l'Outcome/esito, ovvero cosa mi aspetto da questo studio (Polit & Beck, 2014).

Successivamente si passa alla fase successiva, ovvero quella in cui si effettua una ricerca all'interno delle banche dati. Per far questo, è importante stabilire delle parole chiavi. Oltre all'utilizzo di queste parole, si possono usufruire anche degli operatori booleani, tra cui ritroviamo "OR", "NOT" e "AND" (Polit & Beck, 2014). Quest'ultimo permette di delimitare la stringa di ricerca: ad esempio se inserisco la parole chiave *breast cancer* AND *mastectomy* mi usciranno articoli in cui sono presenti entrambi i termini, ovvero sia al tumore al seno che la mastectomia. Se al contrario, come operatore booleano uso OR, quindi inserisco *breast cancer* OR *mastectomy*, mi usciranno articoli sia con la presenza di entrambe le parole di ricerca, oppure articoli in cui è presente unicamente una delle due parole chiave. Questo fa sì di espandere la ricerca a più articoli (Polit & Beck, 2014). Infine, l'operatore booleano NOT permette di restringere ulteriormente il campo di ricerca, infatti se io ricerco *breast cancer* NOT *mastectomy* risulterà a tutte le informazioni contenenti il termine *breast cancer* ma che non comprendano il termine *mastectomy* (Polit & Beck, 2014). La ricerca inoltre potrebbe anche essere ristretta e limitata agli studi condotti entro un determinato periodo di tempo (ad esempio gli ultimi 10 anni), oppure selezionando studi trascritti unicamente nella propria lingua madre o nella lingua inglese (Polit & Beck, 2014).

Tra le banche dati più utilizzate tra gli infermieri ritroviamo CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE (Medical Literature on Line) e *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Polit & Beck, 2014).

Una volta trovati gli articoli ritenuti pertinenti secondo il titolo, è importante procedere con la lettura dell'*abstract*, ovvero un piccolo paragrafo posto all'inizio dell'articolo in cui viene spiegato in grandi linee di cosa si parlerà nel testo (Polit & Beck, 2014). Una volta letto l'*abstract* e ritenuto un articolo ideale al tema trattato, si può procedere con la lettura dell'articolo completo traendone le informazioni principali e fondamentali (Polit & Beck, 2014).

Infine, è importante specificare che se il lavoro di revisione della letteratura è stato svolto con la finalità di individuare possibili sbocchi per la ricerca futura, è importante dedicare un piccolo paragrafo apposito in cui vengono specificate le necessità future della ricerca (Polit & Beck, 2014).

Per concludere, ritengo importante specificare che, nonostante io abbia seguito il modello della revisione della letteratura, questo lavoro non si tratta di una vera e propria revisione sistematica della letteratura, ma piuttosto di una revisione narrativa. Questo perché si tratta di un lavoro in cui vengono presi in considerazione un numero ristretto di articoli scientifici e si tratta di un lavoro piuttosto breve e di poche pagine. Infatti, a differenza della revisione sistematica della letteratura, una revisione narrativa permette di adottare uno sguardo più generico, dal momento che il numero di articoli presi in considerazione è minore.

3.2 Metodologia di lavoro

Per questo lavoro di Bachelor la metodologia che ho impiegato è la revisione della letteratura. Inizialmente mi sono posta un quesito di ricerca che, come menzionato precedentemente, si basa su l'acronimo PICO o PIO. Per quanto riguarda la **P** di popolazione ho selezionato le donne dai 18 anni in su mastectomizzate per un tumore al seno. La **I**, quindi per quanto riguarda gli interventi, ho cercato di andare ad analizzare quali siano gli interventi non farmacologici e di terapia complementare che si possono mettere in atto per gestire l'ansia e la depressione nelle donne con tumore al seno che hanno subito un intervento di mastectomia. Infine, per quanto riguarda la **O** di outcome, il mio obiettivo è quello di ridurre l'ansia e la depressione dopo gli interventi di mastectomia.

Quindi per la stesura del mio lavoro di bachelor ho formulato la seguente domanda di ricerca: “ *L'utilizzo di terapie complementari e non farmacologiche (quali la musicoterapia, l'agopuntura, lo yoga, e la mindfulness) sono efficaci per ridurre l'ansia e la depressione nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia?*”

Per la realizzazione del mio elaborato mi sono confrontata con siti ufficiali Nazionali come l'Ufficio Federale della Sanità Pubblica, la Lega contro il cancro, Associazioni private e manuali di medicina interna e di psico-oncologia. Per quanto riguarda invece la parte di revisione della letteratura, mi sono dedicata alla ricerca nelle banche dati estrapolando principalmente articoli da PubMed (comprendendo anche Elsevier) e CINAHL.

Le parole chiave che ho utilizzato sono: *breast cancer, mastectomy, depression, anxiety, quality of life, acupuncture, mindfulness-based stress reduction, music therapy, yoga, relaxation, oncological care, relaxation technique, shiatsu.*

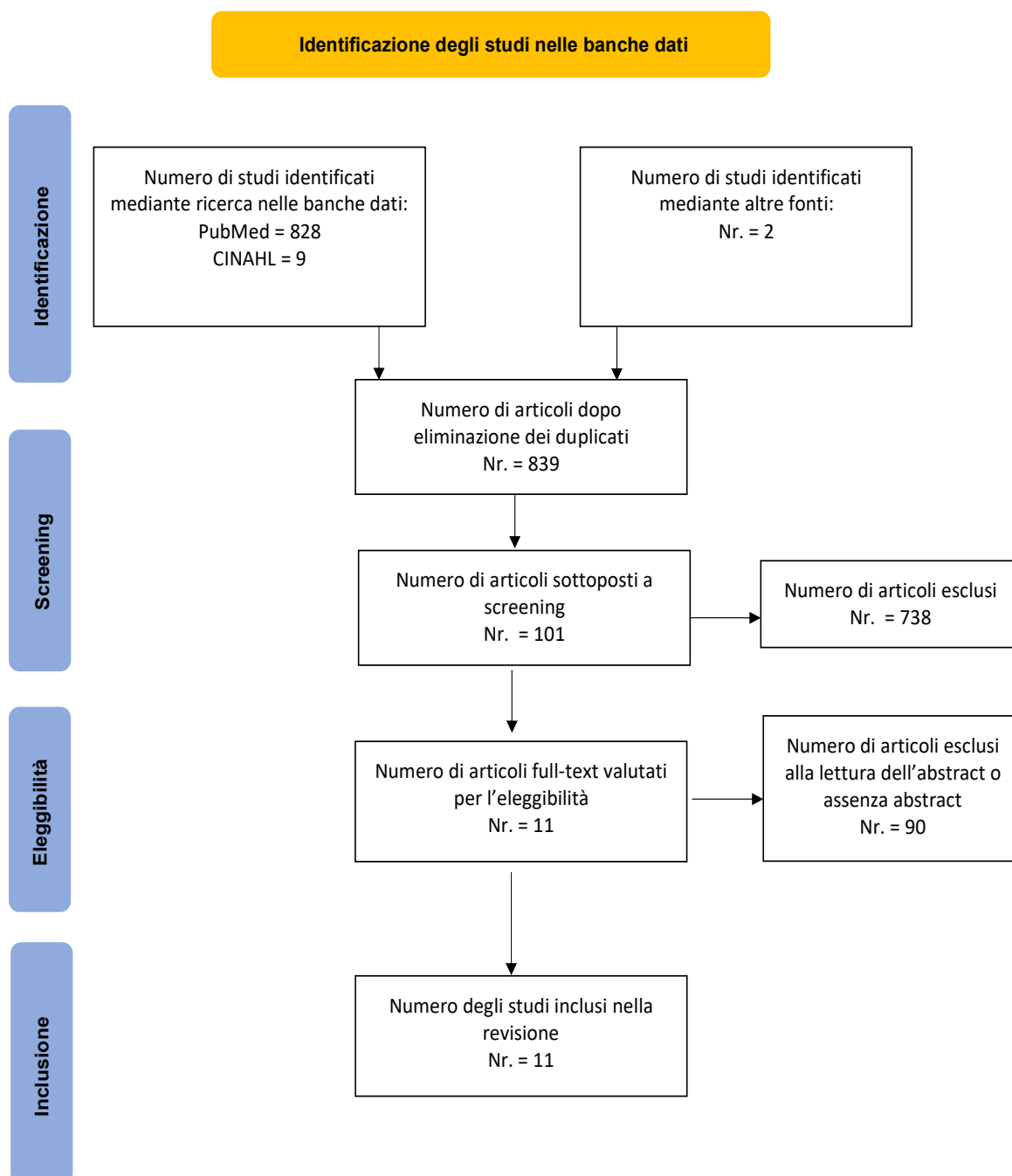
L'unico operatore booleano che ho utilizzato è stato AND in quanto, come menzionato precedentemente, permette di restringere ulteriormente il campo di ricerca individuando gli articoli più mirati alla domanda di ricerca. Inoltre, in un secondo momento ho applicato dei filtri di ricerca che includevano gli ultimi 10 anni, con lo scopo di restringere ulteriormente il campo. Inoltre ho deciso anche di applicare dei criteri di inclusione ed esclusione che vengono rappresentati nella tabella sottostante.

Tabella 1
Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none"> - Età adulta (superiore ai 18 anni) - Donne che hanno subito un intervento di mastectomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Età inferiore ai 18 anni - Donne che hanno effettuato un intervento di ricostruzione al seno
<ul style="list-style-type: none"> - Studi in lingua italiana, inglese, francese, spagnolo e tedesco 	

Una volta che ho inserito le parole chiave nella stringa di ricerca mi sono usciti un bel numero di articoli. Nella pagina seguente verrà illustrato, tramite un diagramma di flusso, la mia ricerca bibliografica.

Figura 1
Diagramma di flusso secondo il modello Prisma



3.3 Obiettivi del lavoro di Bachelor

Il mio obiettivo personale, nonché obiettivo di ricerca, è quello di individuare degli interventi non farmacologici e di terapia complementare efficaci per aiutare le donne che presentano ansia e depressione dovuti ad un intervento di mastectomia dopo tumore al seno, al fine di poterle aiutare a ritrovare una buona qualità di vita e di ridurre il loro stato d'ansia e di depressione. Questo quesito mi permette di comprendere, tramite la ricerca

all'interno delle banche dati, se i miei interventi proposti di terapia complementare quale lo yoga, la musicoterapia, l'agopuntura, le tecniche di rilassamento e la mindfulness siano efficaci o meno nella gestione dell'ansia e della depressione nelle donne mastectomizzate. Questo, in caso positivo, mi permetterà a me, Aline, ma anche ad altri infermieri nei vari reparti, di utilizzare il ruolo come infermiere di promotore della salute proponendo questi interventi alle pazienti con questa problematica. In caso negativo, invece, mi permetterà di comprendere che questi interventi non sono efficaci e quindi che saranno necessari ulteriori studi per identificare interventi più appropriati. In questo caso, il mio elaborato potrà fungere da sbocco per le ricerche future.

Inoltre, oltre all'identificazione di interventi non farmacologici per le donne con ansia e depressione dopo intervento di mastectomia, un altro mio obiettivo è quello di conoscere le caratteristiche del tumore al seno nella donna, quindi l'epidemiologia, l'eziologia, la sintomatologia, la diagnosi, la stadiazione e la terapia. Infine, non da ultimo, ritengo importante comprendere l'impatto fisico ma soprattutto psichico della mastectomia nelle donne con tumore al seno.

4. REVISIONE DELLA LETTERATURA

Questo capitolo dedicato alla revisione della letteratura, nonché parte centrale del mio elaborato, verrà suddiviso dapprima da alcune tabelle in cui verranno descritti i vari articoli selezionati per lo svolgimento della mia revisione della letteratura. Questo permetterà di avere una visione generale su quanto trovato per poi, in un secondo momento, fornire una descrizione dettagliata rispetto agli studi riportati nelle tabelle e concludere con una discussione dei risultati evidenziandone similitudini e/o differenze.

4.1 Tabella riassuntiva degli studi

<u>Studio 1</u>	
<i>Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial</i>	
Autori	Xiao-Mei Li, Kai-Na Zhou, Hong Yan, Duo-Lao Wang & Yin-Ping Zhang
Anno	2011
Disegno di ricerca	Studio clinico randomizzato
Scopo/obiettivo	Lo scopo dello studio é quello di identificare gli effetti della musicoterapia sull'ansia nelle donne con tumore al seno dopo un intervento di mastectomia radicale
Campione	120 donne cinesi con tumore al seno, di età compresa tra i 25-65 anni, sottoposte ad intervento di mastectomia radicale (compresa la mastectomia radicale modificata e la mastectomia radicale estesa). Sono state escluse

	pazienti allergiche al suono o con epilessia indotta da stimoli vocali, oppure pazienti che non volevano ascoltare la musica
Interventi	Assegnazione casuale dei pazienti in due gruppi. Il gruppo sperimentale ha ricevuto un'intervento di musicoterapia, praticato 2 volte al giorno (30 minuti per sessione) una volta alla mattina e una volta alla sera. Il gruppo di controllo invece ha ricevuto unicamente interventi di assistenza infermieristica di base che comprendeva l'assistenza infermieristica peri-operatoria per il cancro al seno e l'assistenza infermieristica per la chemioterapia
Risultati	Riduzione e miglioramento dei livelli di ansia nelle donne sottoposte a musicoterapia dopo un intervento di mastectomia
Per le referenze	Li, X.-M., Zhou, K.-N., Yan, H., Wang, D.-L., & Zhang, Y.-P. (2011). Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: A randomized clinical trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(5), 1145–1155. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05824.x

Studio 2

A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay

Autori	Kaina Zhou, Xiaomei Li, Jin Li, Miao Liu, Shaonong Dang, Duolao Wang & Xia Xin
Anno	2015
Disegno di ricerca	Studio clinico randomizzato controllato
Scopo/obiettivo	Esaminare gli effetti della musicoterapia e del training di rilassamento muscolare progressivo sulla depressione, l'ansia e la durata della degenza ospedaliera nelle donne affette da tumore al seno dopo intervento di mastectomia radicale
Campione	170 donne cinesi con un età compresa tra i 25-65 anni ricoverate per tumore al seno, che si devono sottoporre ad intervento di mastectomia radicale. Sono state escluse le pazienti con epilessia sensibile alla voce, e le

	pazienti che non volevano ascoltare musica o che rifiutavano di dare il consenso informato scritto
Interventi	Assegnazione casuale dei pazienti in due gruppi. Il gruppo d'intervento, oltre alle cure infermieristiche di base, ha ricevuto musicoterapia e training di rilassamento muscolare; la musicoterapia è stata praticata 2 volte al giorno (30 minuti per sessione), una volta al mattino e una volta alla sera. Per quanto riguarda invece gli esercizi di rilassamento e contrazione muscolare, sono stati eseguiti 2 volte al giorno (sempre al mattino e alla sera). I pazienti del gruppo di controllo invece hanno ricevuto unicamente assistenza infermieristica di base che comprendeva l'osservazione dei parametri vitali, l'assistenza alla ferita chirurgica, la gestione del drenaggio, l'osservazione di eventuali complicanze post operatorie e l'esercizio funzionale del lato chirurgico
Risultati	Nei pazienti del gruppo di intervento sono stati riscontrati effetti positivi sul miglioramento della depressione e dell'ansia, così come una riduzione della degenza ospedaliera
Per le referenze	Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. <i>European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society</i> , 19(1), 54–59. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.010

<u>Studio 3</u>	
<i>Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy</i>	
Autori	Zhou Kai-na, Li Xiao-mei, Yan Hong, Dang Shao-nong & Wang Duo-lao
Anno	2011
Disegno di ricerca	Studio clinico randomizzato
Scopo/obiettivo	Individuare l'efficacia della musicoterapia sulla depressione e sulla durata della degenza ospedaliera

	nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia radicale
Campione	120 donne, di età compresa tra i 25-65 anni, con una diagnosi di tumore al seno che dovevano essere sottoposte a mastectomia radicale (compresa la mastectomia radicale modificata e la mastectomia radicale estesa). Sono state escluse pazienti allergiche al suono, con epilessia indotta da stimoli vocali, oppure pazienti che non desideravano ascoltare la musica
Interventi	Assegnazione casuale dei pazienti in due gruppi. Il gruppo sperimentale ha ricevuto un intervento di musicoterapia (due volte al giorno, al mattino e alla sera per una durata di 30 minuti a sessione). Il gruppo di controllo non ha ricevuto nessuna informazione né intervento relativo alla musicoterapia (nessun intervento)
Risultati	Miglioramento della depressione e riduzione della degenza nel gruppo sperimentale
Per le referenze	Zhou, K., Li, X., Yan, H., Dang, S., & Wang, D. (2011). Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. <i>Chinese Medical Journal</i> , 124(15), 2321–2327. https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.03666999.2011.15.014

Studio 4

Perioperative Music and Its Effects on Anxiety, Hemodynamics, and Pain in Women Undergoing Mastectomy

Autori	Pamela G. Binns-Turner, Lynda Law Wilson, Erica R. Pryor, Gwendolyn L. Boyd & Carol A. Prickett
Anno	2011
Disegno di ricerca	Studio clinico randomizzato
Scopo/obiettivo	Individuare l'efficacia della musicoterapia nel periodo perioperatorio per la riduzione dell'ansia, dolore, frequenza cardiaca e pressione arteriosa nelle donne con tumore al seno dopo intervento chirurgico di mastectomia
Campione	30 donne dai 40-70 anni con neoplasia della mammella. Criteri di esclusione includevano pazienti classificate con un ASA 4 o 5, oppure affette da BPCO, diagnosi di

	disturbi mentali, uso di farmaci psicotici e benzodiazepine e uso di apparecchi acustici
Interventi	Assegnazione casuale dei pazienti in due gruppi. Il gruppo sperimentale ha ascoltato musica per tutto il periodo perioperatorio (preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio). Le donne del gruppo di controllo hanno ricevuto cure standard senza intervento di musicoterapia
Risultati	La musica è un intervento non invasivo e a basso costo che può essere facilmente implementato nel contesto perioperatorio riducendo la pressione arteriosa, il dolore e l'ansia nelle donne sottoposte a mastectomia per cancro al seno.
Per le referenze	Binns-Turner, P. G., Wilson, L. L., Pryor, E. R., Boyd, G. L., & Prickett, C. A. (2011). Perioperative Music and Its Effects on Anxiety, Hemodynamics, and Pain in Women Undergoing Mastectomy. <i>AANA Journal</i> , 79(4), S21-7.

<u>Studio 5</u>	
<i>Acupuncture in the postoperative setting for breast cancer patients: a feasibility study</i>	
Autori	Mallory Molli J., Croghan Katrina A., Sandhu Nicole P., Lemaine Valerie, Degnim Amy C., Bauer Brent A., Cha Stephen S. & Croghan Ivana T.
Anno	2015
Disegno di ricerca	Open label study (= Studio clinico in aperto)
Scopo/obiettivo	Valutare l'attuabilità dell'agopuntura nell'ambiente ospedaliero per le pazienti con tumore al seno; effetti dell'agopuntura sullo stress, l'ansia e il dolore utilizzando una scala analogica visiva (VAS)
Campione	20 pazienti adulti (> 18 anni) con tumore al seno sottoposti ad intervento di mastectomia e/o ricostruzione del seno. I criteri di esclusione comprendevano l'uso di farmaci anticoagulanti e/o pazienti severamente immunodepressi
Interventi	Intervento di agopuntura quotidiano a partire dal primo giorno postoperatorio fino alla data di dimissione dall'ospedale

Risultati	L'agopuntura post mastectomia e/o la chirurgia della ricostruzione del seno non solo è fattibile in un contesto postoperatorio, ma migliora anche significativamente il dolore postoperatorio, l'ansia e la tensione
Per le referenze	Mallory, M. J., Croghan, K. A., Sandhu, N. P., Lemaine, V., Degnim, A. C., Bauer, B. A., Cha, S. S., & Croghan, I. T. (2015). Acupuncture in the postoperative setting for breast cancer patients: A feasibility study. <i>The American Journal of Chinese Medicine</i> , 43(1), 45–56. https://doi.org/10.1142/S0192415X15500032

<u>Studio 6</u>	
<i>Application of a mind-body tool in a rural population to improve post-operative outcomes in women with breast cancer: A pilot study</i>	
Autori	Linshaw David J., Floyd Erin G., Rosenkranz Kari M. & Stahl James E.
Anno	2020
Disegno di ricerca	Pre-post study design
Scopo/obiettivo	Valutare un programma mente-corpo ben validato, determinandone l'attuabilità, l'accettabilità e il miglioramento della sintomatologia in pazienti con cancro al seno nel post-operatorio
Campione	13 pazienti (> 18 anni) sottoposte ad intervento di lumpectomia o mastectomia con/senza ricostruzione nell'arco di 2 mesi nella clinica oncologica di chirurgia del seno. Inoltre i partecipanti dovevano avere una buona conoscenza della lingua inglese e la capacità mentale di partecipare in modo efficace
Interventi	Corso di 8 settimane: " <i>The Stress Management and Resiliency Training (SMART) – Relaxation Response and Resiliency Program (3RP)</i> ", che è stato ben validato per il trattamento di vari problemi clinici
Risultati	Questo piccolo studio pilota ha dimostrato una potenziale attuabilità, accettabilità e un beneficio nelle pazienti con cancro al seno post-operatorio. Sono stati riscontrati miglioramenti in alcuni parametri della qualità di vita, il che sottolinea la potenziale efficacia di SMART-3RP. Dato però il campione di dimensioni ridotte, per confermare queste ipotesi è necessario condurre uno studio randomizzato e controllato su larga scala.

Per le referenze	Linshaw, D. J., Floyd, E. G., Rosenkranz, K. M., & Stahl, J. E. (2020). Application of a mind-body tool in a rural population to improve post-operative outcomes in women with breast cancer: A pilot study. <i>Surgical Oncology</i> , 34, 63–66. https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.03.007
-------------------------	--

<u>Studio 7</u>	
<i>A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors</i>	
Autori	Hua-ping Huang, Mei He, Hai-yan Wang & Mengjun Zhou
Anno	2016
Disegno di ricerca	Meta-analisi/Revisione della letteratura
Scopo/obiettivo	Valutare i benefici della riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (MBSR) del disagio psicologico fra le donne con tumore al seno
Campione	Tutti gli studi comprendevano partecipanti con i seguenti criteri di inclusione: <ul style="list-style-type: none"> - Donne con diagnosi di tumore al seno - Intervento: MBSR - Risultati: Qualità di vita e domini psicologici (depressione, ansia e stress) - Disegno di ricerca: RCT
Interventi	MBSR
Risultati	I risultati di questa meta-analisi mostrano un effetto positivo di MBSR nella diminuzione dell'ansia, della depressione e dello stress e nel miglioramento della qualità di vita complessiva tra i sopravvissuti al cancro al seno
Per le referenze	Huang, H., He, M., Wang, H., & Zhou, M. (2016). A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. <i>Breast Cancer</i> , 23(4), 568–576. https://doi.org/10.1007/s12282-015-0604-0

<u>Studio 8</u>	
<i>Effect of Relaxation Technique in Combination with Yoga on Quality of Life in Women after Radical Mastectomy</i>	
Autori	Dighe Neha & Sagar Javid H.
Anno	2017
Disegno di ricerca	Studio sperimentale
Scopo/obiettivo	Individuare l'efficacia della combinazione delle tecniche di rilassamento con lo yoga per migliorare la qualità di vita delle donne con tumore al seno sottoposte a mastectomia radicale
Campione	Sono stati selezionati 30 soggetti con diagnosi di depressione dopo mastectomia radicale, di sesso femminile e di età compresa tra i 35 e i 65 anni. Sono state escluse dallo studio pazienti in consultazione psicologica regolare dopo la mastectomia
Interventi	Suddivisione del campione in tre sottogruppi con metodo di campionamento selettivo. Al gruppo A è stato somministrato un intervento di training di rilassamento; al gruppo B è stato somministrato un intervento di yoga di 30 minuti; al gruppo C è stato somministrato un intervento che comprendeva il training di rilassamento in combinazione con un programma di yoga
Risultati	Le tecniche di rilassamento in combinazione allo yoga sono associate ad un maggiore miglioramento sulla qualità di vita. Anche i due interventi separati hanno rilevato un miglioramento statisticamente significativo nella qualità di vita
Per le referenze	Dighe, N., & Sagar, J. H. (2017). Effect of Relaxation Technique in Combination with Yoga on Quality of Life in Women after Radical Mastectomy. <i>Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy</i> , 11(3), 127–131. https://doi.org/10.5958/0973-5674.2017.00088.0

<u>Studio 9</u>	
The effects of relaxation on reducing depression, anxiety and stress in women who underwent mastectomy for breast cancer	
Autori	Kashani Fahimeh, Babae Sima, Bahrami Masoud & Valiani Mahboobeh

Anno	2012
Disegno di ricerca	Studio clinico randomizzato
Scopo/obiettivo	Valutare l'effetto del rilassamento sulla depressione, ansia e stress in donne sottoposte a mastectomia per cancro al seno
Campione	I partecipanti erano 48 pazienti, con un età tra i 23-63 anni, affetti da tumore al seno, senza un ritardo mentale o deficit visivi e auditivi, senza aver subito eventi stressanti nei 6 mesi precedenti e senza aver fatto uso di psicofarmaci nella settimana precedente allo studio
Interventi	Sono state assegnate in modo casuale in due gruppi: gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Il gruppo di controllo è stato trattato solo con la consueta terapia medica, mentre il gruppo sperimentale è stato trattato con una terapia combinata medico-rilassante
Risultati	La terapia di rilassamento può essere efficace nel miglioramento della depressione, dell'ansia e dello stress. Pertanto, può essere raccomandata come programma di cura nei pazienti con patologie maligne
Per le referenze	Kashani, F., Babae, S., Bahrami, M., & Valiani, M. (2012). The effects of relaxation on reducing depression, anxiety and stress in women who underwent mastectomy for breast cancer. <i>Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research</i> , 17(1), 30–33.

Studio 10

Improving Psychosocial Functioning in Mastectomized Women Through a Mindfulness-Based Program: Flow Meditation.

Autori	Franco Clemente, Amutio Alberto, Manas Israel, Sánchez-Sánchez Laura C. & Mateos-Perez Estibaliz
Anno	2019
Disegno di ricerca	Studio clinico randomizzato
Scopo/obiettivo	Analizzare l'influenza della meditazione flow su un'ampia gamma di variabili psicosociali (fra cui evitamento sociale, ansia sociale, tensione, depressione, rabbia, vigore, fatica, resilienza e autostima)

Campione	36 donne con un età compresa tra i 18-70 anni, affette da tumore al seno e sottoposte a mastectomia, senza nessuna frequentazione di corsi di mindfulness
Interventi	Assegnazione casuale dei pazienti in due gruppi. Il gruppo sperimentale ha ricevuto un programma di formazione in mindfulness, chiamato flow meditation, con sessioni di gruppo settimanali di 2 ore per un periodo di 7 settimane. Il gruppo di controllo invece non ricevuto nessun intervento
Risultati	Lo studio ha dimostrato che il programma di meditazione di flusso, una SG-MBI, è efficace nel ridurre un'ampia varietà di sintomi associati al tumore al seno in donne mastectomizzate, tra cui depressione, evitamento sociale, ansia sociale, tensione ed evitamento esperienziale, oltre ad aumentare la resilienza e l'autostima, migliorando così il funzionamento psicosociale.
Per le referenze	Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Sánchez-Sánchez, L., & Mateos-Pérez, E. (2019). Improving Psychosocial Functioning in Mastectomized Women Through a Mindfulness-Based Program: Flow Meditation. <i>International Journal of Stress Management</i> , 27. https://doi.org/10.1037/str0000120

Studio 11

Assessing the Impact of Acupuncture on Pain, Nausea, Anxiety, and Coping in Women Undergoing a Mastectomy

Autori	Quinlan-Woodward Jessica, Autumn Gode, Jeffery A. Dusek, Adam S. Reinstein, Jill R. Johnson & Sue Sendelbach
Anno	2016
Disegno di ricerca	Studio clinico randomizzato
Scopo/obiettivo	Valutare l'effetto dell'agopuntura (rispetto alle cure tradizionali di base) in relazione al dolore, l'ansia, la nausea e le strategie di coping nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia
Campione	30 donne ricoverate con tumore al seno che dovevano sottoporsi a mastectomia (mastectomia semplice unilaterale, mastectomia semplice bilaterale, mastectomia semplice estesa unilaterale o mastectomia

	semplice estesa bilaterale), di età pari o superiore a 18 anni e disposte a rinunciare ad altre terapie integrative. I criteri di esclusione comprendevano le donne che non parlavano inglese, che erano in stato di gravidanza o che si stavano sottoponendo a un intervento di ooforectomia, o intervento chirurgico del muscolo retto trasverso o del latissimus dorsi
Interventi	Assegnazione casuale dei pazienti in due gruppi: il gruppo d'intervento (agopuntura) e il gruppo di controllo
Risultati	La somministrazione dell'agopuntura nel post-operatorio, in aggiunta alle cure abituali, ha portato a una diminuzione del dolore, della nausea e dell'ansia, oltre che a una maggiore capacità di affrontare la situazione nella donna
Per le referenze	Quinlan-Woodward, J., Gode, A., Dusek, J. A., Reinstein, A. S., Johnson, J. R., & Sendelbach, S. (2016). Assessing the Impact of Acupuncture on Pain, Nausea, Anxiety, and Coping in Women Undergoing a Mastectomy. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 43(6), 725–732. https://doi.org/10.1188/16.ONF.725-732

4.2 Descrizione

4.2.1 Studio 1

Il primo studio che ho riportato nella tabella riassuntiva è uno studio clinico randomizzato (RCT) (Li et al., 2011). Gli autori di questo RCT si sono posti come obiettivo quello di esaminare gli effetti della musicoterapia sullo stato d'ansia nelle donne affette da tumore al seno dopo intervento di mastectomia radicale (Li et al., 2011). Per fare questo, è stato reclutato un campione di 120 donne ricoverate presso l'Ospedale oncologico di Xian, in Cina, che avevano un'età compresa tra i 25-65 anni e con una diagnosi di tumore al seno che richiedeva un intervento chirurgico di mastectomia radicale (compresa anche la mastectomia radicale modificata e la mastectomia radicale estesa) (Li et al., 2011). Successivamente, il campione è stato suddiviso in maniera casuale in due gruppi: un gruppo sperimentale ed un gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale ha ottenuto inizialmente un'introduzione al nome e al tipo di musica memorizzata all'interno del lettore MP3 e, successivamente, ogni paziente ha potuto scegliere la musica che preferiva ascoltare. La scelta musicale è stata creata dai ricercatori e dagli esperti sulla base degli effetti dei diversi generi musicali (Li et al., 2011). Sono stati selezionati 202 brani, dalla musica popolare classica cinese, alla famosa musica mondiale e la musica di rilassamento cinese. La musicoterapia è stata praticata due volte al giorno per una durata di 30 minuti a sessione (una volta al mattino e una volta alla sera), a partire dal primo giorno dopo la mastectomia fino all'ammissione in ospedale per il terzo ciclo di chemioterapia. Oltre all'intervento di musicoterapia, hanno ricevuto anche le cure di base dell'assistenza infermieristica, come per il gruppo di controllo (Li et al., 2011).

Per quanto riguarda invece il gruppo di controllo, le pazienti non hanno ricevuto nessuna informazione né intervento inerente la musicoterapia, ma si sono limitati ad ottenere unicamente l'assistenza infermieristica di base, ovvero tutta l'assistenza infermieristica perioperatoria (Li et al., 2011).

Il livello di ansia è stato quantificato usando lo *State Anxiety Inventory (SAI)*, una scala di autovalutazione basata su quattro punti (1 = per nulla, 4 = moltissimo) nel quale il paziente valuta se determinate affermazioni si addicono al proprio comportamento (Li et al., 2011). Più il punteggio è elevato, maggiore è il livello di ansia. Per contestualizzare i risultati, ogni paziente (sia del gruppo sperimentale che del gruppo di controllo) ha completato un questionario anagrafico (età, occupazione, livello di educazione, salario, stato civile, età della diagnosi di tumore al seno).

Entrambi i gruppi hanno completato il questionario e il pre-test del SAI prima della mastectomia radicale. I SAI post-test sono stati condotti il giorno prima della dimissione, e alla seconda rispettivamente terza volta di ammissione in ospedale per il ciclo di chemioterapia (Li et al., 2011).

Il punteggio medio dello stato di ansia nei pre-test (eseguito il giorno prima della mastectomia) è di 51,97 nel gruppo sperimentale e 52,02 nel gruppo di controllo. Per quanto riguarda lo stato di ansia nei due gruppi prima dell'intervento di mastectomia non si osserva nessuna differenza statisticamente significativa ($P > 0,05$) (Li et al., 2011).

Da questi valori del pre-test è emerso che la maggior parte delle pazienti aveva un livello di ansia da moderato a grave (Li et al., 2011).

Le statistiche riassuntive inerenti allo stato d'ansia nel post-test (dunque dopo l'intervento di mastectomia e dopo l'inizio della musicoterapia) evidenziano come i punteggi medi dello stato d'ansia nel gruppo sperimentale sono significativamente inferiori rispetto a quelli del gruppo di controllo (Li et al., 2011). Il gruppo sperimentale ha un punteggio medio di 37,77 nel primo post-test, rispettivamente 34,39 e 30,87 nel secondo rispettivamente terzo post-test. A sua volta il gruppo di controllo ha valori medi di 42,35 nel primo post-test, e 43,10 e 40,35 nel secondo rispettivamente terzo post-test. Si osserva una differenza statisticamente significativa fra i due gruppi ($P < 0,0001$) (Li et al., 2011).

Questi risultati mostrano come la musicoterapia possa ridurre il punteggio dello stato d'ansia nelle donne sottoposte ad intervento di mastectomia.

4.2.2 Studio 2

Si tratta di uno studio clinico randomizzato, il cui scopo è quello di esaminare gli effetti della musicoterapia e del training di rilassamento muscolare progressivo sulla depressione, l'ansia e la durata della degenza ospedaliera nelle pazienti con tumore al seno dopo intervento di mastectomia radicale (Zhou et al., 2015). È stato quindi reclutato un campione di 170 pazienti, con un'età compresa tra i 25-65 anni, ricoverate nel reparto di chirurgia mammaria presso il centro oncologico dell'ospedale generale annesso alla Xi'an Jiaotong University, in Cina. Le pazienti sono state assegnate in modo casuale a due gruppi: il gruppo di intervento e il gruppo di controllo (Zhou et al., 2015). Per quanto riguarda il gruppo di intervento, oltre all'assistenza infermieristica di base, le pazienti hanno ricevuto un intervento di musicoterapia e di training di rilassamento muscolare progressivo (Zhou et al., 2015). La musicoterapia è stata effettuata entro 48 ore dopo

l'intervento di mastectomia tramite un lettore MP3 contenente 230 brani. I pazienti hanno potuto selezionare la musica che preferivano, e l'hanno ascoltata 2 volte al giorno (una alla mattina presto fra le 6 e le 8 e una alla sera fra le 21 e le 23), per una durata di 30 minuti per sessione fino alla dimissione (Zhou et al., 2015).

Il training di rilassamento muscolare è una tecnica che consiste nell'allungamento e il rilassamento continuo dei muscoli, fino a raggiungere un rilassamento dell'intero corpo (Zhou et al., 2015). Le pazienti, dal secondo giorno dopo l'intervento, sono state istruite su come eseguire la contrazione ed il rispettivo rilassamento di 16 muscoli. Il training di rilassamento muscolare è stato effettuato 2 volte al giorno, una sessione al mattino dalle 6 alle 8 e una alla sera dalle 21 alle 23, per una durata di 30 minuti per sessione fino alla dimissione (Zhou et al., 2015). Le pazienti sono state quindi incoraggiate a praticare contemporaneamente il rilassamento muscolare e l'ascolto della musica (Zhou et al., 2015).

Le donne nel gruppo di controllo hanno ricevuto l'assistenza infermieristica di routine che comprendeva l'osservazione dei parametri vitali, l'assistenza al sito chirurgico, l'assistenza e la gestione del drenaggio, l'esercizio/riabilitazione funzionale del lato chirurgico e l'osservazione e la prevenzione delle complicanze post operatorie (Zhou et al., 2015).

I sintomi della depressione sono stati investigati usando la scala ZSDS (*Zung self-rating depression scale*). Si tratta di una scala per l'autovalutazione della depressione composta da 20 domande, ognuna associata a 4 punti. La somma delle 20 domande genera un punteggio compreso fra 20 e 80, nel quale punteggi elevati indicano livelli più marcati di depressione (Zhou et al., 2015). Lo stato di ansia è stato indagato con la scala SAI (Zhou et al., 2015).

Il giorno prima della mastectomia sono stati eseguiti i pre-test, mentre i post test sono stati eseguiti il giorno prima della dimissione dall'ospedale (Zhou et al., 2015).

Per quanto riguarda la depressione, il gruppo di intervento ha un punteggio medio del pre-test di 37,47 e un punteggio nel post-test di 30,21. Il gruppo di controllo ha un punteggio pre-test di 38,01 e un punteggio post test di 33,40 (Zhou et al., 2015). Riguardo lo stato d'ansia, il gruppo di intervento ha un punteggio medio nel pre-test di 50,97 e 34,01 nel post-test. Il gruppo di controllo ha un punteggio medio pre-test di 54,02 e di 43,35 nel post-test (Zhou et al., 2015)..

Per quanto riguarda la durata di degenza ospedaliera, il gruppo di intervento ha una durata media di 12,56 giorni, mentre il gruppo di controllo 17,01 giorni.

Il gruppo di intervento mostra una differenza statisticamente significativa rispetto al gruppo di controllo per quanto riguarda lo stato d'ansia, la depressione e la durata di degenza ospedaliera (Zhou et al., 2015)..

Entrambi i gruppi mostrano punteggi più bassi di depressione e ansia nel post test rispetto al pre-test, dimostrando che la depressione e l'ansia si attenuano nel tempo dopo la mastectomia radicale. Quindi il tempo è un fattore di influenza per quanto riguarda lo stato di ansia e depressione (Zhou et al., 2015). Le pazienti nel gruppo di intervento mostrano maggiori miglioramenti legati alla depressione e l'ansia, così come un tempo di degenza minore, dimostrando che gli interventi di musicoterapia e di rilassamento muscolare associati alle cure di assistenza infermieristica di base hanno effetti significativi, rispetto alla pura ed unica assistenza infermieristica di routine (Zhou et al., 2015).

4.2.3 Studio 3

Lo scopo di questo studio è quello di evidenziare gli effetti della musicoterapia sulla depressione e sulla durata della degenza nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia radicale (Zhou et al., 2011). Il campione è costituito da pazienti di sesso femminile ricoverate presso un centro oncologico in Cina, di età compresa fra i 25-65 anni, affette da tumore al seno che dovevano essere sottoposte ad intervento chirurgico di mastectomia radicale. Il campione di 120 donne è stato suddiviso in modo casuale in due gruppi: un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo (Zhou et al., 2011). Ai soggetti del gruppo sperimentale è stata fornita una presentazione del nome e del tipo di musica presente nel MP3. I pazienti del gruppo sperimentale hanno scelto la musica preferita, controllando il volume della musica e ascoltandola tramite le apposite cuffiette (Zhou et al., 2011). L'ascolto della musica è avvenuto 2 volte al giorno (al mattino presto e alla sera) per una durata di 30 minuti a sessione (Zhou et al., 2011). Il gruppo di controllo non ha ricevuto nessuna informazione in merito alla musicoterapia e hanno ricevuto le cure infermieristiche di base (Zhou et al., 2011).

I questionari utilizzati in questo studio sono il questionario generale anagrafico (per raccogliere i dati anagrafici dei pazienti, in modo da contestualizzare i singoli risultati) e la versione cinese del ZSDS (per valutare la sintomatologia depressiva)(Zhou et al., 2011). Entrambi i gruppi sono stati sottoposti ad un pre-test (il giorno prima della mastectomia) e 3 post-test (il giorno prima della dimissione, rispettivamente al primo e secondo ciclo di chemioterapia)(Zhou et al., 2011).

Tra tutti i soggetti prima della mastectomia radicale (sia gruppo sperimentale che gruppo controllo) il punteggio medio nello score di depressione era di 37,19. Fra loro 36 pazienti (il 30% di tutti i pazienti integrati nello studio) soffrivano di sintomi depressivi (di cui 26 con depressione leggera, 9 moderata e 1 paziente depressione severa). La differenza fra i due gruppi nel pre-test non è statisticamente significativa ($P > 0,05$)(Zhou et al., 2011).

Per quanto riguarda i risultati dei 3 post test, il gruppo sperimentale ha un punteggio medio di 32,20 nel primo post-test, e di 30 e 25,67 nel secondo rispettivamente terzo test. Il gruppo di controllo ha invece un punteggio medio di 35,76 nel primo post-test, e di 35,50 e 32,15 nel secondo rispettivamente terzo test (Zhou et al., 2011).

I risultati dello studio indicano che i punteggi di depressione post-test del gruppo sperimentale sono tutti inferiori a quelli del gruppo di controllo con differenze statisticamente significative ($P < 0,001$). Per quanto riguarda la durata della degenza ospedaliera dopo la mastectomia radicale, possiamo dire che la degenza dei soggetti del gruppo sperimentale è stata minore rispetto a quella dei soggetti del gruppo di controllo (Zhou et al., 2011).

La musicoterapia ha dunque un'influenza positiva nella diminuzione della depressione così come sulla durata della degenza ospedaliera.

4.2.4 Studio 4

Questo RCT è stato eseguito su un campione di 30 donne tra i 40-70 anni, con diagnosi di tumore al seno (sottoposte a mastectomia), assegnato in modo casuale a due gruppi: gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Lo scopo di questo studio è quello di valutare

l'effetto di un intervento musicale perioperatorio sulla pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ansia e dolore.

Le donne del gruppo sperimentale/intervento hanno ascoltato la musica per tutto il periodo perioperatorio (preoperatorio, intraoperatorio e postoperatorio), mentre le donne del gruppo di controllo hanno ricevuto unicamente le cure standard di base senza l'intervento musicale (Binns-Turner et al., 2011). Le donne del gruppo di controllo indossavano anche loro le cuffiette della musica come le donne del gruppo sperimentale, ma senza riproduzione musicale. Questo è stato fatto per ridurre le distorsioni che si sarebbero potute presentare se il personale addetto all'anestesia e alla chirurgia fosse stato a conoscenza dell'assegnazione al gruppo di trattamento della donna (Binns-Turner et al., 2011).

L'ansia è stata misurata utilizzando la Spielberger State Anxiety Scale (SAI) a 20 elementi di valutazione. Il dolore è stato investigato tramite la Scala Analogica Visiva (VAS), caratterizzata da "nessun dolore" a 0 mm e il "peggiore dolore mai provato" a 100 mm. I dati sono stati raccolti in area prechirurgica (T1) e in sala risveglio in seguito all'operatorio (T2) (Binns-Turner et al., 2011).

Per quanto riguarda i risultati dello stato d'ansia, le donne del gruppo sperimentale hanno registrato un calo significativamente maggiore del livello di ansia dal Test 1 al Test 2 rispetto alle donne del gruppo di controllo ($P < 0.001$). Il punteggio d'ansia post operatorio per il gruppo di controllo invece è aumentato in media di 7.7, mentre il punteggio dell'ansia per il gruppo con intervento musicale è diminuito di 10.8 in media (Binns-Turner et al., 2011).

La pressione arteriosa media nel gruppo sperimentale è diminuita in media di 15,1 mmHg (fra T1 e T2), mentre nel gruppo di controllo è aumentata di 4,5 mmHg (Binns-Turner et al., 2011).

La frequenza cardiaca nel gruppo sperimentale è aumentata in media di 2/min, mentre nel gruppo di controllo è aumentata di 6,8 mmHg. Ma dato che il valore di P nel test statistico è pari a 0,248 questa differenza non è considerata statisticamente significativa. Infine le donne del gruppo di intervento hanno un minore livello di dolore post operatorio rispetto alle donne appartenenti al gruppo di controllo. Il gruppo di intervento ha dimostrato un aumento del dolore inferiore del 41,4% rispetto al gruppo di controllo. Interessante notare che in entrambi i gruppi la dose di morfina post-operatoria era la stessa (Binns-Turner et al., 2011).

I risultati dello studio evidenziano che i livelli di ipertensione arteriosa, ansia e dolore sono stati significativamente ridotti o migliorati dopo l'intervento di musicoterapia nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo (Binns-Turner et al., 2011). Le donne del gruppo d'intervento hanno riportato livelli di frequenza cardiaca più bassa dopo l'intervento, ma la differenza non era statisticamente significativa ($P = 0,248$) (Binns-Turner et al., 2011).

4.2.5 Studio 5

Si tratta di uno studio condotto presso il Mayo Clinic Hospital in Minnesota dove l'obiettivo primario era quello di determinare l'attuabilità di offrire un intervento di agopuntura all'interno dell'ambiente ospedaliero per le donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia e/o ricostruzione del seno. Inoltre, l'obiettivo della terapia era

anche quello di valutarne la sua efficacia in senso di riduzione dello stress, dell'ansia e del dolore utilizzando una scala analogica visiva (SAV) (Mallory et al., 2015). Il campione era composto da 20 persone con un'età superiore ai 18 anni in fase di mastectomia e/o ricostruzione per tumore al seno. Ogni partecipante ha ricevuto trattamenti di agopuntura individuali concentrati e finalizzati su sintomi specifici, a partire dal primo giorno post-operatorio fino al giorno della dimissione. La selezione dei punti di agopuntura è stata basata sulla teoria dei meridiani della medicina tradizionale cinese (Mallory et al., 2015).

Prima dell'intervento di agopuntura ogni paziente doveva quantificare il dolore mediante la scala VAS e rispondere ad una domanda riguardo al suo stato di soddisfazione. Dopo l'intervento il partecipante quantificava nuovamente il dolore con la scala VAS e rispondeva alla domanda sul grado di soddisfazione.

Nella scala VAS ogni partecipante valutava il dolore, lo stato di rilassamento, l'ansia e la tensione/sconforto muscolare su una scala da 0-10 (0 = nessun dolore, 10 = il peggior dolore/sconforto mai provato). La domanda di soddisfazione era composta da una singola domanda che veniva posta in due momenti distinti a seconda che il partecipante stesse aspettando o aveva appena ricevuto l'intervento di agopuntura. Se il paziente era in attesa di ricevere il suo intervento di agopuntura la domanda era "credi che sarai soddisfatto dell'efficacia dell'agopuntura?" (Mallory et al., 2015). Se il paziente invece aveva già terminato la sua seduta di agopuntura la domanda era la seguente: "Quanto sei soddisfatto dell'efficacia del trattamento?" (Mallory et al., 2015).

Per valutare l'attuabilità dell'agopuntura in contesto ospedaliero, ogni paziente prima di lasciare l'ospedale compilava un questionario WIWI (Was-it-Worth-it). In questo modo il partecipante poteva dare il suo feedback sulla sua partecipazione allo studio e all'intervento di agopuntura (Mallory et al., 2015).

I risultati mostrano che il 90% dei partecipanti ritiene che l'agopuntura sia stato un intervento per cui ne è valsa la pena e il 5% avrebbe voluto partecipare nuovamente. Il 70% riteneva la sua esperienza migliore del previsto. Vi è stata una differenza significativa tra i risultati sui livelli di ansia, tensione/disagio muscolare e dolore nel pre e post agopuntura (Mallory et al., 2015). Per questo i risultati di questo studio suggeriscono che l'agopuntura post mastectomia e/o ricostruzione del seno è possibile in un contesto postoperatorio e ospedaliero, e si rileva utile anche nella riduzione dell'ansia e del dolore post operatorio (Mallory et al., 2015).

4.2.6 Studio 6

Questo studio pilota è stato creato per valutare l'attuabilità, l'accettabilità e l'efficacia della gestione dei sintomi legati allo stress mediante un programma basato sulla mindfulness (Linshaw et al., 2020). Le pazienti sono state invitate a partecipare dopo un intervento chirurgico di lumpectomia o mastectomia con/senza ricostruzione. I criteri di inclusione includevano un'età superiore ai 18 anni, l'intervento chirurgico per tumore al seno nei 12 mesi precedenti, una buona conoscenza della lingua inglese e la capacità mentale di partecipare in modo efficace.

L'intervento consisteva in un corso SMART-3RP (Stress Management and Resiliency Training – Relaxation Response and Resilience Program) con lo scopo di insegnare al partecipante come ottenere una risposta di rilassamento. Al partecipante è stato fornito

un manuale con incarichi settimanali basati sull'argomento settimanale volti ad aiutare il paziente a suscitare la sua risposta di rilassamento (Linshaw et al., 2020).

La durata del corso era di 8 settimane, con sessioni di circa 2 ore una volta alla settimana. Ogni partecipante ha compilato tre sondaggi, sia prima dell'inizio del corso che alla fine del corso. Il primo sondaggio, PROMIS-29 Profile, comprendeva degli item quali la funzione fisica, l'ansia, la depressione, la stanchezza, i disturbi del sonno, la capacità di partecipare a ruoli e attività sociali, l'interferenza e l'intensità del dolore. Il secondo sondaggio, PROMIS v1.1 comprendeva domande sulla frequenza di stati d'ansia, depressione ed irritabilità, e il terzo questionario (Mindfulness Attention Awareness Scale) era composto da 15 domande sulla capacità di attenzione/concentrazione del partecipante in diverse attività.

L'intervento è stato considerato completo se comprendeva la partecipazione ad almeno 6 delle 8 lezioni, il completamento dei compiti settimanali e la conclusione dei sondaggi pre e post intervento (Linshaw et al., 2020).

Tutti i partecipanti sono stati soddisfatti dell'intervento e hanno dichiarato che avrebbero consigliato il corso ad un loro amico. La funzione fisica, la partecipazione sociale e il dolore non hanno mostrato cambiamenti prima e dopo l'intervento, mentre l'ansia, la depressione, la fatica e i disturbi del sonno hanno mostrato miglioramenti. Per questo si può dire che l'intervento SMART-3RP è altamente accettabile per le sopravvissute di tumore al seno dopo intervento di mastectomia o lumpectomia (Linshaw et al., 2020). È importante precisare però, che dato il campione di partecipanti ridotto i risultati dello studio non sono statisticamente significativi, per questo è sicuramente importante in un futuro indagare ulteriormente su come integrare interventi di mindfulness nella gestione perioperatoria su un campione di dimensioni maggiori (Linshaw et al., 2020).

4.2.7 Studio 7

Lo scopo di questa meta-analisi è quello di valutare se un intervento di MBSR (mindfulness-based stress reduction) è efficace nel miglioramento delle funzioni psicologiche e la qualità di vita fra i pazienti con tumore al seno. La MBSR è un programma di psico-educazione strutturato di 8 settimane che consiste nella meditazione seduta, meditazione in piedi, pratiche di yoga e corpo (Huang et al., 2016).

Tutti gli studi analizzati in questa meta-analisi comprendevano donne con diagnosi di tumore al seno, sottoposte ad intervento di MBSR. I risultati dovevano essere correlati alla qualità di vita della donna ed ai suoi domini psicologici (quali depressione, ansia e stress) (Huang et al., 2016). Dei 9 studi inclusi, 3 sono stati condotti negli USA, uno nel Regno Unito, 3 in Canada, uno in Thailandia e uno in Danimarca. Le dimensioni dei campioni erano dai 13 ai 336 individui e tutti utilizzavano un programma standard di MBSR della durata di 8 settimane, tranne uno studio che ha utilizzato una formula di 6 settimane (Huang et al., 2016).

Di questi 9 studi, 6 studi mettono in relazione la MBSR con la depressione, concludendo una differenza significativa sui livelli di depressione fra il gruppo di controllo (senza MBSR) e il gruppo sperimentale (con MBSR).

Quattro studi descrivono il livello di ansia in relazione alla MBSR, e anche in questo caso la differenza fra i due gruppi è statisticamente significativa. Gli studi che analizzano lo stress sono 6, e anche in questo caso la differenza fra i due gruppi è significativa.

I risultati di questo studio confermano l'evidenza che la MBSR può migliorare significativamente i domini psicologici come l'ansia, la depressione e lo stress, così come migliorare la qualità di vita. Secondo i ricercatori questo approccio dovrebbe essere raccomandato ai pazienti con diagnosi di tumore al seno, all'interno del programma di riabilitazione, per permettere di migliorare la qualità di vita dei pazienti. Proprio per questo, i ricercatori suggeriscono che potrebbe essere utile promuovere la MBSR utilizzando le istruzioni su un CD/DVD o un sito Web per i pazienti con uno stadio avanzato di tumore al seno che impedisce loro di frequentare i corsi in presenza (Huang et al., 2016).

4.2.8 Studio 8

Lo scopo di questo studio è quello di analizzare l'efficacia dell'utilizzo di una tecnica di rilassamento in combinazione con lo yoga per migliorare la qualità di vita nelle donne con tumore al seno dopo intervento di mastectomia radicale (Dighe & Sagar, 2017). Per l'esecuzione di questo studio sono state selezionate 30 donne con un'età compresa tra i 35-65 anni e con una diagnosi di depressione dopo intervento di mastectomia radicale e con tumori sia benigni che maligni (Dighe & Sagar, 2017). Questi 30 soggetti sono stati a loro volta suddivisi in 3 sottogruppi con un metodo di campionamento selettivo:

- Gruppo A: è stato somministrato un training di rilassamento
- Gruppo B: è stato somministrato un programma di yoga di 30 minuti
- Gruppo C: è stato somministrato un training di rilassamento in combinazione con un programma di yoga

Gli strumenti di misura dell'esito che sono stati utilizzati sono il punteggio HADS, una scala self-report di 14 item che fornisce punteggi sulla dimensione dell'ansia e della depressione (7 item dell'ansia e 7 item della depressione), così come un punteggio della qualità di vita (in questo caso la FACT-B per il tumore al seno, che comprende questionari per il benessere fisico, emotivo, sociale e funzionale). Ogni item del punteggio HADS è valutato in una scala da 0 (= per niente) a 3 (= la maggior parte del tempo), e un punteggio > 8 (su un totale di 21) è indice di sintomi considerevoli per l'ansia rispettivamente la depressione. Per quanto riguarda la scala FACT-B, ogni domanda è valutata da 0 (= nessun sintomo) a 10 (= fortemente sintomatico).

Il punteggio HADS e il punteggio della qualità di vita sono stati rilevati prima dell'inizio dell'intervento, e 4 settimane dopo l'inizio dell'intervento. La durata dell'intervento è stata di 4 settimane (Dighe & Sagar, 2017).

Grazie a questo studio è emerso che i soggetti con l'effetto combinato fra la tecnica di rilassamento e lo yoga hanno ottenuto un miglior benessere da un punto di vista clinico e statistico migliorando i punteggi di HADS e della qualità di vita. È importante dire che anche i soggetti del gruppo A e B, ovvero che hanno eseguito gli interventi singolarmente hanno ottenuto dei miglioramenti statisticamente significativi (Dighe & Sagar, 2017).

4.2.9 Studio 9

L'obiettivo di questo studio è stato quello di rilevare e determinare l'effetto delle tecniche di rilassamento sulla depressione, ansia e stress nelle donne sottoposte a mastectomia per tumore al seno (Kashani et al., 2012). Questo studio è stato condotto per un periodo

di 4 mesi e mezzo in una clinica in Iran. Le partecipanti erano 48 donne affette da tumore al seno, con un età compresa tra i 23-63 anni, i cui i criteri di esclusione erano la presenza di un ritardo mentale, cecità o sordità, eventi stressanti nei 6 mesi precedenti e uso di psicofarmaci nella settimana precedente allo studio. Tutti i partecipanti avevano subito un intervento di mastectomia da 1 a 6 mesi prima dell'inizio dello studio, e nel momento dello studio erano sotto terapia chemioterapica e ormonale (Kashani et al., 2012).

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario diviso in due parti: la prima sezione riguardava le informazioni demografiche mentre la seconda parte era la Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) composta da 42 domande (DASS42) (Kashani et al., 2012). In seguito, i partecipanti sono stati informati sul protocollo e sugli obiettivi di ricerca per poi essere divisi, in modo casuale, in due gruppi: gruppo controllo e gruppo sperimentale. Il gruppo di controllo è stato trattato con una terapia medica semplice, mentre il gruppo sperimentale è stato trattato con una terapia combinata medico-rilassante (Kashani et al., 2012). Quest'ultimo gruppo è stato addestrato attraverso 7 fasi:

- Identificazione dei muscoli e dei gruppi muscolari bersaglio
- Formazione sull'attuazione delle tecniche e delle procedure
- Risposta alle domande da parte dei partecipanti in merito alle tecniche di rilassamento
- Riproduzione del CD su cui è stata registrata la tecnica da parte del ricercatore
- Esecuzione della tecnica sui pazienti da parte del professionista
- Espressione delle differenze nelle sensazioni fisiche e psicologiche dopo l'esecuzione delle tecniche
- Esecuzione delle tecniche da parte dei soggetti sotto la supervisione del ricercatore

Il gruppo sperimentale ha partecipato a 2 sessioni di rilassamento a settimana, della durata di 20 minuti per 4 settimane (Kashani et al., 2012). Durante le sessioni i pazienti erano in posizione supina o sul petto, con gli occhi chiusi. Respiravano attraverso il naso ed erano consapevoli del loro respiro. Espiravano lentamente attraverso la bocca, ripetendo la parola "uno". Nello stesso tempo contraevano e rilassavano ogni gruppo muscolare dell'addome per 6-12 secondi. Infine, con una respirazione profonda e regolare osservavano l'immagine di una spiaggia, un villaggio o un giardino, rilassandosi in cerca di conforto (Kashani et al., 2012).

I punteggi iniziali di depressione, ansia e stress non erano significativamente diversi fra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo.

Nel gruppo sperimentale, prima dell'intervento, il 41.66% dei partecipanti provava depressione, il 29.2% ansia e il 33.3% stress. I rispettivi valori sono passati a 16.66% per la depressione, 12.5% per l'ansia e 12.5% per lo stress dopo l'intervento (Kashani et al., 2012). Per quanto riguarda invece il gruppo di controllo, non vi sono state differenze significative nei punteggi medi di depressione, ansia e stress prima e dopo l'intervento (Kashani et al., 2012).

Dai risultati dello studio si osserva un miglioramento significativo nel gruppo sperimentale dopo l'intervento, ciò che al contrario non è stato rilevato nel gruppo di controllo.

Le tecniche di rilassamento hanno dunque un effetto positivo sullo stato psicologico delle pazienti con tumore al seno, e secondo gli autori queste tecniche sono un metodo semplice ed efficace che ogni paziente che soffre di depressione, ansia e stress può effettuare (sia a casa che nei centri di cura). Tuttavia, visto il campione ridotto di

partecipanti nello studio, i ricercatori suggeriscono la necessità di ulteriori studi con campioni più grandi, e su periodi temporali più lunghi. (Kashani et al., 2012)

4.2.10 Studio 10

Lo scopo di questo RCT è quello di analizzare l'influenza della meditazione flow su un'ampia gamma di variabili psicosociali (tra cui evitamento, ansia sociale, tensione, depressione, rabbia, vigore, fatica, resilienza e autostima)(Franco et al., 2019). I criteri di inclusione allo studio erano una diagnosi di tumore al seno, intervento di mastectomia, età compresa tra i 18-70 anni e nessuna frequentazione di corsi di mindfulness (Franco et al., 2019). In totale sono state reclutate 36 donne e assegnate in modo casuale a due gruppi: il gruppo sperimentale (19 donne) e il gruppo di controllo (17 donne) (Franco et al., 2019). A tutti i partecipanti è stato consegnato un questionario da compilare individualmente. Successivamente al gruppo sperimentale è stato somministrato un programma di formazione di mindfulness chiamato flow meditation con sessioni di gruppo settimanali di 2 ore per un periodo di 7 settimane. Il programma di formazione comprendeva (a) esercizi di mindfulness tratti dal programma di riduzione dello stress, (b) tecniche di mindfulness utilizzate nella terapia dell'accettazione e dell'impegno e (c) l'esposizione e il dibattito sulle metafore e sugli esercizi utilizzati nella meditazione Zen e Vipassana, che promuovono valori come l'accettazione, il perdono e la non identificazione con gli eventi mentali (Franco et al., 2019). Ogni sessione settimanale era strutturata come segue:

- Discussione e feedback sugli esercizi di meditazione mindfulness praticati durante la settimana precedente
- Scansione corporea guidata di 10 minuti
- Presentazione delle varie metafore e degli esercizi corrispondenti ad ogni sessione
- Pratica della respirazione consapevole (flow meditation) per 30 minuti

Lo scopo della flow meditation è che i partecipanti imparino a permettere ai loro pensieri di fluire, senza cercare di modificarli o interferire con essi. L'intervento non mira ad insegnare ai partecipanti a non pensare a nulla ma mira piuttosto a cercare di offrire una alternativa ai modi automatici e condizionati di reagire alle esperienze interne ed esterne (Franco et al., 2019). Dopo l'intervento c'è stata una fase di follow-up di 3 mesi, dove ai partecipanti è stato chiesto (anche durante il trattamento attivo) di praticare quotidianamente a casa esercizi di body-scan e di respirazione consapevole per 10-30 minuti (Franco et al., 2019).

I risultati confermano che dopo l'intervento di 7 settimane di flow meditation, il campione di donne mastectomizzate ha registrato miglioramenti significativi nella maggior parte delle variabili psicosociali studiate, rispetto al gruppo di controllo, dove non sono stati riscontrati cambiamenti significativi. Sono state riscontrate differenze significative tra i punteggi del post test dei due gruppi per quanto riguarda l'autostima, la depressione, l'evitamento sociale ed esperienziale, la resilienza, la tensione e l'ansia sociale (Franco et al., 2019). Tuttavia questo studio presenta delle limitazioni correlate alla dimensione ridotta del campione, l'assenza di una condizione di controllo attiva e il periodo di follow-up breve. Sarebbe pertanto utile indagare gli effetti di mantenimento per un periodo più prolungato (Franco et al., 2019).

4.2.11 Studio 11

Questo studio mira a valutare l'effetto dell'agopuntura sul dolore, nausea, ansia e strategia di *coping*. I ricercatori hanno reclutato un campione di 30 donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia, di età pari o superiore ai 18 anni. Le pazienti sono state assegnate in modo casuale al gruppo di intervento o al gruppo di controllo (Quinlan-Woodward et al., 2016). Prima di sottoporsi all'intervento chirurgico, le partecipanti di entrambi i gruppi hanno completato un'indagine demografica di base (età, razza/etnia, livello di istruzione più elevato, stato civile attuale, stato occupazionale e reddito familiare).

Le donne assegnate al gruppo di intervento hanno ricevuto un trattamento di agopuntura fino a due sedute durante il ricovero post-operatorio, a distanza di almeno 12 ore l'una dall'altra (Quinlan-Woodward et al., 2016). Le donne assegnate al gruppo di controllo sono state visitate due volte dopo l'intervento e a distanza di almeno 12 ore l'una dall'altra per raccogliere le stesse variabili.

Nel post-operatorio, il giorno dell'intervento o il giorno successivo, le donne assegnate al gruppo di intervento hanno inserito i livelli di dolore, nausea, ansia e capacità di far fronte alla situazione (tutti su una scala da 0 a 10, con punteggi più alti che indicavano più dolore, nausea e ansia, nonché una maggiore capacità di far fronte alla situazione) (Quinlan-Woodward et al., 2016). Nel gruppo di cura abituale, il coordinatore della ricerca ha chiesto ai partecipanti di inserire i punteggi relativi a dolore, nausea, ansia e capacità di sopportazione. Il coordinatore della ricerca ha poi lasciato la stanza del paziente ed è tornato in media 32 minuti dopo per raccogliere la seconda serie di punteggi (Quinlan-Woodward et al., 2016).

Le donne del gruppo di intervento hanno completato un questionario sul dolore, nausea, ansia e sul coping (ogni parametro è stato valutato in una scala da 0 a 10, dove livelli elevati suggeriscono alti livelli di dolore, ansia, nausea così come un'elevata abilità di coping). Questo è stato compilato il giorno dell'intervento chirurgico o il giorno successivo, prima e subito dopo aver ricevuto il trattamento di agopuntura.

I pazienti randomizzati nel gruppo di intervento hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi nel dolore, nella nausea, nell'ansia e nella capacità di affrontare la malattia grazie a strategie di *coping*, fra la prima visita e quella successiva all'intervento. Al contrario, i pazienti del gruppo di controllo non hanno mostrato differenze statisticamente significative tra le misurazioni precedenti e successive alle cure standard per quanto riguarda il dolore, la nausea, l'ansia o la capacità di *coping*.

Alla seconda visita, i pazienti randomizzati nel gruppo agopuntura hanno continuato a mostrare miglioramenti statisticamente significativi nel dolore e nell'ansia dal pre al post intervento. Analogamente alla visita 1, i pazienti randomizzati al gruppo di controllo non hanno mostrato differenze statisticamente significative tra le misurazioni precedenti e successive alle cure standard in nessuna delle quattro misure di esito (Quinlan-Woodward et al., 2016).

La somministrazione dell'agopuntura nel post-operatorio, in aggiunta alle cure abituali, ha portato ad una diminuzione del dolore, della nausea e dell'ansia, oltre che a una maggiore capacità di *coping* per far fronte alla situazione (Quinlan-Woodward et al., 2016).

4.3 Discussione dei risultati

Dall'analisi degli studi che ho riportato precedentemente sono emersi diversi aspetti rilevanti che comprendono i vari interventi non farmacologici di terapia complementare che avevo menzionato nella parte del quadro teorico.

4.3.1 Intervento di musicoterapia

Analizzando i diversi studi è stato possibile rilevare l'efficacia della musicoterapia sulla riduzione dell'ansia e della depressione nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia radicale. All'interno degli studi che ho analizzato, c'è un denominatore comune relativo alla metodologia adottata. Inanzitutto tutti e quattro sono studi clinici randomizzati. Dopodiché, nello studio 1, 2 e 3 sono stati proposti degli interventi, molto simili fra loro: il gruppo sperimentale riceveva un lettore MP3 contenente della musica selezionata dai ricercatori, che le pazienti potevano scegliere ed ascoltare liberamente. Inoltre l'ascolto della musica avveniva quotidianamente due volte al giorno (una volta al mattino dalle 6 alle 8 e una volta alla sera dalle 21 alle 23), per una durata di 30 minuti per sessione (Li et al., 2011; Zhou et al., 2011; Zhou et al., 2015). Nello studio 2 invece, oltre all'intervento correlato alla musica, i partecipanti hanno ricevuto anche un intervento correlato al training di rilassamento muscolare. Questo intervento combinato, come messo in luce dallo studio, permette di ridurre dapprima grazie alla musica la depressione e l'ansia mediante stimoli uditivi significativi, mentre i metodi "calmanti" permettono di alleviare sensazione spiacevoli come il dolore. Secondariamente, il rilassamento muscolare può andare a migliorare ulteriormente la depressione e l'ansia attraverso l'allungamento e il rilassamento continuo, riuscendo a passare da un rilassamento fisico ad un rilassamento di tipo mentale (Zhou et al., 2015). Inoltre, se nello studio 1 l'obiettivo era più finalizzato unicamente all'effetto della musicoterapia sull'ansia, lo studio 2 e 3 prendeva anche un altro elemento in considerazione, ovvero la durata della degenza in ospedale delle donne dopo intervento di mastectomia radicale (Zhou et al., 2015; Zhou et al., 2011). Per quanto riguarda invece lo studio 4, si è trattato principalmente il tema dell'intervento della musicoterapia nella riduzione dell'ansia, oltre che del dolore e dell'emodinamica, durante tutta la fase perioperatoria (quindi preoperatorio, intraoperatorio e postoperatorio)(Binns-Turner et al., 2011).

4.3.2 Intervento di yoga e delle tecniche di rilassamento

Lo studio 9 ha evidenziato l'effetto delle tecniche di rilassamento sulla depressione, l'ansia e lo stress nelle donne dopo la mastectomia (Kashani et al., 2012). Il suo intervento è stato finalizzato unicamente nella messa in pratica delle pratiche combinate medico-rilassanti (Kashani et al., 2012). Anche lo studio 8 ha analizzato in parte l'efficacia delle tecniche di rilassamento sull'ansia e la depressione, aggiungendo in più anche lo yoga, sia individualmente che combinato alla tecnica di rilassamento (Dighe & Sagar, 2017). Entrambi gli studi hanno evidenziato l'efficacia di queste tecniche, singole o combinate, sulla riduzione dei livelli d'ansia e di depressione (Dighe & Sagar, 2017; Kashani et al., 2012). Vi era una piccola differenza a livello di dimensione del campione, ma per quanto riguarda l'età il range era circa il medesimo (Dighe & Sagar, 2017; Kashani et al., 2012).

4.3.3 Intervento di mindfulness

Lo studio 7, una meta-analisi, ha dimostrato come un intervento di MBSR ha un'influenza positiva sui domini psicologici quali depressione, ansia e stress (Huang et al., 2016). Sempre da questo studio emerge anche l'importanza della promozione relativa alla creazione di CD/DVD o siti Web facendo sì che tutte le persone possano seguire le istruzioni per eseguire i corsi, anche a distanza (Huang et al., 2016). Lo studio 10, così come lo studio 6, ha tenuto in considerazione una vasta gamma di variabili psicosociali tra cui l'evitamento sociale, l'ansia, la depressione, la rabbia, l'autostima, ... (Linshaw et al., 2020; Franco et al., 2019). Lo studio 6 ha messo in luce dei risultati relativi al beneficio di un programma di Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), tramite la somministrazione del programma SMART-3RP, ma dato il suo numero ridotto del campione i risultati non sono significativi (Linshaw et al., 2020).

4.3.4 Intervento di agopuntura

Negli studi che ho analizzato relativi all'agopuntura si può constatare quanto sia importante l'inserimento di questa pratica all'interno degli ospedali, soprattutto nel postoperatorio dopo intervento di mastectomia nelle donne con tumore al seno. Questo lo si può vedere soprattutto nello studio 5 dove i partecipanti dello studio sono stati invitati a partecipare a dei trattamenti con l'agopuntura a partire dal primo giorno postoperatorio fino alla dimissione (Mallory et al., 2015). Oltre alla conferma dell'attuabilità di questa pratica all'interno degli ospedali, è emersa anche la sua efficacia relativa alla riduzione dell'ansia e dello stress nelle donne mastectomizzate (Mallory et al., 2015). Anche nell'altro studio relativo all'agopuntura, lo studio 11, emerge molto la componente della somministrazione dell'intervento di agopuntura nel postoperatorio, e soprattutto della sua efficacia nei confronti della riduzione dell'ansia. Inoltre, sempre in questo studio, vengono citati anche altri benefici tra cui la riduzione del dolore, della nausea e una miglior strategia di coping per far fronte alla situazione con cui la donna si ritrova confrontata (Mallory et al., 2015).

5. CONCLUSIONI

I tumori più comuni nella popolazione a livello mondiale sono quelli della mammella, del polmone, del colon-retto e della prostata (World Health Organization, 2022). In Svizzera il tumore della mammella ha costituito il 15% dei 43'500 casi di tumore tra il 2014 e il 2018 (Lega contro il cancro, 2022). Questi dati fanno riflettere su quanto questa malattia sia presente nelle donne e su quanto sia importante trovare degli interventi mirati alle donne sottoposte ad intervento di mastectomia. Come riportato nel quadro teorico le pazienti con tumore al seno sottoposte a mastectomia si trovano ad affrontare tutta una serie di ripercussioni psicologiche che ostacolano il concetto di sé, della propria identità, dell'immagine corporea, della sessualità, portandola anche a dei cambiamenti nel ruolo sociale e ad una riduzione dell'autostima (Sukartini & Sari, 2021). Questo perché comunque si tratta di un intervento dove vi è l'intera rimozione della mammella (unilaterale o bilaterale a dipendenza), e che dalla donna viene vissuto come uno *shock* comportando tutta una serie di cambiamenti e conseguenze per il loro aspetto (Martins Faria et al., 2021). Inoltre, tutti questi cambiamenti nel tempo possono portare la donna all'isolamento, ma in particolar modo a manifestare l'ansia e la depressione (Martins Faria et al., 2021). L'entità e la prevalenza di una patologia psichiatrica nei pazienti oncologici è un tema molto rilevante e soprattutto molto presente (Torta & Mussa, 1997). Inoltre, in oncologia soprattutto a seguito di interventi chirurgici invasivi e mutilanti come la mastectomia, ritroviamo uno stato d'ansia cronico che può portare la donna all'isolamento e aumentare il suo senso di solitudine e abbandono già presente a causa della sua patologia tumorale (Torta & Mussa, 1997). La depressione invece può essere causata da diversi fattori, ma nel caso dei pazienti oncologici abbiamo visto che può provenire da uno stress conseguente alla diagnosi ma anche al trattamento stesso. Non sempre però essa è correlabile alla malattia tumorale o alla reazione della persona nei suoi confronti, ma il trattamento può contribuire ed esserne la causa principale. Diversi studi hanno evidenziato come il grado di distress emozionale dipendesse e fosse stato direttamente proporzionale all'entità e l'estensione dell'intervento chirurgico effettuato (Torta & Mussa, 1997).

Spesso quando si sente parlare di ansia e depressione la prima cosa a cui si pensa come terapia è quella correlata ai farmaci, quindi un'approccio più di tipo farmacologico. Tuttavia, all'interno del mio elaborato, ho voluto analizzare gli interventi non farmacologici e di terapia complementare che un infermiere, sia in ambito specialistico come l'oncologia sia in un reparto generale, possa utilizzare e proporre al proprio paziente tramite il suo ruolo di promotore della salute. Il primo intervento efficace che è emerso è quello correlato all'utilizzo della musicoterapia, dove l'ascolto di musica si è rilevato efficace nell'aumentare il comfort del paziente, rievocare emozioni e ricordi positivi, migliorare il senso di sé e l'umore, alleviare il dolore, ma soprattutto nel migliorare il benessere psicologico come la depressione e l'ansia (Li et al., 2011; Zhou et al., 2011). Essa può essere praticata sia da musicoterapeuti professionisti ma non solo, per questo anche quando i musicoterapeuti non erano disponibili la musica è stata sostenuta come un intervento infermieristico (Li et al., 2011; Zhou et al., 2011). Proprio per questo all'interno della pratica clinica infermieristica, la musicoterapia potrebbe essere utilizzata come una misura aggiuntiva nell'assistenza delle donne con tumore al seno dopo intervento di mastectomia all'interno della fase di recupero (Li et al., 2011). Inoltre risulta importante somministrare la musicoterapia qualora la paziente accettasse di riceverla, in quanto la ricezione passiva sarebbe un ulteriore fattore di stress che andrebbe a peggiorare il quadro dell'ansia (Li et al., 2011). Tuttavia, è importante precisare che ancora oggi sono stati condotti pochi studi infermieristici sull'utilizzo della musicoterapia nelle pazienti con

tumore al seno dopo mastectomia radicale, e che saranno necessari ulteriori studi (anche su campioni più grandi) per confermare ulteriormente l'utilità e l'efficacia di questo intervento. Sempre per quanto riguarda l'intervento di musicoterapia, uno studio che ho analizzato ha fatto emergere l'efficacia di questo intervento durante tutto il periodo perioperatorio, riducendo l'ansia (oltre che il dolore e l'ipertensione arteriosa) nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia. Nonostante siano necessarie ulteriori ricerche per esaminare e fornire informazioni utili inerenti al meccanismo per cui gli effetti della musica producano effetti benefici, essa può essere un intervento efficace e conveniente (Binns-Turner et al., 2011).

Oltre alla musicoterapia, la mia ricerca ha evidenziato un altro intervento efficace nella riduzione dell'ansia e della depressione nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia. Si tratta di un intervento di *training* di rilassamento dove vi è un miglioramento del rilassamento muscolare a livello di tutto il corpo in modo sistematico e progressivo riducendo il livello di depressione e ansia. A tal proposito sono ancora pochi gli studi randomizzati e controllati che considerano l'intervento di *training* di rilassamento muscolare sull'ansia e la depressione, ma diversi studi hanno evidenziato la sua efficacia in combinazione con un intervento di musicoterapia (Zhou et al., 2015).

Un altro intervento emerso dalla mia ricerca è correlato all'agopuntura. Lo studio condotto da Mallory Molli et al., (2015) ha evidenziato la fattibilità e l'efficacia dell'inserimento dell'agopuntura all'interno delle cure di base della paziente sottoposta ad intervento di mastectomia per tumore al seno. Inoltre, sono stati evidenziati benefici riguardanti l'ansia e la depressione, oltre che al dolore nel postoperatorio (Mallory et al., 2015; Quinlan-Woodward et al., 2016).

Oltre all'importanza degli interventi di musicoterapia, del training di rilassamento muscolare e dell'agopuntura, anche lo yoga è emerso come intervento efficace nella riduzione della depressione e nel miglioramento della qualità di vita della donna sottoposta a mastectomia (Dighe & Sagar, 2017; Kashani et al., 2012). Uno studio condotto ha evidenziato come lo yoga, sia singolarmente che combinato alle tecniche di rilassamento, abbia contribuito a migliorare la qualità di vita delle donne e i livelli di depressione dopo intervento di mastectomia per tumore al seno (Dighe & Sagar, 2017). Infine, come ultimo intervento di terapia complementare che ho trovato grazie alla mia ricerca, è quello correlato alla *mindfulness*. Studi analizzati nel mio elaborato hanno fatto emergere come l'utilizzo della MBSR (Mindfulness Basata sulla riduzione dello stress) possa ridurre significativamente i domini psicologici presenti nelle pazienti come appunto l'ansia, la depressione e lo stress (Dighe & Sagar, 2017; Franco et al., 2019; Huang et al., 2016). Proprio per questo le tecniche di *mindfulness* possono essere utilizzate come terapia aggiuntiva ad altri trattamenti (sia fisici che psicologici) per le pazienti con tumore al seno dopo intervento di mastectomia (Franco et al., 2019). Inoltre, questa pratica potrebbe essere implementata ulteriormente al fine di consentire alle pazienti dimesse, di continuare gli esercizi al proprio domicilio tramite una registrazione da DVD contenenti gli esercizi (Huang et al., 2016). Si tratta di un intervento a basso costo che ha comunque evidenziato di trarre dei benefici sulla qualità di vita delle donne con tumore al seno mastectomizzate, riducendo così anche l'ansia e la depressione (Dighe & Sagar, 2017; Franco et al., 2019; Huang et al., 2016). Nonostante tutto però, sono necessarie ancora ulteriori studi (Linshaw et al., 2020).

5.1 Riflessione personale sul percorso svolto

La stesura del mio elaborato di Tesi, soprattutto inizialmente, non è stata molto semplice in quanto ho faticato a formulare una domanda di ricerca inerente al tema, e successivamente trovare del materiale pertinente. Tuttavia sono però soddisfatta del lavoro svolto dal momento che mi ha permesso di ampliare le mie conoscenze e riflettere riguardo a questa tematica che spesso viene tralasciata, soprattutto nei reparti non specialistici. Inoltre spesso il primo trattamento a cui si pensa è quello farmacologico, ma tutt'ora sempre di più si stanno diffondendo le terapie complementari, rilevandosi in molte situazioni utili e di supporto alle cure farmacologiche, e proprio per questo è importante iniziare a portarle sempre di più all'interno del contesto di cura. Il ruolo di infermiere comprende diversi aspetti, tra cui sicuramente il principale è quello caratterizzato dalla relazione che si viene a creare con il paziente, ma anche quello di promotore della salute. È importante non sostituirsi con il paziente, ma cercare di fornirgli tutti gli strumenti necessari per far fronte alla sua problematica e aiutarlo il più possibile a ritrovare un nuovo equilibrio.

5.2 Limiti della ricerca

Nell'elaborazione di questa revisione di letteratura sono stati riscontrati diversi limiti. Il primo comprende il fatto che non sono riuscita a trovare studi relativi alla popolazione Svizzera in merito agli interventi di terapia complementare nelle donne con ansia e depressione dopo intervento di mastectomia.

Un altro limite è correlato alla ricerca nelle banche dati, in quanto è stato difficile ritrovare studi che comprendessero i miei criteri di inclusione e che servissero per rispondere alla mia domanda di ricerca. Questo anche perché il ruolo infermieristico in questo ambito è poco studiato e quindi anche gli studi e articoli trovati erano limitati.

Anche la lingua è sicuramente stata una barriera e limite che mi ha reso il lavoro più lungo e difficoltoso, per questo ho selezionato unicamente studi in lingua inglese, scartando articoli scritti in altre lingue che non ero in grado di tradurre ed interpretare. Inoltre, per quanto riguarda la capacità di organizzazione, mi sono resa conto che è fondamentale saper eseguire una ricerca nei tempi prestabiliti, in quanto altrimenti risulta difficile rispettare i termini.

Nonostante tutto però posso ritenermi soddisfatta del lavoro svolto e auspico che in un futuro questa tematica venga trattata e approfondita maggiormente a beneficio di tutte le donne che ne hanno bisogno.

5.3 Implicazioni per la pratica professionale e il futuro

Come già anticipato, in letteratura sono poche le informazioni e gli studi relativi agli effetti delle terapie complementari per ridurre l'ansia e la depressione nelle donne con tumore al seno dopo mastectomia. Sono molto presenti gli studi relativi alle conseguenze che i trattamenti stessi hanno sull'immagine corporea, sull'autostima e la sessualità, ma poco in relazione a l'ansia e la depressione. Questo dovrebbe, a mio avviso, essere uno stimolo in più a svolgere ulteriori studi atti a confermare o smentire l'efficacia di essi così da poter offrire e garantire alle pazienti le migliori cure possibili e una buona qualità di vita.

Ritengo importante che ogni infermiere abbia la voglia e l'interesse di aggiornarsi sempre, di cercare ulteriori informazioni su tematiche già conosciute o poco conosciute e di proporre interventi individuati tramite la loro ricerca. Questo perché abbiamo visto che l'infermiere ha diversi ruoli, tra cui anche quello di fornire strumenti e risorse per aggiornare se stessi ed i propri colleghi.

Spero che il mio tema ed il mio elaborato possa stimolare futuri infermieri e/o studenti ad indagare ulteriormente su questa tematica e di implementare queste terapie e pratiche anche negli ospedali Svizzeri e Ticinesi (come ad esempio l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana e/o il centro di senologia) al fine di migliorare qualità di vita delle persone.

5.4 Ringraziamenti

Giunta al termine del mio elaborato, tengo a ringraziare particolarmente tutte le persone che mi sono state accanto e che mi hanno sostenuta.

Sicuramente il primo ringraziamento va alla mia famiglia, la quale mi ha sostenuta e supportata lungo tutto il mio percorso accademico. Erano sempre presenti, sia nei momenti difficili per sostenermi e incoraggiarmi ad andare avanti, sia nei momenti più belli condividendo con me la gioia dei miei successi.

Ringrazio anche tutti i miei amici che mi hanno sopportata durante i periodi di sessione d'esame dove ero particolarmente suscettibile e stressata.

Successivamente voglio ringraziare la mia direttrice di tesi Silvana Camponovo, per la sua disponibilità, pazienza e per avermi accompagnata durante tutto l'ultimo anno rispondendo a qualsiasi mia domanda e aiutandomi a superare ogni difficoltà.

Voglio ringraziare anche tutti i docenti della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) per la loro disponibilità all'insegnamento e per avermi trasmesso, tramite le lezioni affrontate durante tutti questi tre anni, conoscenze fondamentali per il mio futuro da infermiera.

Infine, non da ultimo, un ringraziamento va anche a tutti i professionisti che ho incontrato durante i miei stage i quali mi hanno permesso di mettere in pratica quanto acquisito dalla scuola, mi hanno trasmesso le loro esperienze personali e hanno creduto in me durante il periodo di stage.

6. BIBLIOGRAFIA

- Antonelli, M., & Donelli, D. (2020). *L'agopuntura e le evidenze scientifiche: Presente, passato e futuro*. <https://www.researchgate.net/publication/340105204>
- Archangelo, S. de C. V., Sabino Neto, M., Veiga, D. F., Garcia, E. B., & Ferreira, L. M. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 74, e883. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e883>
- Associazione Italiana per la Mindfulness [AIM]. (n.d.). *Cos'è la mindfulness*. Recuperato 10 luglio 2022, da <https://mindfulnessitalia.it/mindfulness/cosa-e>
- Baccetti, S., Di Stefano, M., & Rossi, E. (2015). *Le medicine complementari per il paziente oncologico. Sviluppo e opportunità dell'oncologia integrata*. Felici Edizioni.
- Bellani, M. L., Morasso, G., Amadori, D., Orrù, W., Grassi, L., Casali, P. G., & Bruzzi, P. (2002). *Psiconcologia*. Masson.
- Binns-Turner, P. G., Wilson, L. L., Pryor, E. R., Boyd, G. L., & Prickett, C. A. (2011). Perioperative Music and Its Effects on Anxiety, Hemodynamics, and Pain in Women Undergoing Mastectomy. *AANA Journal*, 79(4), S21-7.
- Carr, T. L., Groot, G., Cochran, D., & Holtlander, L. (2019). Patient Information Needs and Breast Reconstruction After Mastectomy: A Qualitative Meta-Synthesis. *Cancer Nursing*, 42(3), 229–241. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000599>
- Ciardello, F. (2017). *Oncologia medica* (2° ed.). Idelson Gnocchi.
- Confederazione Svizzera. (2021). *Numero di tumori in aumento, mortalità in calo—I tumori in Svizzera, rapporto 2021 | Comunicato stampa*. Ufficio federale di statistica. <https://www.bfs.admin.ch/asset/it/19204987>
- Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Professionali Svizzere [KFH]. (2011). *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP*. (3° ed.). (DSAN SUPSI trad.)
- Cuthbert, C. A., & Moules, N. (2014). The application of qualitative research findings to oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 41(6), 683–685. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.683-685>
- D'Andrea, A., & Guardabascio, S. (2014). *Psicofarmacologia e terapia oncologica. Modelli per la mente*. (pp. 46–49).
- Dighe, N., & Sagar, J. H. (2017). Effect of Relaxation Technique in Combination with Yoga on Quality of Life in Women after Radical Mastectomy. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(3), 127–131. <https://doi.org/10.5958/0973-5674.2017.00088.0>
- Europa Donna della Svizzera Italiana. (2015). *Terapie complementari nel tumore al seno*. <https://www.europadonna.ch>
- Federazione Italiana Yoga. (2020). *Cos'è lo Yoga*. *Federazione Italiana Yoga*. Recuperato il 11 gennaio 2022, da <https://www.yogaitalia.org/cosa-e-lo-yoga/>
- Fernandes, M. M. J., Alves, P. C., Santos, M. C. L., Mota, E. M., & Carvalho Fernandes, F. (2013). *Self-esteem in mastectomized women – application of Rosenberg's scale*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027985012>
- Fiorentino, L., Rissling, M., Liu, L., & Ancoli-Israel, S. (2011). The Symptom Cluster of Sleep, Fatigue and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients: Severity of the Problem and Treatment Options. *Drug discovery today. Disease models*, 8(4), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2011.05.001>
- Fondazione AIRC. (n.d.). *Come nasce un tumore*. Recuperato 12 gennaio 2022, da <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/come-nasce-un-tumore>
- Fortune, E. (1979). A nursing approach to body image and sexuality adaptation in the mastectomy patient. *Sexuality and Disability*, 2(1), 47–53.

<https://doi.org/10.1007/BF01101080>

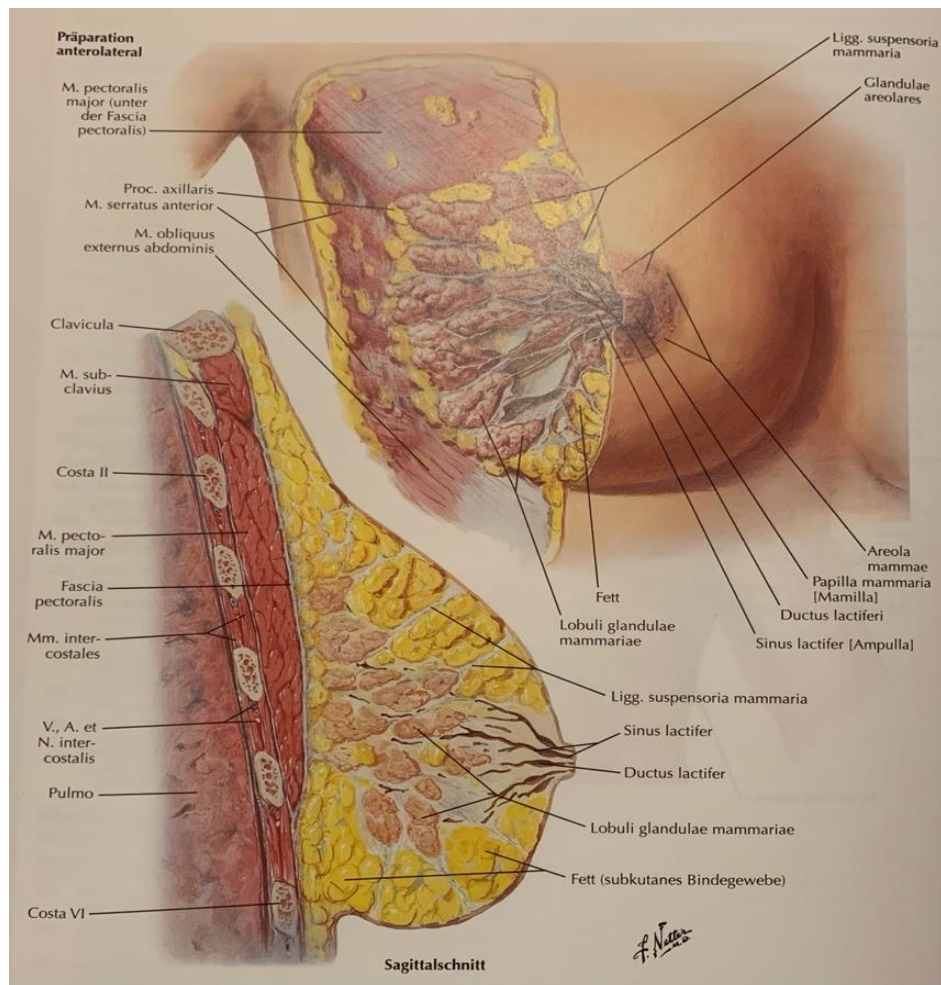
- Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Sánchez-Sánchez, L., & Mateos-Pérez, E. (2019). Improving Psychosocial Functioning in Mastectomized Women Through a Mindfulness-Based Program: Flow Meditation. *International Journal of Stress Management*, 27. <https://doi.org/10.1037/str0000120>
- Guimarães, P. A. M. P., Resende, V. C. L., Sabino Neto, M., Seito, C. L., de Brito, M. J. A., Abla, L. E. F., Veiga, D. F., & Ferreira, L. M. (2015). Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 39(6), 993–999. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0574-9>
- Hogan-Quigley, B., Palm, M. L., & Bickley, L. S. (2017). *Valutazione per l'assistenza infermieristica*. Casa Editrice Ambrosiana.
- Huang, H., He, M., Wang, H., & Zhou, M. (2016). A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. *Breast Cancer*, 23(4), 568–576. <https://doi.org/10.1007/s12282-015-0604-0>
- I benefici della Musicoterapia. (2019). *Scuola di Musicoterapia a Thiene Vicenza*. Recuperato 10 gennaio 2022, da <https://www.scuolamusicoterapiathiene.it/i-benefici-della-musicoterapia/>
- Kashani, F., Babae, S., Bahrami, M., & Valiani, M. (2012). The effects of relaxation on reducing depression, anxiety and stress in women who underwent mastectomy for breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(1), 30–33.
- Khan, S., Khan, N. A., Rehman, A. U., Khan, I., Samo, K. A., & Memon, A. S. (2016). Levels of Depression and Anxiety Post-Mastectomy in Breast Cancer Patients at a Public Sector Hospital in Karachi. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 17(3), 1337–1340. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.3.1337>
- Lega contro il cancro. (2007). *Autoesame del seno*. <https://www.legacancro.ch>
- Lega contro il cancro. (2019). *Medicina complementare e cancro*. <https://www.legacancro.ch>
- Lega contro il cancro. (2021). *Il cancro del seno: Una guida della Lega contro il cancro*. Recuperato 10 gennaio 2022, da <https://shop.legacancro.ch/files/kls/webshop/PDFs/italiano/il-cancro-del-seno-031071012111.pdf>
- Lega contro il cancro. (2022). *Cifre sul cancro*. Recuperato 12 gennaio 2022, da <https://www.legacancro.ch/il-cancro/cifre-sul-cancro>
- Lega contro il cancro. (n.d.). *Che cos'è il cancro?* Recuperato 7 gennaio 2022, da <https://www.legacancro.ch/il-cancro/che-cose-il-cancro>
- Li, X.-M., Zhou, K.-N., Yan, H., Wang, D.-L., & Zhang, Y.-P. (2011). Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: A randomized clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1145–1155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05824.x>
- Linshaw, D. J., Floyd, E. G., Rosenkranz, K. M., & Stahl, J. E. (2020). Application of a mind-body tool in a rural population to improve post-operative outcomes in women with breast cancer: A pilot study. *Surgical Oncology*, 34, 63–66. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.03.007>
- Lipowski, Z. J. (1970). Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*, 1(2), 91–102. <https://doi.org/10.2190/19q3-9ql8-xyv1-8xc2>
- Mallory, M. J., Croghan, K. A., Sandhu, N. P., Lemaine, V., Degnim, A. C., Bauer, B. A., Cha, S. S., & Croghan, I. T. (2015). Acupuncture in the postoperative setting for breast cancer patients: A feasibility study. *The American Journal of Chinese Medicine*, 43(1), 45–56. <https://doi.org/10.1142/S0192415X15500032>

- Martini, F. H., Timmons, M. J., & Tallitsch, R. B. (2016). *Anatomia Umana* (6° ed). EdiSES.
- Martins Faria, B., Martins Rodrigues, I., Verri Marquez, L., da Silva Pires, U., & Vilges de Oliveira, S. (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: A systematic review. *Psicooncologia*, 18(1), 91–115. <https://doi.org/10.5209/psic.74534>
- Mindfulness: Dalle origini alle applicazioni cliniche - Psicologia. (n.d.). *State of Mind*. Recuperato 06 luglio 2022, da <https://www.stateofmind.it/mindfulness/>
- Neto, M. S., De Aguiar Menezes, M. V., Moreira, J. R., Garcia, E. B., Abla, L. E. F., & Ferreira, L. M. (2013). Sexuality After Breast Reconstruction Post Mastectomy. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37(3), 643–647. <https://doi.org/10.1007/s00266-013-0082-8>
- Netter, F. H. (2015). *Atlas der Anatomie* (6° ed.). Elsevier.
- Olasehinde, O., Arije, O., Wuraola, F. O., Samson, M., Olajide, O., Alabi, T., Arowolo, O., Boutin-Foster, C., Alatise, O. I., & Kingham, T. P. (2019). Life Without a Breast: Exploring the Experiences of Young Nigerian Women After Mastectomy for Breast Cancer. *Journal of Global Oncology*, 5, 1–6. <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00248>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Fondamenti di Ricerca infermieristica* (2° ed.). McGraw-Hill Education.
- Quinlan-Woodward, J., Gode, A., Dusek, J. A., Reinstein, A. S., Johnson, J. R., & Sendelbach, S. (2016). Assessing the Impact of Acupuncture on Pain, Nausea, Anxiety, and Coping in Women Undergoing a Mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), 725–732. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.725-732>
- Repubblica e Cantone Ticino. (n.da). Alleanza contro la Depressione Ticino. Recuperato 01 maggio 2022 da <https://www4.ti.ch/dss/dsp/depressione/home/>
- Repubblica e Cantone Ticino. (n.db). *Dati epidemiologici-CPST (DSS)*. Recuperato 21 aprile 2022 da <https://www4.ti.ch/dss/dsp/cpst/screening-mammografico/dati-epidemiologici/>
- Repubblica e Cantone Ticino. (n.dc). *Programma cantonale di screening mammografico—CPST (DSS)*. Recuperato 21 aprile 2022, da <https://www4.ti.ch/dss/dsp/cpst/screening-mammografico/che-cose/>
- Repubblica e Cantone Ticino. (n.dd). *Tumori della mammella—RCT (DSS)*. Recuperato 13 settembre 2021 da <https://www4.ti.ch/dss/dsp/rct/dati-epidemiologici/dati-specifici/tumori-della-mammella/>
- Salibasic, M., & Delibegovic, S. (2018). The Quality of Life and Degree of Depression of Patients Suffering from Breast Cancer. *Medical Archives*, 72(3), 202–205. <https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.202-205>
- Sukartini, T., & Sari, Y. I. P. (2021). Women with breast cancer living with one breast after a mastectomy. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 366–375. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2021.12.0012>
- Suvini, F., Bonfiglioli, L., Zanchi, B., Bonanomi, C., & Raglio, A. (2008). La musicoterapia in una prospettiva multidisciplinare, 15(4), 186-187.
- Torta, R., & Mussa, A. (1997). *PsicoOncologia: Basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici*. Centro Scientifico Editore.
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2011). *Principi di anatomia e fisiologia*. Casa Editrice Ambrosiana.
- Yilmaz, M., & Gürler, H. (2020). The Relationship between Body Image and Sexuality after Surgical Treatment in Women with Breast Cancer. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemsirelikte Egitim ve Arastirma Dergisi*, 17(3), 244–251. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.55751>

- Woodyard, C. (2011). Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life. *International Journal of Yoga*, 4(2), 49–54. <https://doi.org/10.4103/0973-6131.85485>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Zhou, K., Li, X., Yan, H., Dang, S., & Wang, D. (2011). Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese Medical Journal*, 124(15), 2321–2327. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2011.15.014>
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(1), 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.010>

7. ALLEGATI

7.1 Allegato 1

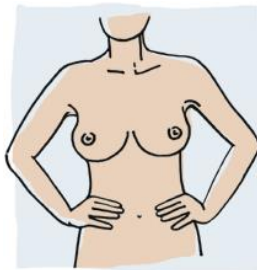


Anatomia del seno (Netter, 2015)

7.2 Allegato 2

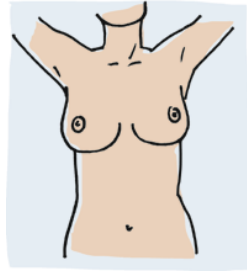
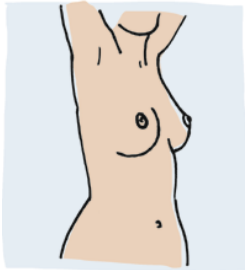
L'autoesame del seno può essere eseguito sia in piedi sia in posizione supina.

Controllare i seni allo specchio: Vi sono alterazioni cutanee? È cambiata la forma dei seni? Si notano rientranze o protuberanze?



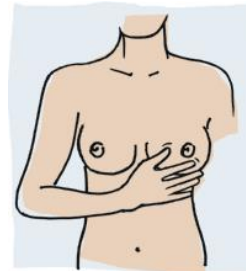
1
Appoggiare le mani sui fianchi.

2
Intrecciare le mani dietro la testa.



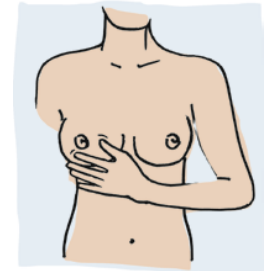
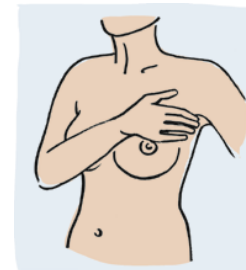
3
Intrecciare le mani dietro la testa e fare una torsione del tronco verso sinistra e poi verso destra.

Palpazione dei seni: si percepiscono indurimenti o noduli?



4
Percorrere con la punta delle dita tutto il seno sinistro, esercitando una lieve pressione.

5
Percorrere con la punta delle dita tutto il seno destro, esercitando una lieve pressione.



6
Tastare delicatamente l'ascella destra, poi quella sinistra.

Autoesame del seno (Lega contro il cancro, 2007) <https://www.legacancro.ch>



Questa pubblicazione, *“Interventi di terapia complementare nella gestione dell’ansia e della depressione nelle donne con tumore al seno sottoposte ad intervento di mastectomia: il ruolo dell’infermiere come promotore della salute”*, scritta da *Aline Garbani Nerini*, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License